

Koordinering av psykososialt arbeid

Erfaringer og resultater fra Asker kommune, Bærum
kommune og Asker- og Bærumklinikken
Allklinikk for psykisk helsevern

Prosjektnavn:

Koordinering av psykososialt arbeid

Erfaringer og resultater fra Asker kommune, Bærum kommune og Asker- og Bærumklinikken
Allklinikk for psykisk helsevern.

Oppdragsgiver:

Asker- og Bærumklinikken v/direktør Kari Ringstad.

Prosjektperiode:

Mai 2001 – September 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

Forord

Jeg vil bare si litt om hvor nyttig og fint det er å ha en koordinator.

Jeg har nå i ca. ett år hatt hjelp og oppfølging fra koordinator fra avdeling psykisk helse.

Hadde ikke klart å bli så bra fungerende uten den hjelpen og støtten jeg har fått.

Det har vært mange spørsmål og kontakter som har vært nødvendig i denne prosessen, og da har det vært godt og ha en koordinator.

Jeg har henvendt meg til henne med mine ulike behov og hun formidlet den beste hjelpen jeg trengte.

Det har vært et fint samarbeid, og jeg har følt meg veldig trygg.

Jeg vil takke kommunen for den hjelpen jeg har fått.

Anne Gulzar, Bærum.

Sammendrag

Som ledd i et toårig samarbeidsprosjekt mellom Asker og Bærum kommuner og lokalpsykiatrien ved Allklinikken i Asker og Bærum, ble det besluttet å innføre en ressursbasert case management modell kalt koordinering av psykososialt arbeid (KPA). Målet var å bedre oppfølging av brukere med psykisk funksjonshemming og langvarige og sammensatte hjelpebehov.

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

Hver kommune og 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 Unni Pedersen.

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. Brukere forteller hvordan systematisk oppfølging med en ansvarlig koordinator førte til store endringer i deres livssituasjon og livskvalitet.

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

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

Innhold

1.0. Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for prosjektet	6
1.2 Målsetting	6
2.0. Forutsetninger for god oppfølging av brukerne	6
2.1 Egnede fagmodell	6
2.2 Opplæring av medarbeidere	7
2.3 Organisatorisk forankring og samarbeid 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	9
4.3 Evaluering av tidsbruk	10
5.0 Resultater.....	10
5.1 Resultater fra kartleggingsprotokollene	10
5.1.1 Koordinatorene	11
5.1.2 Problemer hos brukerne	11
5.1.3 Veilederne.....	12
5.1.4 Tidsbruk for koordinatorene	13
5.1.5 Brukernes nettverk.....	13
5.1.6 Programopplyselse.....	13
5.1.7 Behovsdekning	15
5.1.8 Brukertilfredshet	16
5.1.9 Åpne kommentarer til kartleggingsprotokollen.....	17
5.2 Evaluering av veiledningsgruppene	17
6.0 Erfaringer fra veiledere og tilretteleggere i 2. linjen.....	20
6.1 Erfaringer fra veilederne	20
6.2 Erfaringer fra tilrettelegger på Asker- og Bærumklinikken.....	21
7.0 Erfaringer fra kommunene	21
7.1 Organisatorisk forankring	22
7.2 Erfaringer fra kommunale tilretteleggere.....	22
7.3 Valg av brukere og koordinatorene	24
7.4 Opplæring av koordinatorene	24
7.5 Videreføring av KPA	24
8.0 Eksempler på erfaringer fra koordinatorene og brukere.....	24
9.0 Konklusjon og anbefalinger	26
Referanser	28
Vedlegg.....	28

1.0. Innledning

1.1 Bakgrunn for prosjektet

I 2000 ble det inngått en samarbeidsavtale mellom Asker- og Bærumklinikken, kommunene Asker og Bærum og Blakstad sykehus om tiltak for personer over 18 år som har en alvorlig psykisk lidelse og behov for langvarige og koordinerte tjenester fra flere forvaltningsnivå og instanser.

Avtalen presiserer fordelig av ansvar og samordnet ressursbruk på individnivå, systemnivå og overordnet nivå.

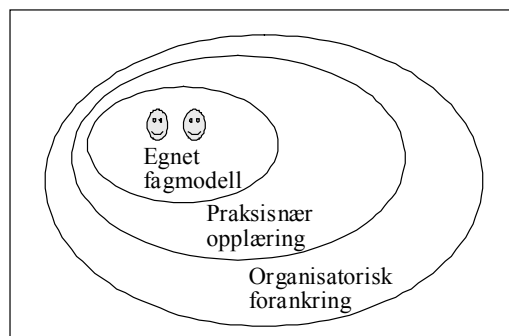
Metoden KPA (Koordinering av Psykososialt Arbeid) ble valgt for samarbeid på individnivå. Direktør Kari Ringstad ved Asker- og Bærumklinikken kontaktet Stiftelsen GRUK, som har utviklet KPA-metoden, for et mulig prosjektsamarbeid. GRUK avholdt et informasjonsmøte i juni 2000 for ledere fra Asker og Bærum kommune og fra psykiatrien, og høsten 2000 ble det inngått en avtale om et innføringsprosjekt. Prosjektet startet i januar 2001 og ble avsluttet i september 2002.

1.2 Målsetting

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

2.0. Forutsetninger for god oppfølging av brukerne

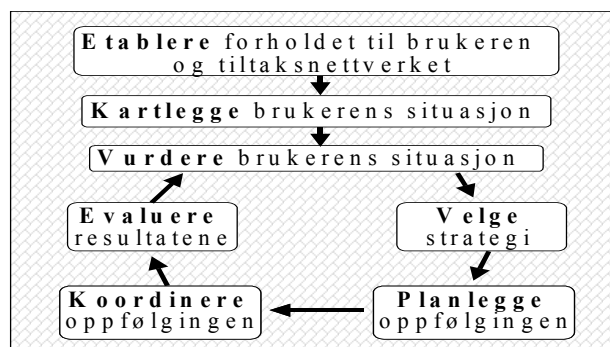
Tre elementer er nødvendig for å bedre oppfølgingen av brukerne; en egnet felles fagmodell, praksisnær opplæring i modellen og organisatorisk forankring av den i hele tjenestenettverket.



Figur 1 Forutsetninger for oppfølging av

2.1 Egnet fagmodell

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



Figur 2 Arbeidsgangen i koordinering av psykososialt arbeid

oppfølgingen er vist i figur 2. Hvert trinn er nøye beskrevet og det er utarbeidet arbeidsark for å sikre gjennomføringen. Tekstdelen er nå revidert for å passe alle brukergrupper som trenger en individuell plan.

2.2 Opplæring av medarbeidere

Kurs og utsending av handlingsprogram endrer i liten grad medarbeideres arbeidsmåte. Løpende tilbakemelding på eget arbeid og refleksjon i kollegagrupper gir derimot endringer (2). Opplæring av koordinatorene har derfor skjedd i tverrfaglige veiledningsgrupper med 6-8 deltakere fra forskjellige etater i kommunene. Disse har fått praksisnær opplæring og veiledning i KPA modellen av veiledere fra flere enheter knyttet til Asker- og Bærum-klinikken og Blakstad sykehus. Veiledningen har hovedvekt på metode, men det har også vært gitt psykiatrifaglig veiledning etter behov.

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

Alle koordinatorene ble invitert til et dagsseminar om KPA metoden etter ca. ½ års veiledning. Fokus var koordinatorens rolle og funksjon.

2.3 Organisatorisk forankring og samarbeid 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 Asker og Bærum kommune og Asker- og Bærumklinikken. Nøkkelpersoner i læringsnettverket var 1-2 tilretteleggere i hver kommune og en tilrettelegger fra Asker- og Bærumklinikken. Disse hadde ansvar for å informere egen organisasjon om KPA, sørge for rekruttering av brukere, koordinatorene og veiledere, og sikre at koordinatorene og veiledere fikk nødvendige arbeidsbetingelser for å fylle sine roller. I både Asker og Bærum kommune ble det opprettet en styringsgruppe som tilretteleggerne har samarbeidet med. Styringsgruppene har bestått av sentrale ledere fra etater som hadde med koordinatorene i prosjektet. Fra GRUK deltok en prosjektleder og en prosjektmedarbeider (forfattere av denne rapporten), og på en del samlinger var det med en eller to andre medarbeidere fra GRUK. Arbeidsgangen i læringsnettverket er vist i tabell 1.

3.0 Metode

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

GRUK samlet inn data fra anonymiserte kopier av evalueringsprotokollene som koordinatorene fylte ut. De målte her sin egen programoppfyllelse og tidsbruk. De intervjuet sine brukere etter to og ti måneder for å kartlegge brukerens tjenestenettverk, udekkede behov hos brukeren og brukertilfredshet. I tillegg fylte koordinatorene ut en skriftlig

evalueringsskema for vurdering av veiledningsgruppene etter ti måneders veiledning. Dataene ble også brukt av GRUK til å justere det faglige innholdet på samlingene ut fra hvilke læringsbehov deltakerne hadde.

Erfaringsseminarene hver 3. måned gav tilretteleggere og veiledere anledning til å legge fram sine erfaringer og problemer, og til å lære av hverandre. Evalueringen av disse seminarene var meget gode. Tilbakemeldinger fra veilederne om hvorledes koordinatorene fungerte ble også gitt videre på systemnivå, slik at mellomledere og ledere kunne handle på disse for å sikre nødvendige rammebetingelser for KPA i tjeneste-nettverket.

Data fra prosjektet er derfor både kvalitative gjennom observasjoner, prosjektlogg og referater, og kvantitative gjennom bearbeiding av data fra evalueringsskemaene og evalueringene av veiledningsgruppene. Dataene er presentert samlet for hele læringsnettverket. I vedlegg til rapporten er separate nøkkeltall fra Asker og Bærum gjengitt hver for seg da de skiller seg fra hverandre på noen punkter som vil bli berørt i rapporten.

4.0 Evaluering av prosjektet

4.1 Evaluering av prosjektorganisering

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

De utnevnte tilretteleggerne i kommunene hadde i utgangspunktet funksjoner som spesialkonsulent i hjemmebaserte tjenester (Bærum), og fagkoordinator i psykososialt team og koordinator for psykisk helsearbeid (Asker). I begge kommuner ble det etablert styringsgruppe ved siden av tilretteleggerne for å sikre informasjon og forankring i organisasjonene. I Asker besto styringsgruppen foruten tilretteleggerne av leder for samordning og tjenestetildeling, leder av psykisk helse og leder av fritidsavdelingen. Bærum valgte å etablere styringsgruppe med psykiatrikoordinator, seksjonssjef for hjemmebaserte tjenester og seksjonssjef for sosiale tjenester.

Erfaringen med styringsgruppe ved siden av tilretteleggerne var entydig positiv.

Tilretteleggerne hadde stor nytte av at ansvarlige ledere var tett på fremdriften i prosjektet. I alle kommuner, og spesielt i store, vil denne måten å forankre metoden være å anbefale. I Asker var det tydelig for tilretteleggerne at ledere i enkelte etater ikke hadde det nødvendige eierforhold til prosjektet og de tok derfor initiativ til et eget informasjonsmøte for lederne i kommunen i juni 2001 der GRUK deltok.

Tilrettelegger ved Asker- og Bærumklinikken arbeidet som psykiatrisk sykepleier ved rehabiliteringspoliklinikken. Hun hadde en tett kontakt med sine ledere i hele prosjektperioden, og etablerte derfor ingen formell styringsgruppe.

Etter innspill fra tilretteleggerne ble lederne fra kommunene invitert med på den første delen av det siste erfaringsseminaret, slik at de kunne få direkte tilbakemelding fra veiledere og tilretteleggere om hvordan innføringen gikk.

Det kom tidlig i prosjektet ønske om å informere ansatte og ledelse ved Blakstad sykehus nærmere om prosjektet, og det ble derfor avholdt et halvdagsseminar for ca 50 ansatte på Blakstad sykehus i januar 2001. Noen få ansatte fra Blakstad var med som veiledere i prosjektet, men kontakten til sykehuset kunne nok vært bedre senere i prosjektperioden.

4.2 Evaluering av læringsnettverkets gjennomføring

Prosjektet ble gjennomført etter planen. Hovedaktivitetene i prosjektet er vist i tabell 1.

Tabell 1 Plan for læringsnettverket

Fase	Måned	Aktivitet	Deltakere
Etablering	Juni 2000	Orienteringsseminar (1/2 dag)	Ledere i 1. og 2.linjen
	Høsten 2000	Vedtak om å starte. Oppnevning av tilretteleggere i kommunene og Allklinikken	Ledere i 1. og 2.linjen
	Januar-01- april-01	Orienteringsmøter	Tilretteleggere og veiledere, mellomledere og potensielle koordinatore
	Juni-01	Opplæringsseminar (2 dager)	Tilretteleggere og veiledere
Gjennomføring	August -01	Startkonferanser i hver kommune (1/2 dag)	Ledere, medarbeidere, bruker- og pårørende-representanter, tilretteleggere og veiledere
	Sept.- 01	Veiledningsgruppene starter	Personlige koordinatore og veiledere. Praktisk støtte fra tilretteleggere
	Nov. - 01	1. erfaringsseminar (1 dag)	Tilretteleggere og veiledere
	Januar 02	Koordinatorsemininar	Koordinatorer
	Febr. - 02	2. erfaringsseminar (1 dag)	Tilretteleggere og veiledere
	Mai - 02	3. erfaringsseminar (1 dag)	Tilrettelegger ,veiledere og ledere
Avslutning	August -02	Erfaringskonferanser i hver kommune (1/2 dag)	Ledere, medarbeidere, bruker- og pårørende-representanter, tilretteleggere og veiledere
	Sept.- 02	Sluttkonferanse (1/2 dag)	Linjeledere 1. og 2.linje, bruker- og pårørende-representanter, tilretteleggere og veiledere

Utenom samlingene har prosjektleder/prosjektmedarbeider fra GRUK hatt jevnlig kontakt med tilretteleggere i kommunene og DPS. Prosjektleder fra GRUK har i tillegg deltatt på ett møte med ledere i Asker kommune etter ønske fra tilretteleggerne. Fokus var informasjon om KPA og drøfting av samarbeid rundt individuelle planer.

I ettertid ser vi at det kunne vært brukt noe mer tid på å velge ut brukere og utnevne koordinatore i kommunene slik at man fant frem til dem som kunne profittere mest på deltakelse i prosjektet. Til sammen skulle 68 brukere ha hver sin koordinator. Noen brukere hadde lite behov for koordinering, og noen koordinatore ble pålagt koordinator-funksjonen.

Tilretteleggerne gjorde en grundig jobb i forhold til informasjon om prosjektet, men erfarte at skriftlig informasjon ofte må følges opp ved personlig henvendelse og at informasjon er en kontinuerlig prosess.

Det kunne vært brukt mer tid til å informere koordinatorene om KPA før de startet i veiledningsgruppene, og koordinatorseminaret kunne med fordel blitt holdt i forbindelse med at gruppene startet opp. Dette ville lettet veiledernes oppgave.

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

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

4.3 Evaluering av tidsbruk

Arbeidet ble utført i henhold til kontrakten. Tidsbruken for GRUK tilsvarer et halvt årsverk.

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

- Tilrettelegger fra DPS har brukt 1-2 dager per uke.
- Tilretteleggere i kommunene har brukt ca 1-2 1/2 dag per uke hver.
- Veiledere har brukt ca 1/2 dag annen hver uke til veiledning, forberedelse og reise, totalt ca 20 dager i prosjektperioden. Videre har de deltatt på samlingene i nettverket og møter med tilrettelegger fra DPS, totalt 6 dager. Gjennom dette arbeidet har de mottatt opplæring og erfaring i metodeveiledning, samt i arbeidsmodellen KPA.
- Koordinatorenes tidsbruk fremgår av målinger fra evalueringsprotokollene (se punkt 5.1.4).

5.0 Resultater

5.1 Resultater fra kartleggingsprotokollene

Koordinatorene fylte ut en protokoll for alle 68 brukere 2 måneder etter oppstart av veiledningsgruppene. Den inneholdt en kartlegging av bruker, koordinator og hjelpenettverk for brukerne, en sjekkliste for arbeidsgangen i KPA og et intervju med brukeren om udekkede behov og brukertilfredshet.

En ny utfylling ble gjentatt 8 måneder senere. 11 koordineringsforløp var da brutt. 5 koordinatorene var langtidssykemeldt, og 3 hadde i løpet av prosjektperioden valgt å trekke seg ut av veiledningen og koordinatorfunksjonen. I 2 tilfeller lot ikke KPA seg gjennomføre, og en bruker hadde en psykisk utviklingshemming som hindret forståelse av spørsmålene.

5 protokoller ble fullført, men kom for sent til å bli med i utkjøringen av dataene. Det gjensto da 50 brukere der begge protokollene var ferdig utfylt, og hvor man kunne sammenlikne situasjonen etter 2 måneder og 10 måneder.

5.1.1 Koordinatorene

Det startet 68 koordinatorene som hver hadde ansvar for oppfølging av en bruker. Yrkesbakgrunn til koordinatorene er vist i tabell 2.

Tabell 2 Yrkesbakgrunn for koordinatorene

Psykiatrisk sykepleier	23
Psykiatrisk hjelpepleier	8
Sosionom/sosialkonsulent	8
Hjelpepleier	5
Pedagog/barnevernped.	5
Aktivitør	4
Vernepleier	3
Sykepleier	2
Miljøarbeider	2
Omsorgsarbeider	2
Cand.mag.	2
Fagkonsulent/arbeidsleder	2
Ergoterapeut	1
Fengselsbetjent	1
Sum	68

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

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

5.1.2 Problemer hos brukerne

Brukergruppen er personer over 18 år med psykisk lidelse og behov for sammensatte og koordinerte tjenester var målgruppen.

Valget av brukere ble gjort av linjelederne sammen med tilrettelegger i kommunen.

Dersom brukeren hadde kontakt med en medarbeider som ønsket å være koordinator, ble denne ofte valgt.

Det var i alt 68 brukere som fikk koordinator, hvorav 31 kvinner og 37 menn.

Tabell 3 viser oversikt over brukernes hovedproblemer.

Det var mulig å krysse av for flere problemer.

Tabell 3 Hovedproblemer hos brukerne i Asker og Bærum

Schizofreni	22
Affektiv psykose	6
Annen psykose	6
Personlighetsforstyrrelse	12
Depresjon	16
Angst	24
Tvang	6
Annet (Asperger, utbrenthet, ingen/usikker diagnose, utredning pågår)	7
Tilleggsproblemer	
PU	4
Rus	15
Somatiske problemer	18

Mange av brukerne har tilleggsproblemer i form av rus og kroniske somatiske sykdommer, noe som forsterker behovet for koordinert oppfølging. Det er viktig å være klar over dette, fordi erfaringer viser at somatiske problemer ofte blir oversett hos de med psykiske lidelser. Tabellen viser at halvparten av brukerne har en psykotisk lidelse, og dette tyder på at kommunene har valgt mange brukere med alvorlig psykisk lidelse.

5.1.3 Veilederne

Det ble startet 11 veiledningsgrupper i de to kommunene. Alle gruppene hadde to veiledere, og de hadde variert fagbakgrunn: Psykiatriske sykepleiere, ergoterapispesialister, psykologer, kliniske sosionomer, hjelpepleiere m/videreutdanning og barnevernpedagoger. Veilederne ble rekruttert fra Storenga psykiatriske senter, Sikta psykiatriske senter, Gyssestadkollen bo- og dagsenter, Asker og Stabekk aktivitetshus, poliklinikker i Asker og Bærum, sosialmedisinsk poliklinikk, psykiatrisk rehabiliteringspoliklinikk og Blakstad sykehus. Halvparten av veilederne hadde godkjent veilederutdanning.

I grupper der en veileder ble syk, fortsatte den andre en stund alene. Ved langvarige sykemeldinger og permisjoner sørget tilrettelegger i 2.linje for å få inn faste nye veiledere. Det var lett å rekruttere veiledere i dette nettverket, og allerede på opplæringsseminaret var det med "reserve-veiledere" som senere kunne settes inn ved behov. Denne måten å organisere på kan anbefales både for å sikre nok veiledere og for at flere i 2.linjen skal kjenne til metoden.

Veilederne i prosjektet ble samlet til erfaringsseminar hver 3.mnd for å dele erfaringer. Samlingene ble vurdert å være nyttige som læringsarena og som støtte i prosessen de selv sto i. Noen veiledningsgrupper hadde problemer med at koordinatorene sjelden møtte fulltallig frem. Begrunnelsene for det ble blant annet angitt å være: Vanskeligheter med å forlate arbeidsplassen pga. arbeidsbelastning eller at de hadde eneansvar der de arbeidet; og sviktende motivasjon for å være koordinator og lære metoden. En måte å forstå det sistnevnte på er at utvelgelsen av brukere og utnevnelsen av koordinatorene gikk for raskt. Det burde vært brukt mer tid på forberedende informasjon til koordinatorene slik at de visste mer om KPA-metoden og hensikten med prosjektet. Bedre informasjon ville gjort det lettere for dem å selv velge å være med og det er alltid det beste utgangspunkt for en læringsprosess.

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

5.1.4 Tidsbruk for koordinatorene

Den tiden koordinatorene brukte sammen med brukerne etter 2 måneder var i gjennomsnitt 69 minutter /uke. Etter 10 måneders oppfølging av brukerne var gjennomsnittlig tidsbruk redusert til 51 minutter /uke .

I tillegg til direkte tid med bruker, må koordinator utføre andre oppgaver for bruker (for eksempel telefoner, skrivearbeid, kontakt med andre etater). Etter 2 måneders oppfølging brukte koordinatorene i gjennomsnitt 55 minutter/uke på dette arbeidet. Målingene ved 10 måneders oppfølging viste at de brukte 48 minutter/uke i gjennomsnitt.

Med henvisning til vedleggene for målinger i kommunene hver for seg, kan man se at Asker bruker noe mer tid både på direkte tid med bruker og tid til andre oppgaver for bruker, uten at vi vet grunnen til dette. Fra andre nettverk ser vi at direkte arbeid per uke ligger på rundt i overkant av en time etter to måneder og i overkant av tre kvarter etter ti måneders veiledning: tiden til indirekte arbeid ligger på ca tre kvarter (4, 5). Tilsvarende undersøkelser fra Sverige (6) viser at indirekte arbeid etter to års koordinering ligger på en halv time per uke.

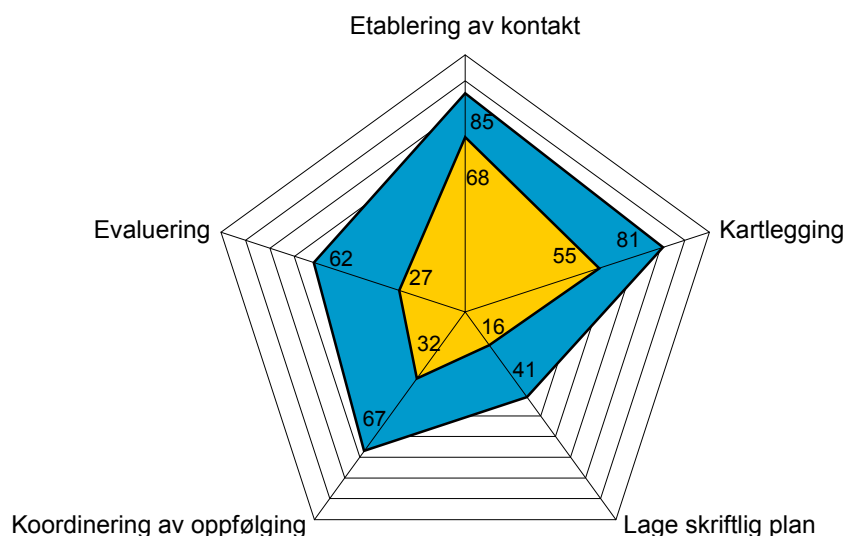
5.1.5 Brukernes nettverk

Antall hjelpere fra kommune og spesialisthelsetjeneste som brukerne hadde kontakt med ved start av veiledningen var 4.6 i snitt (hvorav 0.9 fra spesialisthelsetjenesten), og dette endret seg til 4,5 i snitt (0,7 fra spesialisthelsetjenesten) etter 10 måneder. Dette viser at man har valgt brukere med et omfattende hjelpebehov og behov for koordinering. Det relativt uendrede antallet kan tyde på at brukerne har de relevante hjelperne på plass i utgangspunktet.

Ved start av veiledningen var det 26 brukere som hadde en etablert ansvarsgruppe, og dette steg til 32 etter 10 måneder. I KPA-modellen skal ansvarsgruppe brukes av koordinator og bruker når dette er hensiktsmessig, og den skal alltid være måltrettet og tidsavgrenset. Når mange tiltak skal samordnes og mange tjenesteytere er involvert, kan det være hensiktsmessig å opprette en ansvarsgruppe. Således er det rimelig at antallet stiger noe i løpet av prosjektperioden.

5.1.6 Programoppfyllelse

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



Figur 3 Programoppfyllelse i prosent ved start KPA og etter 8 måneder

Gjennomsnittlig økning av programoppfyllelse fra 40 til 67 prosent.

Figur 3 viser hvordan utviklingen av programoppfyllelse har vært.

Det har vært en markert økning på alle områder. Økningen har vært størst der utgangspunktet var dårligst; det å skrive skriftlige planer som bruker og samarbeidspartnere har kopi av. Det er allikevel her mest gjenstår, og sammenholdt med erfaringer fra andre læringsnettverk, vet vi at dette er noe som tar tid. Det tar ofte to år før denne prosessen er slutført. Fra evalueringen av veiledningen (punkt 5.2) ser vi at denne delen av arbeidet oppleves middels vanskelig eller vanskelig av de fleste koordinatorene. Mange ansatte i kommunene er ikke vant til skriftlighet i sitt arbeid med brukere, og dette er nå lovpålagt gjennom forskrift for individuelle planer, og vil kreve betydelig innsats i tiden som kommer.

Vi ser av vedlegget at programoppfyllelsen i både Asker og Bærum er 40% etter to måneder, men arbeidet med skriftlige planer har kommet noe lenger i Asker. Etter 10 måneder har programoppfyllelsen i Asker steget til 74% mens den i Bærum er på 62%. Det er skriving av planer og koordinering og evaluering av tiltak som har kommet lenger i Asker, og kanskje er det en følge av at koordinatorene i Asker har brukt noe mer tid både på direkte og indirekte arbeid enn de har gjort i Bærum.

5.1.7 Behovsdekning

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

Antall udekkede behov vurdert av brukere og koordinatorene (n=50)

Livsområder	Start veil.		Etter 10 mnd	
	B	K	B	K
Sosial kontakt	15	22	12	17
Utdanning	11	9	10	6
Arbeid	13	12	10	14
Fritid	21	31	16	19
Bolig	14	16	11	11
Personlig stell	7	14	6	13
Kommunikasjon	11	11	5	5
Økonomi	4	6	2	3
Somatisk helse	7	7	7	5
Psyk.helse 1.linje	2	10	4	10
Psyk.helse 2.linje	6	10	2	9
Rus	3	5	2	5
Familietilbud	6	9	7	7
SUM	120	162	94	124

Udekkede behov ble redusert med 22% vurdert av brukerne (B).

Udekkede behov ble redusert med 23% vurdert av koordinatorene (K).

Tabell 4

Det er verdt å merke seg at koordinatorene på de fleste områdene vurderer at brukere har behov som brukere ikke selv mener å ha. Brukere og koordinatorene har vurdert ulikt i andre nettverk også. Koordinatorene kan selvfølgelig se behov hos brukerne som de selv ikke har erkjent. Muligens kan det være en forklaring på hvorfor det er så pass stor forskjell på brukers og koordinators vurdering av behov for hjelp til psykisk helse. Men det kan også være at koordinatorene overvurderer brukers reelle behov. Det er interessant at brukers vurdering av behov for utdanning og arbeid er høyere enn koordinators vurdering etter to måneder, og det kan være at koordinatorene undervurderer brukers ressurser og potensiale på disse livsområder. Ellers virker det som dekningsgraden av behov blir beskrevet relativt likt av både koordinatorene og brukerne.

I Asker og Bærum har brukerne i utgangspunktet litt over to udekkede behov hver i gjennomsnitt. Koordinatorene vurderer at brukerne har noe over tre udekkede behov hver. Ved siste måling (altså etter 10 måneders veiledning) har antall udekkede behov sunket til under to hver vurdert av brukere. Koordinatorene sier at brukerne har litt over to udekkede behov hver.

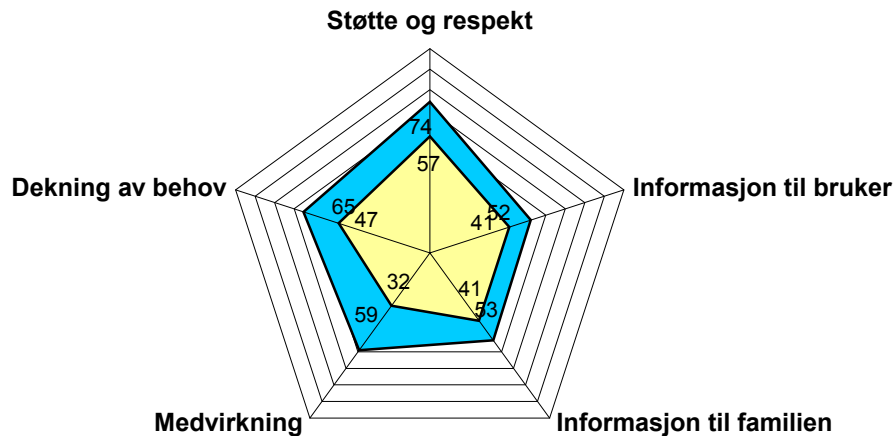
Dette er betydelig lavere tall enn vi har sett andre steder, og kan tyde på at flere tjenestetilbud er på plass i Asker og Bærum. Likevel er det fortsatt udekkede behov på viktige livsområder.

5.1.8 Brukertilfredshet

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

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

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



Figur 4 Brukertilfredshet i ved start og etter 8 måneders oppfølging.

Den gjennomsnittlige brukertilfredsheten økte fra 44% til 61% i løpet av disse åtte månedene. Økningen var størst der den var dårligst i starten; i hvilken grad bruker får medvirke i sin egen oppfølging. Brukermedvirkning er sentral i KPA og dette har slått ut i hvordan brukerne opplever oppfølgingen fra koordinator. Fortsatt gjenstår det en del før vi kan si oss fornøyd, og tilfredsheten bør ligge over 80 % på alle områder. 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 om tjenestetilbudet.

I utgangspunktet var brukertilfredsheten i Asker høyere etter to måneder enn den var i Bærum (51% vs 38%) mens etter 10 måneder var tallene 65% vs 58%. Det er en betydelig økning

begge steder, og viser at systematisk arbeid etter et oppsatt program gir resultater for brukerne. At Askers brukere er mest fornøyd kan henge sammen med at deres koordinatorene har arbeidet mer med brukerne, men det kan selvsagt ha med mange andre faktorer å gjøre. Forskjellen har dog blitt mindre, og det ville vært interessant å gjenta målingen om ett år for å se hvor den ligger når koordinatorene har fullført oppfølgingen i tråd med programmet.

5.1.9 Åpne kommentarer til kartleggingsprotokollen

Flere av delene i protokollen inneholdt rom for kommentarer fra bruker og koordinator.

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

- *Bruker har liten informasjon om sin sykdom og de medisinene han tar. Han sier at han har lest seg til en del selv. Mener at det er uheldig, fordi han har lett for å misforstå*
- *Intervjuet med bruker gikk greit. Han var veldig klar på hvilke behov han ikke får dekket*
- *Gjennom intervjuet ble det helt klart at vi må lage en plan for eventuelle suicidale tanker*
- *Koordinator blir via protokollen minnet på at bruker ønsker mer informasjon fra sin psykiater*

Noen brukere ønsker ikke å svare på intervjuet, mens andre brukere sier det er vanskelig å svare på spørsmålene.

Eksempler på dette er:

- *Bruker ønsker kontakt med koordinator, men vil ikke fylle ut noen skjemaer*
- *Bruker er i en dårlig fase, han vil ikke svare på spørsmålene. Er noe engstelig for intervjuer (kommentar fra koordinator)*
- *Bruker vegrer for skjemaer. Hun sier at dette har hun opplevd så altfor mye av etter mange år i psykiatrien. Dette vil hun ikke.*
- *Vanskelig å svare på spørsmålene. Får angst av dem.*
- *Bruker blir veldig urolig av spørsmålene, vet ikke hva hun skal svare. Intervjuet må avsluttes.*

Noen koordinatorene beskriver at intervjuet måtte forberedes godt, og enkelte valgte å dele det opp i flere omganger. Det kunne være nødvendig for noen å sette av lang tid, samt billedgjøre og bruke eksempler.

5.2 Evaluering av veiledningsgruppene

Koordinatorene fylte ut en skriftlig evaluering av veiledningsgruppene etter 6 og 10 måneder som tilbakemelding til veilederne. 43 koordinatorene svarte. Spørsmålene var åpne og man kunne angi flere svar. Skjemaene fra evalueringen etter 10 måneder ble samlet inn, kategorisert og systematisert av GRUK. Resultatene ble meldt tilbake til hele læringsnettverket på erfaringskonferansene i kommunene. Svarene er vist nedenfor.

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

- Å arbeide systematisk og metodisk (19)
- Å få frem brukerens eget ønske og behov/

tilpasse oppfølgingen til bruker (8)

- At arbeidet med disse brukerne tar tid (7)
- Samarbeid på tvers av etater og profesjoner (7)

:

2 typiske svar var: *"Skjemaene har hjulpet meg til å synliggjøre områdene jeg kan hjelpe brukerne på"*
"Lytter mer til brukeren og samarbeider bedre med bruker og andre i ansvarsgruppen. Ser klarere brukerens ressurser, og er mer målrettet i arbeidet"

Det er interessant at 8 koordinatorene nevner at det viktigste de har lært er å lytte til brukerne. Det er noe de fleste tjenesteytere ville si at de gjorde uansett. Når man arbeider etter en modell som har brukers mål og behov i sentrum, stimuleres en til å lytte til brukeren på en annen og mer systematisk måte.

2. Hva trenger du å lære mer om?

- KPA-modellen og bruken av den, herunder å skrive individuell plan (12)
- Tiltaksnettverk og tverrfaglig arbeid (8)
- Kunnskap om psykiatri (3)

2 kommentarer: *"Jeg trenger å vite mer om tjenestetilbud i kommunen og saksbehandling i ulike etater"*
"Jeg må flinkere til å koordinere. Jeg har lett for å gjøre oppgavene selv"

Dette er en ny måte å arbeide på for mange koordinatorene, og det er påkrevet med langvarig metodeveiledning for å lære KPA fullt ut. En koordinator har beskrevet at metoden må læres ved at den brukes, man "må få den under huden"

Skriftliggjøring av arbeidet man gjør, er en stor utfordring. Utforming av skriftlige planer er her som i andre læringsnettverk, det området hvor medarbeiderne har mest ugjørt.

Få gir uttrykk for å trenge mer psykiatri-kunnskap. Dette kan forstås som at koordinatorene har fått det de trengte på dette området, og at psykiatrikompetansen i de aktuelle kommunene er høy.

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

- Klimaet i gruppen har vært støttende og godt (31)
- Gruppen er en viktig læringsarena (11)
- Tverrfaglighet øker utbyttet (3)

Her er et typisk svar:

"Klimaet har vært åpent for læring og utveksling av erfaring og kunnskap"

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

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

- Mer konkret veiledning på brukers situasjon (9)
- Mer metodisk veiledning (7)

- Veilederne bør ha mer kunnskap om og erfaring med KPA (6)
- Ønsker ingen endring (5)

En kommentar: *”Vi trenger veiledning fra erfarne koordinatorene. Viktig med praktisk hjelp og råd i de aktuelle koordinatorsakene”*

Metoden KPA var ny for både koordinatorene og veilederne. Forventningen om å få ekspertveiledning var absolutt til stede, og kunne ikke fullt innfris. Bedre informasjon om utgangspunktet for begge parter ved starten av veiledningsgruppene kunne dempet forventningene, og gitt en bedre rolleavklaring.

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

Tabell 5 Vanskelighetsgrad i å gjennomføre arbeidsprosessen i KPA (n=43)

Faser i KPA-arbeidet	Lett	Middels vanskelig	Vanskelig	Ikke utført	Ubesvart
Avklare rolle og ansvar som koordinator	14	14	4	0	0
Utvikle relasjon til brukeren	20	9	3	0	0
Sikre forholdet til tiltaksnettverket	10	17	2	1	2
Kartlegge brukerens situasjon	14	13	5	0	0
Kartlegge brukers mål og behov	9	11	11	0	1
Velge strategi og lage plan for oppfølgingen	4	17	6	4	1
Koordinere tiltak	5	16	4	5	2
Vurdere resultat og justere planer	4	11	4	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 flere som fant middels vanskelig, og for mange koordinatorene var det uvant å skulle ta kontakt med andre deler av tjenestene på vegne av brukeren.

I alle veiledningsgruppene ble det arbeidet de systematisk med avklaring av rolle og ansvar som koordinator, og dette ble også vektlagt på alle samlinger for veilederne 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 mål og behov var det flertallet som fant middels vanskelig eller vanskelig, og vi vet at det kan være en lang og krevende prosess og hjelpe brukere med psykiske lidelser til å komme fram til egne kortsiktige og langsiktige målsettinger. 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 vanskelig av mange.

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

Å lage en strategi for oppfølgingen og gjennomføre koordinering og evaluering var det en del koordinatorene som ikke hadde gjennomført. Dette kan skyldes at det kan ta lang tid å få en god allianse til bruker og finne ut hva det er bruker ønsker og har behov for. Før dette er gjort vil det være lite hensiktsmessig å iverksette tiltak.

Det kan også skyldes at de ikke føler seg trygge på å gjennomføre det. I evalueringen av veiledningsgruppene, svarte mange koordinatorene at de hadde behov for videre opplæring i KPA-modellen, spesielt utforming av mål og skriftlige planer for oppfølgingen. Det vanligste svaret på hva som kunne forbedres i opplæringen, var økt fokus på KPA modellen i veiledningsgruppene. Dette tyder på at koordinatorene ser behovet for videre metodeveiledning, og trenger dette for å kunne gjennomføre opplæringen i tråd med programmet.

6.0 Erfaringer fra veiledere og tilretteleggere i 2. linjen

6.1 Erfaringer fra veilederne

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

- Flere veiledere kjente seg usikre på hvordan opplæring i modellen (i startfasen av veiledning) best kunne foregå. Erfaringsseminarene ble en arena for råd og forslag i så måte. Mange erfarte at grundig gjennomgang av KPA modellen i de første veiledningssamlingene ga koordinatorene nødvendig forståelse for modellen.
- Mange veiledere syntes tidspresset var stort i starten. De skulle både bidra til å etablere gruppen, gi opplæring i KPA-programmet og sørge for at evalueringsprotokollene ble fylt ut og levert etter ca. 2mndr.
- Tidlig i prosjektet ble veilederne stilt overfor koordinatorene med ulik forståelse og informasjon om sin rolle i prosjektet. Motivasjonen var også vekslende. Avklaring av roller og oppgaver som koordinator ble et tema for veiledningsgruppene gjennom hele prosjektet. Dette gjaldt særlig hvordan koordinatorene skulle kombinere sin rolle som fagperson overfor brukeren med sin rolle som koordinator.
- Mange veiledere erfarte at psykiatrikompetansen var høy hos koordinatorene, og at det var høyt nivå på tilbudet til brukerne. Dette førte at noen veiledere kjente prestasjonsangst, ”Hva kan jeg bidra med i denne sammenhengen?” Åpenhet i gruppen samt støtte på at veileder skal lede en gruppeprosess – ikke være ekspert, senket temperaturen en del. Med bedre informasjon og avklaring av roller i forkant av gruppeetablering, ville en del frustrasjon vært unngått.
- Flere veiledere fortalte at de selv hadde lært mye som ville komme pasientene i 2.linjen til gode. Å vite om tjenestetilbudet i kommunen, og kjenne utøvere fra forskjellige kommunale tjenester, kan bety bedre kvalitet for brukere etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. Videre fortalte flere av veilederne at de hadde tatt i bruk deler av modellen overfor brukere de selv fulgte opp.
- Systemproblemer for koordineringsarbeidet i kommunene ble etter hvert løst ved at tilretteleggerne etter avtale deltok i veiledningsgruppene. Flere koordinatorene tok også

selv kontakt med tilretteleggerne ved behov. Tilretteleggerne var således viktige samarbeidspartnere for veilederne.

- Veilederne beskrev tverrfagligheten i veiledningsgruppene som verdifull for å finne gode løsninger for koordinator og bruker
- Veiledning bør fortsette etter prosjektslutt, men kanskje ikke så hyppig som hver 14.dag. En gruppe gikk ned til veiledning hver 3. uke mot slutten av prosjektperioden.

6. 2 Erfaringer fra tilrettelegger på Asker- og Bærumklinikken

”Arbeidet har bestått i informasjon til aktuelle avdelinger i klinikken, og å være et bindeledd mellom veiledere, kommunenes tilretteleggere og GRUK. Den økte kunnskapen om hvordan kommunene arbeider, er formidlet videre i møter i Allklinikken. Jeg har blitt kjent med koordinatorenes arbeid og brukeres erfaringer blant annet ved å være observatør i veilednings-gruppene. Her kom både det som fungerte og det som ikke fungerte frem. Frustrasjoner og problemer i veiledningsgruppene ble drøftet med veilederne. Noe ble tatt videre til tilretteleggerne i kommunene som igjen tok problemene opp i kommunenes organisasjon. GRUK var hele tiden en god samtalepartner i ”hva gjør vi videre, hvordan går vi frem?”

Erfaringsseminarene hver 3. måned ga alltid nytt mot, fordi de fleste erfaringene fra veiledningsgruppene var positive. Mange henvendelser i hverdagen handlet om problemer.

Jeg har hatt et godt og støttende apparat rundt meg, både i læringsnettverket og i Allklinikken.

For videreføring av KPA blir det viktig å opprettholde en tilretteleggerfunksjon for blant annet å sørge for at både nye og erfarne koordinatorene får et veiledningstilbud. Nye veiledere må også rekrutteres, og en oppfølging av veilederne er nødvendig.”

Ut fra tilbakemeldingene fra veilederne ble det avholdt veiledersamlinger utenom erfaringsseminarene for å støtte veilederne – der de fikk veiledning på veiledningen. Tilrettelegger i 2.linje tok ansvar for innkalling til disse samlingene. Tilbakemeldingene fra veilederne har ført til at vi har lagt om opplæringsseminaret . Blant annet vil koordinatorene ha en felles dag med veilederne og tilretteleggerne om KPA modellen og evalueringsprotokoll i starten av læringsnettverket. Det blir også fokusert på avklaring av roller i veiledningsgruppen. Vi har også forenklet og forbedret evalueringsprotokollen.

Stiftelsen GRUK har nå utarbeidet et hefte til KPA-veiledere som heter ”En veileder for veilederne” der vi beskriver det spesielle ved KPA-veiledningen, og foreslår struktur til de første gangene veiledningsgruppene er samlet. Tilrettelegger på Asker- og Bærumklinikken har fått denne veilederen.

7.0 Erfaringer fra kommunene

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

kommunene og fra oppstart- og erfaringskonferansene som ble avholdt i hver kommune. I tillegg deltok de kommunale tilretteleggerne på erfaringsseminarene sammen med veilederne, og forankring av KPA modellen var tema på flere av samlingene.

7.1 Organisatorisk forankring

En viktig oppgave for tilretteleggerne var å sikre støtte fra ledere og mellomledere for prosjektet. De ble oppfordret til å gi skriftlig og muntlig informasjon til lederne, og tilretteleggerne fikk maler for egnede informasjonsskriv fra GRUK. Aktiviteten hos tilretteleggerne var høy, og de tok kontakt med alle avdelinger som deltok med koordinatorene. Tilretteleggerne tok initiativ til informasjonsmøter med ledere og ansatte. Noen etater som ga tjenester til brukerne, valgte å ikke ha med koordinatorene. Dette svekket forankringen av KPA på tvers i hele kommunen. For å informere lederne for disse etatene, ble det i den ene kommunen avholdt et informasjonsmøte sammen med GRUK mot slutten av prosjektet.

Dette ble godt mottatt.

Det ville vært en fordel med et par planlagte møter med ledere og prosjektledelsen som del av læringsnettverket.

Støtte fra ledere og mellomledere var avgjørende for at koordinatorene skulle få legitimitet i kommunen og få nødvendige arbeidsbetingelser for å gjennomføre oppfølgingen. Noen steder manglet dette, og noen koordinatorene trakk seg på grunn av en presset arbeidssituasjon.

På erfarings- og sluttkonferansen ble det entydig uttalt av ledelsen i begge kommuner at de ønsket å videreføre arbeidet med KPA, og tilpasse modellen til øvrig arbeid med individuelle planer som skjer i kommunene.

7.2 Erfaringer fra kommunale tilretteleggere.

Asker:

”Innføring og etablering av KPA i Asker kommune ble organisert som et prosjekt med styringsgruppe og prosjektgruppe. Deltakelsen i prosjektet var representert ved sektorene helse- og sosial, kultur og fritid og støtteenhetene samordning og tjenestetildeling.

Vi valgte å være to tilretteleggere av hensyn til øvrige arbeidsoppgaver og kontinuitet i tilretteleggingen av prosjektet. Arbeidsoppgavene for tilretteleggerne har omfattet informasjonsutveksling, motivasjon, rådgivning med utplukking av personlige koordinatorene og brukere, organisering og sammensetning av veiledningsgrupper, implementering av metoden i kommunen, problemløsning, samt arrangering av oppstartskonferanse og erfaringskonferanse.

Informasjonsarbeidet og motivasjonsarbeidet har vært svært viktig og sentralt. Det ble nødvendig å sette av tid til informasjonsmøter med samarbeidspartnere, da erfaringen med å sende skriftlig informasjon ikke var tilstrekkelig som tiltak alene. Dette har blitt gjort både i forhold til kommunens ansatte og ledere på ulike nivåer, samt til a-etat og trygdekontor.

Veiledningsgruppene ble satt sammen av koordinatorene med ulik faglig bakgrunn og fra ulike tjenestesteder i kommunen. Det var fem veiledningsgrupper med 5 – 6 koordinatorene i gruppene. På grunn av en del fravær kunne veiledningsgruppene med fordel vært færre og med flere koordinatorene i hver. Veiledningen ble satt til 1 ½ time

hver 14. dag. I en ellers travel hverdag, var det en del av koordinatorene som syntes at veiledningen var litt for ofte. Noen koordinatorene ga uttrykk for at de følte seg presset i forhold til tidsfrister med hensyn til utfylling og innlevering av protokoller, og dette virket forstyrrende i relasjonen til bruker.

Tilrettelegger oppsøkte i prosjektperioden alle veiledningsgruppene slik at problemstillinger kunne avklares underveis, samtidig som det ga en viktig mulighet for observasjon av fremdriften i gruppene. Selv om det ble observert et sterkt engasjement i forhold til arbeidet med den enkelte bruker, har motivasjonen i veiledningsgruppene variert gjennom året. Den var sterkest første del av prosjektperioden, noe dalende mot slutten. Dette hadde sammenheng med stort arbeidspress og uklarhet i forhold til videreføring av KPA som metode.

En av veiledningsgruppene ble av ulike årsaker lagt ned. Koordinatorene i denne gruppen fikk tilbud om å gå over i andre veiledningsgrupper.

Viktige suksessfaktorer.

Vi vil understreke den betydningen som GRUK vektlegger i forhold til at innføring av KPA må være godt forankret i ledelsen. Vi har erfart betydningen av at de beslutningene som ble tatt i forkant dannet grunnlaget for de rammebetingelsene som må være tilstede for koordinatorene underveis i det daglige arbeidet. For eksempel aksept for å gå i veiledning, aksept for bruk av tid og bruk av metoden.

Både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har vært inne i prosjektet. Felles forståelse av metodikk både internt i kommunen og på tvers av forvaltningsnivåene har vært viktig, og har dannet grunnlaget for at den enkelte personlig koordinator har fått en posisjon som er til hjelp for den enkelte bruker, i forhold til tjenesteapparatet for øvrig.

Evaluering underveis har gitt mulighet til å måle det arbeidet som ble gjort. I tillegg har vi også kunnet måle brukertilfredsheten. Et slikt systematisk måleredskap som viser endringer hos bruker, har tidligere vært mangelfullt for denne målgruppen.”

Bærum:

”Som tilrettelegger har man ingen myndighet, derfor har den tette dialogen med styringsgruppa vært viktig. Jeg har opplevd et stort engasjement hos koordinatorene. Har også sett at de som forsto hensikten med metoden, fikk arbeidet lettere til i praksis.

Det var en utfordring at man i utgangspunktet hadde bestemt hvor mange brukere og koordinatorene som skulle være med i prosjektet. På grunn av tidspress ble noen pålagt å være koordinatorene, og det falt ikke like heldig ut for alle. Noen koordinatorene har beskrevet det som et press å skulle følge opp papirarbeid samtidig som det er klare krav til direkte tid med bruker.

Informasjon har vært viktig å følge opp i jobben som tilrettelegger. Har slitt med å nå frem til a-etat, fordi de selv har mye å gjøre i forhold til intern omorganisering.

Det vil være nødvendig med en tilretteleggerfunksjon i fortsettelsen av arbeidet med KPA.”

7.3 Valg av brukere og koordinatore

Brukere og koordinatore ble valgt ut av mellomledere i samarbeid med tilretteleggerne. De fleste kommuner valgte først koordinatore for å få med deltakere fra forskjellige etater i kommunen. Disse fikk ofte en bruker som de allerede hadde en naturlig kontakt med i kraft av sin fagjobb. De fleste koordinatore hadde derfor fagspesifikke roller og oppgaver overfor brukeren i tillegg til koordinatorrollen. Det var sjelden problematisk, men en koordinator som samtidig var leder for brukerens metadon-rehabiliteringsprosjekt, fant at hans kontroll-oppgaver var vanskelig å kombinere med koordinator rollen.

Veiledningsgruppene hadde fra 5-9 medlemmer, og i den minste gruppen gav både koordinatore og veiledere uttrykk for at de hadde ønsket å være flere. Det ble lagt stor vekt på tverrfaglighet i gruppene for å sikre et best mulig læringsmiljø, og samtidig sikre tverretattlig samarbeid og gjensidig informasjonsutveksling. Alle gruppene var positive til den tverrfaglige og tverretattlige sammensetningen, slik evalueringen av veiledningsgruppene viser (se kapittel 5.2).

Kommunene valgte som målgruppe personer over 18 år med psykiske lidelser. Noen brukere hadde i tillegg psykisk utviklingshemning eller et rus-problem. En av brukerne med sterk psykisk utviklingshemning viste seg ikke å kunne medvirke i sin egen oppfølging, og KPA-modellen lot seg derfor ikke gjennomføre..

7.4 Opplæring av koordinatore

Koordinatorene hadde ønsket at KPA-modellen hadde blitt grundigere gjennomgått i starten av gruppa, og i nye nettverk deltar nå koordinatorene på deler av opplæringsseminaret for å gi dem en felles opplæring i modellens hovedtrekk.

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

7.5 Videreføring av KPA

Erfaringene i psykiatrien og i kommunene var gode og de ønsket å videreføre modellen. Kommunene ønsket å se på videreføringen i lys av arbeidet med individuelle planer som ellers foregår i kommunen. Både psykiatrien og kommunen så behov for å fortsette veiledningsgruppene, og vil drøfte i det eksisterende lederforum på hvilken måte dette skal skje.

8.0 Eksempler på erfaringer fra koordinatore og brukere

En koordinator fortalte på en erfaringskonferanse om hvordan hun og bruker gjennom det siste året hadde jobbet med KPA. Bruker var ikke selv til stede, men hadde godkjent det koordinator presenterte. Bruker hadde allerede et etablert nettverk i forhold til rus og psykiatri. Her gjengis utdrag av presentasjonen:

” I utgangspunktet kjente vi ikke hverandre, og brukeren min fikk angst bare noen henvendte seg til henne. Helt i begynnelsen hadde vi avtaler på 15 minutter 2 ganger i uka. Tillit var et nøkkelord, og i forhold til det kunne jeg ikke starte ut med aktiv

kartlegging. Noen ganger ble samtalene for lange – jeg merket det på konsentrasjonen hennes. Eller hun møtte ikke opp, ga heller ikke beskjed. I løpet av denne bli-kjent-fasen skulle vi fylle ut en evalueringsprotokoll, og det forstyrret på et vis samarbeidet. Vi tok likevel fatt i noen av spørsmålene, og fant ut at selv tåpelige spørsmål kan bidra til at man blir kjent. De udekkede behovene hennes kom også klart frem. Et av de viktigste var bygging av sosialt nettverk. Hun kom, og hun uteble. Men jeg avviste henne aldri. Kontakten måtte etableres på hennes premisser. Sakte ble hun mer aktiv i samtalene, og jeg overlot til henne å skrive.

En lang innleggelse for henne gjorde det vanskelig for meg å vite hvordan jeg skulle forholde meg, men omsider kom vi i gang igjen. Korte samtaler, kortsiktige mål. Hun kom, og hun kom ikke. Nå ga hun imidlertid beskjed. Jeg fortsetter å sette av tid til henne, og vi er enige om ikke å stresse. En individuell plan er langt frem i tiden...

Jeg vet ikke hva som er et godt liv for denne brukeren, og jeg kan ikke definere mål for henne. Hun må selv være aktiv i det, og jeg skal være tålmodig.

Vil gjerne fortelle at brukeren vurderte seriøst å stille opp her i dag, men det fikk vi ikke til. Fantastisk å tenke at en med hennes angstplager i det hele tatt vurderer å stille seg foran en forsamling! For meg som koordinator har veiledningsgruppa vært svært nyttig – ingen problemer har vært for bagatellmessige, og de andres erfaringer har gitt meg mye.”

En koordinator og en bruker fortalte på sluttkonferansen om sin samarbeidsprosess. Her gjengis noe av innholdet:

*Brukeren innledet: ”Jeg ba om hjelp for et år siden. Fantastisk å kunne si til en person hvilke ønsker og behov du har, og så avvente at det skjer noe. Først fikk jeg hjelp for mitt rusproblem (et behandlingsopphold), og det kan sammenliknes med å bygge grunnmuren på et hus. Deretter hjalp koordinatoren meg med å bygge huset videre.”
Koordinator: ”Både sosialmedisinsk poliklinikk, sosialkontor, fastlege, trygdekontor og avdeling for psykisk helse har samarbeidet med og rundt bruker.”*

De så begge nødvendigheten av at koordinator må kjenne tjenestetilbudet og brukers rettigheter, og begge syntes skjemaene i KPA- heftet og evalueringsprotokollen har hjulpet til med å skape struktur på oppfølgingen.

De ga også klart uttrykk for at det var nødvendig å skille tydelig på koordinators primærkontakt-funksjon og koordinatorrolle overfor brukeren.

Bruker ble spurt om hun hadde opplevd at planen ble hennes egen, og svarte at hun hele tiden hadde visst hva hun ønsket. Hun hadde opplevd å bli hørt. ”Jeg oppdaget at jeg har en ganske sterk vilje!”

Noen betraktninger koordinatoren har gjort om sitt arbeid:

”KPA har vært et nyttig verktøy for å kartlegge brukerens situasjon. Ut fra kartleggingen har jeg sammen med bruker satt opp målsetting og hvilke arbeidsområder som skal prioriteres. Vi konsentrerte oss om 4 områder. Ved at jeg som koordinator ikke skulle gå i dybden med hvert tiltak,, kunne jeg konsentrere meg mer om samordning og gjennomføringen av tiltak. Jeg opplevde mer kontinuitet i forhold til bruker.

En erfaring er at ved å ta seg mer tid, lytte og ha en ydmyk holdning til at endring kan skje, har bruker blitt stimulert til "å ta mer hånd om sitt eget liv". Hun har etter hvert tatt mange selvstendige avgjørelser. Hele nettverket har fokusert på hennes sterke ønske om endring, og gradvis vokser hennes tro på seg selv."

"Som koordinator har jeg hele tiden deltatt i en tverrfaglig veiledningsgruppe – noe som har bidratt til læring på mange områder. Ikke minst har jeg blitt kjent med andres arbeidsmåter og faglighet. Jeg har også hatt tilstrekkelige rammer for å kunne arbeide målrettet med brukeren. KPA er et verktøy som gir mulighet for regelmessig evaluering av arbeidsprosessen både for bruker og tjenestenettverk."

9.0 Konklusjon og anbefalinger

Innføring av KPA modellen i Asker og Bærum kommune og Asker- og Bærum klinikken er gjennomført etter planen. Erfaringer fra kommunene og psykiatrien er positive, og de har besluttet å videreføre samarbeidet om KPA.

Evaluering av prosjektet viser at brukerne får et bedret tjenestetilbud og får dekket flere av sine behov. Deres tilfredshet med oppfølgingen øker, blant annet har brukere gitt uttrykk for den store betydningen av å ha en person i tiltaksnettverket å forholde seg til.

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

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

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

Tilretteleggerne har gjort en stor jobb i egne organisasjoner. Skal KPA videreføres, vil det være nødvendig å opprettholde tilretteleggerfunksjonen i deltagende organisasjoner. Dersom prosessen skal kunne utvikle seg i tråd med de behov brukere og tjenestenettverk har, er det nødvendig at noen har et spesielt fokus på dette arbeidet. Det er også behov for å utarbeide gode rutiner for hvordan man tar vare på brukere som mister sin koordinator, hva man gjør overfor nye brukere som ønsker en koordinator, og hvilken opplæring nye koordinatorene skal få når de starter opp i eksisterende veiledningsgrupper. Dette vil være en naturlig oppgave for tilretteleggerne.

Det vil også være nødvendig for kommunene å trekke med alle etater som arbeider med brukere som har krav på individuelle planer i det videre arbeidet. Rehabiliteringsavdelinger i begge kommuner arbeider i dag planmessig, og det vil være ønskelig å lage en kommunal arbeidsgruppe som kombinerer det beste fra KPA- prosjektet med det øvrige arbeidet som

utføres. Dersom dette kunne resultere i **en felles arbeidsmåte** for alle brukere som trenger individuell plan enten de har fysiske eller psykiske funksjonshindringer, ville gevinsten for brukere, pårørende og systemet være betydelig.

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, der de kan møtes for gjensidig støtte, faglig påfyll og erfaringsutveksling, har vært prøvet med hell i andre områder av landet. Forankringen av KPA i allklinikken virker god. For å sikre denne framover, vil det være viktig å lage en plan for videre rekruttering og opplæring av nye veiledere.

Lederne som var tilstede på oppstart- og erfaringskonferanser, uttrykte god støtte til prosjektet. Vi ser at denne støtten også er avgjørende framover om man skal lykkes i videreføringen. Kvalitet på de tjenestene som brukerne mottar er et lederansvar, og der hvor dette utøves, inspireres medarbeidere til å yte sitt beste.

Det blir også viktig å arbeide videre for å avklare hvordan avdelinger ved allklinikken og Blakstad sykehus skal forholde seg til KPA. Dette vil være en del av et prosjekt som er vedtatt å starte i 2003. Et delmål i prosjektet er å samordne bruk av KPA og individuell plan på Blakstad og i allklinikken, med den oppfølging brukerne får ute i kommunene. Først når alle brukere med behov for langvarig og koordinert oppfølging blir møtt på samme måte i hele tiltaksnettverket, vil vi lykkes i å gi brukerne et helhetlig og brukertilpasset tilbud.

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

Referanser

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

Vedlegg

- Vedlegg 1. Kartleggingsprotokoll for personlige koordinatører
- Vedlegg 2. Evalueringsskjema for veiledningsgruppene.
- Vedlegg 3. Resultater fra målingene i Asker kommune
- Vedlegg 4. Resultater fra målingene i Bærum kommune

EVALUERINGSPROTOKOLL FOR KPA (KOORDINERING AV PSYKOSOSIALT ARBEID)

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

- I. Brukerens situasjon, personlige mål og behov for tiltak
- II. Brukerens tilfredshet med tjenestetilbudet
- III. Framgangen i koordineringsarbeidet

En slik oversikt kan brukes til:

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

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

Innholdet i protokollen

Protokollen består av fire deler:

1. Opplysninger om personlig koordinator, brukeren og brukers nettverk
2. Vurdering av brukers udekkede behov (fylles ut gjennom intervju med brukeren)
3. Brukers erfaringer med tjenestetilbudet (fylles ut gjennom intervju med brukeren)
4. Sjekkliste for arbeidsgangen i oppfølgingen.

Utfylling

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

Utfyllingen bør gjentas etter ½ - 1 år for å vurdere hva som er oppnådd og hva som gjenstår i arbeidet med brukeren. Deretter bør den fylles ut en gang i året for å:

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

Hvem skal bruke informasjonen i protokollen?

Personlig koordinator bruker protokollen i sitt arbeid med brukeren og i veiledningsgruppen. Veilederne gir kopier av protokollene til tilrettelegger i andrelinjen som sender disse til GRUK. GRUK bearbeider data fra evalueringsprotokollene og presenterer disse på kommunens konferanse om erfaringene med KPA. Denne konferansen holdes ca. ett år etter oppstart av veiledningen.

Oppbevaring av protokollen

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

**DEL 1. OPPLYSNINGER OM PERSONLIG KOORDINATOR,
BRUKEREN OG BRUKERENS TILTAKSNETTVERK
FYLLES UT AV KOORDINATOR**

Kommune-nr:

Dato for utfylling:

OPPLYSNINGER OM PERSONLIG KOORDINATOR

1. Koordinators initialer: 2. Koordinators stilling og utdanning: 3. Hvor lenge har koordinator hatt ansvaret for oppfølging av brukeren? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mndr.	4. Hvor ofte har koordinator avtale med brukeren? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ganger pr. måned 5. Hvor lenge varer møtene med brukeren? Gjennomsnittlig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minutter pr. gang 6. Hvor mye tid går med til arbeid utenom disse møtene? (som telefoner, skrivearbeid, kontakt med andre etater) Gjennomsnittlig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minutter pr. uke
--	--

OPPLYSNINGER OM BRUKEREN

1. Brukerens kjønn og alder: 2. Diagnose/problemdefinisjon: (Ett eller flere kryss) Schizofreni: <input type="checkbox"/> Affektiv psykose <input type="checkbox"/> Annen psykose <input type="checkbox"/> Personlighetsforstyrrelse <input type="checkbox"/> Depressiv lidelse <input type="checkbox"/> Angstlidelse <input type="checkbox"/> Tvangslidelse <input type="checkbox"/> Annen psykisk lidelse <input type="checkbox"/>	3. Tilleggsproblemer: Psykisk utviklingshemning <input type="checkbox"/> Rusproblem <input type="checkbox"/> Somatiske sykdommer <input type="checkbox"/> 4. Brukerens medikamenter, navn og dosering: 5. Under tvungent ettervern? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
--	--

OPPLYSNINGER OM BRUKERENS TILTAKSNETTVERK

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

DEL 2. VURDERING AV UDEKKEDE BEHOV PÅ ULIKE LIVSOMRÅDER

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

Intervjuet kan introduseres til brukeren på denne måten: **“Dette intervjuet handler om forhold som kan ha stor betydning for mange som får hjelp for psykiske problemer. For å kunne gjøre tilbudet ditt så godt som mulig, vil jeg gjerne høre mer om hva du trenger hjelp til (hjelp du ikke får i dag).”**

Udekkede behov kan overføres skåringsarket på siste side.

Dato for utfylling:

Område	<u>Brukerens</u> vurdering av udekkede behov på hvert område (behov som ikke dekkes i dag).	<u>Koordinator</u> s vurdering av udekkede behov på hvert område (behov som ikke dekkes i dag).
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, opphold i sykehus eller DPS?		
Rusproblemer: Behandling i poliklinikk eller institusjon, støtteopplegg med urinprøvekontroll?		
Familietilbud: Avlastning, rådgivning, informasjon, pårørende-gruppe, hjelp med omsorg for egne barn?		

DEL 3 BRUKERENS ERFARINGER MED TJENESTETILBUDET

FYLLES UT PÅ GRUNNLAG AV INTERVJU MED BRUKEREN

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

Dato for utfylling:

A: Støtte og respekt fra hjelperne i brukerens tjenestetilbud

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

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

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	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
2. Jeg har fått forståelig informasjon om årsakene til mine psykiske problemer	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
3. Jeg har fått forståelig informasjon om mine framtidsutsikter, med de problemene jeg har	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
4. Jeg har fått forståelig informasjon om mine medisiner og hvordan de virker?	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
5. Det hender at jeg får motstridende informasjon	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer

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	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
2. Mine pårørende har fått informasjon om planene for min oppfølging	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
3. Mine pårørende har fått informasjon om årsakene til mine problemer	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
4. Mine pårørende har fått informasjon om hva som kan forebygges at jeg får problemene tilbake	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
5. Mine pårørende er fornøyde med den informasjonen de har fått	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke

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	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
2. Vi har kommet fram til felles mål for min oppfølging	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
3. Jeg har en skriftlig plan for min oppfølging	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
4. Jeg har en skriftlig plan for hva jeg bør gjøre ved tegn på tilbakefall av mine psykiske problemer	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
5. Min personlige koordinator og jeg passer på at planene mine blir fulgt opp	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
2. Jeg får dekket mine behov når det gjelder bolig og økonomi	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
3. Jeg får dekket mine behov for utdanning, arbeid eller fritidsaktiviteter	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
4. Jeg får dekket mitt behov for kontakt med andre mennesker	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
5. Jeg får dekket mitt behov for å snakke med noen om mine problemer	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke

Kommentarer fra brukeren om dette området:

.....

.....

Kommentarer fra koordinator om intervjuet:

.....

.....

.....

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

DEL 4. SJEKKLISTE FOR ARBEIDSGANGEN I OPPFØLGINGEN

FYLLES UT AV KOORDINATOR

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

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

Oppnådd=2, delvis oppnådd=1 og ikke oppnådd=0

Dato for utfylling:

1. ETABLERE FORHOLDET TIL BRUKEREN OG TILTAKSNETTVERKET				
	Oppnådd	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 har skrevet under samarbeidsavtale med koordinator og fått kopi av denne				

2. KARTLEGGE BRUKERENS SITUASJON, PERSONLIGE MÅL OG BEHOV FOR TILTAK				
	Oppnådd	Delvis oppnådd	Ikke oppnådd	Kommentar
1. Koordinator har god oversikt over brukers historie og situasjon på sentrale livsområder*				
2. Koordinator har god oversikt over brukers personlige mål og egne ressurser				
3. Koordinator har god oversikt over brukers behov for tiltak på sentrale områder*				
4. Koordinator har god oversikt over brukers behov for behandlingstiltak				
5. Koordinator har god oversikt over brukers 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				