

Rapport fra prosjekt i Skien og Porsgrunn
Koordinert hjelp for barn og unge

Prosjektnavn: Koordinert hjelp for barn og unge
Prosjektperiode: 2003-2006
Prosjektleder: Trulte Konsmo
Prosjektmedarbeider: Michael de Vibe

Dette prosjektet er finansiert med Extra-midler fra Helse og rehabilitering. Helse og Rehabilitering er en stiftelse som består av 25 norske frivillige helseorganisasjoner og funksjonshemmedes organisasjoner.

Vi takker for at de har gjort dette prosjektet mulig!



Sammendrag

Bakgrunnen for prosjektet er at GRUK har utviklet en modell for å koordinere tilbudet for voksne mennesker med langvarige psykiske lidelser og behov for koordinerte tjenester, kalt *Koordinering av psykososialt arbeid (KPA)*. Modellen har blitt tatt i bruk i ca 40 kommuner og bydeler over hele landet. GRUK har mottatt flere henvendelser fra fagpersoner og kommuner med spørsmål om metoden kunne tilpasses barn og unge.

I dette prosjektet har vi forenklet, tilpasset og utprøvd arbeidsmodellen, slik at den kan bidra til at barn og unge med sammensatte problemer og deres pårørende skal få et individuelt tilpasset og koordinert tjenestetilbud. Arbeidsmodellen støtter arbeidet med individuell plan, og sørger for størst mulig grad av brukermedvirkning i prosessen. Modellen fokuserer både på individ og system.

Modellen er prøvet ut i Porsgrunn og Skien kommune, i samarbeid med BUP ved Sykehuset Telemark HF. 14 medarbeidere fra de to kommunene har fått opplæring som koordinatorene. De har lært å koordinere tilbudet i samarbeid med familien ved hjelp av et handlingsprogram. Opplæringen har foregått i tverretatlige veiledningsgrupper med veiledere fra kommuner og helseforetak. I tillegg har det vært avholdt 4 seminarer, hvor også ledere og veiledere har deltatt. Koordinatorene har fylt ut et evalueringshefte to ganger i løpet av prosjektet. Her har de målt i hvilken grad de selv følger handlingsprogrammet, i tillegg til at de har målt tilfredshet hos familiene. Resultatene er svært gode.

En tilrettelegger fra hver kommune har sammen med styringsgruppa bidratt til å sikre forankringen. På dette nivået har man arbeidet systematisk med å avdekke systemproblemer og løse disse. Det dreier seg for eksempel om usikkerhet i forhold til hvilke etater som skal ta ansvar for koordinatorfunksjonen, samt manglende rutiner for tildeling og bytte av koordinator, ansvar i overgangen mellom ungdom og voksen, og uklarheter i samarbeidet mellom sykehus og kommuner.

Alle involverte parter ønsker å videreføre arbeidet.

Vedlagt rapporten er opplæringsheftet for koordinatorene, veiledere for veiledere, samt evalueringshefte.

RAPPORT FRA PROSJEKT I SKIEN OG PORSGRUNN KOORDINERT HJELP FOR BARN OG UNGE

Sammendrag.....	2
1.0. Innledning.....	4
2.0. Prosjektets to første faser	6
3.0. Beskrivelse av fase 3	6
3.1. Organisering av prosjektet	6
3.2. Gjennomføring av prosjektet i fase 3	8
3.2.1. Forenkling og forbedring av opplæringsmateriell.....	8
3.2.2. Opplæring av koordinatorene	8
3.2.3. Veiledning av veilederne.....	9
3.2.4. Forankring i organisasjonen	9
4.0. Resultater av prosjektet i fase 3.....	9
4.1. Får barn og unge og deres familier et individuelt tilpasset tilbud?	9
4.2. Hvordan fungerer koordinatorenes arbeidsprosess?	12
4.3. Hvordan har opplæringen fungert?	13
4.4. Avdekking og forbedring av systemproblemer	14
4.4.1. Hvilke etater skal ta ansvar for koordineringsfunksjonen.....	15
4.4.2. Er det nødvendig å fatte enkeltvedtak for å få utarbeidet IP?	15
4.4.3. Rutiner for tildeling av koordinator	15
4.4.4. Rutiner for bytte av koordinatorene.....	16
4.4.5. Rutiner for overgang mellom ungdom og voksen.....	16
4.4.6. Samarbeid mellom kommunene og de videregående skolene	16
4.4.7. Samarbeid mellom kommunene og BUP/HABU.....	16
4.4.9. Forankring i ledelsen	18
4.5. Ressursbruk	18
4.6. Videreføring	19
5.0. Konklusjoner og anbefalinger	20
Kilder / henvisninger.....	23

Vedlegg 1: Opplæringshefte for koordinatorene

Vedlegg 2: Veileder for veilederne

Vedlegg 3: Evalueringshefte

1.0. Innledning

Statens helsetilsyn har i 2006 hatt landsomfattende tilsyn med habiliteringstjenester til barn. Tilsynene har avdekket store mangler når det gjelder tilbud om individuell plan for barn og unge med behov for langvarige og koordinerte tjenester. De nedslående resultatene vitner om at retten til individuell plan medfører store utfordringer både for kommuner og sykehus. Det er en komplisert oppgave å planlegge og koordinere tilbudet på tvers av etater og tjenestenivåer. De som skal være koordinatorene trenger støtte og opplæring for å mestre oppgaven, og det er et lederansvar å sørge for at forholdene legges til rette. Det er nødvendig å utvikle gode prosedyrer og systemer, ikke minst i forhold til det viktige samarbeidet med barnas og ungdommens familier. Man må utvikle en kultur som støtter opp under koordineringsarbeidet.

Forskning viser at brukernes tilfredshet med individuelle planer er størst i kommuner hvor man har arbeidet målrettet med forankring, utvikling av felles verdigrunnlag, opplæring av koordinatorene, samt utvikling av felles rutiner mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten (1). Individuelle planer er et for spinkelt verktøy uten felles tenkning, undervisning, rutiner, samt fordeling av ansvar og oppgaver i systemene som er involvert (2).

I denne rapporten beskrives en arbeidsmodell som skal bidra til at barn og unge med sammensatte problemer og deres pårørende skal få et individuelt tilpasset og koordinert tjenestetilbud. Arbeidsmodellen skal støtte arbeidet med individuell plan, og sørge for størst mulig grad av brukermedvirkning i prosessen. Modellen fokuserer både på individ og system.

Arbeidsmodellen er i tråd med *Veileder til forskrift om individuell plan* (3) og innsatsområdene i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring ”...og bedre skal det bli!” (4). Kvalitetsstrategien og denne modellen fokuserer begge på å styrke brukeren og utøveren, forbedre ledelse og organisasjon, samt følge med og evaluere tjenestene.

Arbeidsmodellen bygger på GRUKs erfaringer fra Koordinering av psykososialt arbeid (KPA) (5). KPA-modellen er tatt i bruk i over 40 kommuner/bydeler og tilhørende DPSer i forhold til voksne med psykiske lidelser og behov for koordinerte tjenester (6). Den er også prøvet ut i forhold til pasienter med palliative lidelser (7). Vi har også forenklet og videreutviklet modellen til alle voksne som trenger individuell plan, og er i gang med å prøve den ut i Skien i samarbeid med Sykehuset Telemark HF.

Noen av kommunene som har deltatt i KPA-prosjektene ønsket å prøve ut modellen i forhold til barn og unge med sammensatte problemer. Det viste seg at modellen ikke lot seg bruke uten en metodeutvikling i forkant, ettersom de konkrete arbeidsredskapene var utformet med tanke på voksne. Vi har også mottatt flere henvendelser fra fagpersoner og kommuner med spørsmål om metoden kunne tilpasses barn og unge med sammensatte problemer. Dette er bakgrunnen for at GRUK har gjennomført et utviklingsprosjekt. Prosjektet har vært finansiert av Helse og Rehabilitering og har gått over 4 år (2003 – 2006).

Rapporten består av fire deler:

Den første delen er en rapport fra Skien og Porsgrunn kommune, hvor den endelige arbeidsmodellen er utprøvd i samarbeid med Sykehuset Telemark HF. I rapporten beskrives hvordan prosjektet er gjennomført i forhold til opplæring, forankring, organisering,

bevisstgjøring og forbedring av systemproblemer. Rapporten beskriver også erfaringer og resultater, samt gir anbefalinger til videre bruk av arbeidsmodellen.

Vedlegg 1 er et opplæringshefte til tjenesteytere som skal bli koordinatører. Her beskrives hva som menes med gode tjenester, koordineringsarbeid og individuelle planer. Hoveddelen av heftet er et handlingsprogram for hvordan koordinatorene kan arbeide på en systematisk måte sammen med brukeren og deres familie. Til slutt beskrives også vanlige utfordringer i koordineringsarbeidet og hvordan disse kan møtes.

Vedlegg 2 er en veileder for veiledere. En viktig del av opplæringen for koordinatorene er at de går i tverretatlige grupper hvor de får veiledning i å arbeide ut fra handlingsprogrammet. I denne veilederen beskrives hva som kjennetegner programbasert veiledning, og hva som skiller slik veiledning fra annen veiledning. Videre gis forslag og ideer til forberedelse og oppstart av veiledningen.

Vedlegg 3 er et evalueringshefte som kan brukes for å gi koordinator og familien en felles oversikt over tilfredsheten med tjenestetilbudet og framgangen i koordineringsarbeidet. Mange koordinatører synes det kan være nyttig å ha samtaler om dette et par ganger i året. Samtalene bidrar til å sikre at tilbudet utformes sammen med familien. I tillegg kan evalueringsheftet brukes til å vise hvor koordinator har størst behov for veiledning, og avdekke mangler i tilbudet som bør meldes til ansvarlig ledelse.

2.0. Prosjektets to første faser

Prosjektet har hatt tre faser. I fase 1 og 2 ble første versjon av arbeidsmodellen utarbeidet og tatt i bruk i forhold til barn og unge i Kragerø kommune. Modellen er så revidert og utprøvd i fase 3 gjennom et 12 måneders opplæringsprogram for ansatte fra Skien og Porsgrunn kommune i samarbeid med barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) ved Sykehuset Telemark HF.

I den første fasen ble det dannet en referansegruppe som tilpasset modellen og utviklet konkrete arbeidsredskap på bakgrunn av erfaringer fra arbeid med KPA, og fra arbeid med barn og unge i målgruppen.

Referansegruppen besto av 8 personer som representerte følgende sektorer/organisasjoner lokalt: Mental Helse Norge, Voksne for Barn, barneverntjenesten, helsesøstertjenesten, PP-tjenesten, Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), Barnehabiliteringstjenesten og fastlegene.

I den andre fasen ble det gjennomført et modellforsøk i Kragerø kommune i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. 10 personlige koordinatore fra ulike deler av kommunens tjenesteapparat for barn og unge arbeidet med hver sin bruker/familie ut fra materialet som ble utarbeidet i første fase. De fikk regelmessig veiledning på arbeidet i to tverrfaglig sammensatte grupper med veiledere fra Vestmar barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk.

Det var videre dannet en prosjektgruppe bestående av prosjektleder og prosjektmedarbeider fra GRUK, kommunens tilrettelegger og hennes stedfortreder, samt de to veilederne. Gruppen hadde månedlige møter. Ved avslutningen av denne fasen var det enighet om at prosjektet hadde gitt mange positive gevinster, men at det var behov for en forenkling av arbeidsmodellen.

3.0. Beskrivelse av fase 3

Denne rapporten omhandler primært fase 3 (mai 05 – juni 06), hvor vi har prøvd ut en revidert modell i Porsgrunn og Skien kommune, i samarbeid med BUP ved Sykehuset Telemark HF.

Hovedmålet for denne fasen har vært å ferdigstille arbeidsmodellen, slik at den kan spres.

I tillegg har målene for fasen vært at:

1. Barn og unge som deltar i prosjektet og deres familier får et individuelt tilpasset, koordinert tjenestetilbud. Tilbudet utformes gjennom en prosess i samarbeid med en koordinator fra kommunen, og både barnet/ungdommen og foreldrene medvirker i størst mulig grad i denne planprosessen.
2. Koordinatorene får en praksisnær opplæring i koordinatorfunksjonen, hvor de lærer å arbeide systematisk med å utforme og koordinere tilbudet i samarbeid med familien.
3. Modellen er forankret hos alle involverte ledere som støtter og legger til rette for koordinatorenes arbeid.
4. Ressursene i forhold til målgruppen skal brukes effektivt.

3.1. Organisering av prosjektet

GRUKs erfaring fra mange lignende prosjekt er at dersom eierne aktivt styrer og støtter det, vil sjansene for å videreføre gode erfaringer være langt større. At ledelsen kommer sterkt inn i

prosjektet, gir en helt nødvendig støtte for mellomledere og medarbeidere til å påta seg det viktige arbeidet det er å koordinere tjenestetilbudet til sårbare brukere.

For å forankre prosjektet ble det opprettet en styringsgruppe med følgende medlemmer:

- Skole og barnehagesjef Tormod Aulebo, Skien
- Helse og sosialsjef Tore Haukvik, Skien
- Kommunalsjef for tjenester til barn og unge, Inger Lysa, Porsgrunn
- Kommunalsjef for helse og sosial, Ingrid Kåss, Porsgrunn
- Seksjonsleder Øystein Blaker, BUP, Sykehuset Telemark HF
- Brukerrepresentant Heine Århus

Det ble videre oppnevnt en medarbeider fra hver kommune som tilretteleggere: Aud Vesth, rehabiliteringskoordinator fra Skien, og Ramona Lorentsen, fagkonsulent for PP-tjenesten fra Porsgrunn. De har hatt følgende viktige oppgaver:

- Informasjon til egen organisasjon for å forankre modellen.
- Finne aktuelle brukere og personlige koordinatore i samarbeid med lederne.
- Bidra til å finne veiledere i samarbeid med lederne.
- Opprette veiledningsgrupper for koordinatore og bidra til å sikre gode arbeidsvilkår for disse.
- Holde løpende kontakt med veilederne og prosjektlederne fra GRUK.
- Bistå ledelsen i å vurdere administrative rutiner og retningslinjer omkring koordineringsarbeidet for å sikre ansvars- og rolleavklaring for koordinatorene.
- Arrangere oppstart- og erfaringskonferanser.
- Samle inn oppfølgingshefter og evaluering av veiledningsgruppene.
- Komme med forslag til eventuelle forbedringer av modellen.

I hver kommune ble det rekruttert 10 koordinatorer fra ulike etater og med ulik fagbakgrunn; førskolelærere, lærere, sykepleiere, helsesøstre, barnevernspedagoger, vernepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter – mange av dem med ulike typer videreutdanninger. Det har imidlertid vært noe frafall av ulike grunner, slik at det til sammen har deltatt syv koordinatore fra Porsgrunn, og syv fra Skien. De har arbeidet med å koordinere tilbudet til hvert sitt barn /ungdom i samarbeid med familien. For å evaluere og dokumentere arbeidet, ble de bedt om å fylle ut en evalueringsprotokoll to ganger i løpet av prosjektet: Her har de målt foreldrenes tilfredshet, i hvilken grad de selv følger arbeidsmodellen, samt deres tilfredshet med veiledningen (vedlegg 3).

Barna og ungdommene som har fått koordinert tilbudet sitt representerer en bredt sammensatt gruppe både i forhold til alder og problemstillinger; psykisk utviklingshemmede, somatisk eller psykisk lidelse, ADHD og autisme.

Deltakerne fra kommunene har fått veiledning i hver sin gruppe. En veileder fra hver kommune, samt en veileder fra BUP har hatt ansvaret for veiledningen. Dette for å bedre samarbeidet mellom kommuner og BUP, og fordi veilederne skulle utfylle og støtte hverandre. På grunn av sykdom og skifte av jobber har tre av de fire veilederne blitt skiftet ut i løpet av året. Man forsøkte å rekruttere en veileder fra habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU), men lyktes dessverre ikke med det. Det har vært et savn at HABU ikke har deltatt i prosjektet, siden de er en viktig del av tjenestenettverket.

3.2. Gjennomføring av prosjektet i fase 3

3.2.1. Forenkling og forbedring av opplæringsmaterieil

Opplæringsheftet ble revidert og forenklet sommeren 2005, og utgjør vedlegg 1 i rapporten. Revideringen ble utført av prosjektleder i samarbeid med de to tilretteleggerne.

3.2.2. Opplæring av koordinatore

14 medarbeidere fra de to kommunene har fått opplæring som koordinatore. De har lært å koordinere tilbudet i samarbeid med familien ved hjelp av handlingsprogrammet, som beskriver at de i denne prosessen skal:

- Avklare om familien ønsker individuell plan.
- Innhente samtykke til planen og hvilken informasjon som kan utveksles.
- Etablere en god relasjon til familien og tiltaksnettverket.
- Kartlegge situasjon, mål, ressurser og behov i samarbeid med familien.
- Skrive individuell plan i samarbeid med familien.
- Sammen med familien vurdere behov for ansvarsgruppe og eventuelt opprette og lede denne.
- Koordinere og evaluere tilbudet ut fra den individuelle planen.

I tillegg har de lært å undersøke tilfredsheten hos familiene sine og framdriften i sin egen arbeidsprosess (se Evalueringsheftet i vedlegg 3). Dette har de gjort to ganger i løpet av prosjektet. Evalueringsheftet har hatt følgende hensikt:

- 1) Å gi barnet/ungdommen/foresatte og koordinator tilbakemelding om hvor de står i arbeidet.
- 2) Å sikre at tilbudet utformes i samarbeid med barnet/ungdommen og deres foresatte.
- 3) Å vise hvor koordinator har størst behov for veiledning.
- 4) Å vise mangler i tilbudet til barnet/ungdommen som bør meldes til ansvarlig ledelse.
- 5) Å dokumentere resultater fra prosjektet.

Opplæringen har bestått av seminarer og veiledning. Oppstartseminaret ble arrangert 31.mai 2005. Her ble arbeidsmodellen presentert, i tillegg til at tilretteleggerne innledet om hvordan koordineringsarbeidet så langt hadde fungert i de to kommunene.

I prosjektperioden har det vært arrangert tre erfaringsseminar (halve dager). Temaene på disse har vært:

- Deling av deltakernes erfaringer fra prosjektet så langt.
- Koordinatorfunksjonen; hjelp til å avgrense sin rolle.
- Ressursfokusert brukermedvirkning.
- Hvordan sette mål som kan nås? Hvordan holde planen levende?
- Drøfting av systemproblemer.

På seminarene har det vært 20 - 25 deltakere; koordinatore, deres ledere og veiledere. I tillegg har brukerrepresentanten fra styringsgruppa, samt en mor deltatt. Arbeidsformen på seminarene har vært en veksling mellom teori og drøfting i grupper/plenum. Gruppene har vært satt sammen på tvers av kommuner og roller, noe som har vært nyttig for å lære om og av hverandre. Det var planlagt et sluttseminar i juni 2006 for å legge fram resultatene fra

prosjektet og drøfte hva som må til for å fortsette arbeidet, men dette ble avlyst på grunn av liten påmelding. Videreføring ble i stedet drøftet på et styringsgruppemøte høsten 2006.

Koordinatorerne har også deltatt i tverretatlige veiledningsgrupper i ett år. I Porsgrunn har de hatt veiledning hver 14. dag, mens deltakerne i Skien etter noen måneder reduserte til ca en gang i måneden. De mente de fikk arbeidet for lite med sakene sine mellom hver veiledning til at det hadde noen hensikt å møtes så ofte.

3.2.3. Veiledning av veilederne

Å gi veiledning i å følge et program for å lære en ny funksjon, er en spesiell type veiledning. GRUK har derfor gitt metodeveiledning til veilederne. De har også deltatt på alle seminarene. Det er utviklet en veileder for veilederne, som utgjør vedlegg 2 i denne rapporten.

3.2.4. Forankring i organisasjonen

Styringsgruppa har hatt tre møter som ble brukt til å informere om prosjektets innhold og framdrift, samt drøfte hvordan man skal løse systemproblemer som ble avdekket underveis i prosjektet. Videre har gruppen vært et forum for å utveksle og samordne tilbudet til barn og unge med behov for sammensatte tjenester på tvers av kommunegrensene, og mellom helseforetak og kommuner. Høsten 2006 ble det avholdt er siste møte for å oppsummere og drøfte videreføring av prosjektet.

Det er lederne som har ansvar for at retten til individuell plan oppfylles, og for å sikre at medarbeiderne får tid til koordinatorfunksjon og til å delta på seminarer og veiledning. Det er også viktig at lederne aktivt støtter koordinator i arbeidet og sørger for å utvikle gode prosedyrer - for eksempel i forhold til å finne ny koordinator hvis en slutter eller blir syk.

De to tilretteleggerne har hatt tre møter med involverte ledere i kommunene for å informere om prosjektet, og diskutere utfordringer i arbeidet. Lederne har også vært invitert til alle seminarene, og oppmøtet har vært relativt godt. Her har de fått informasjon, kunnet stille spørsmål og drøfte erfaringer.

4.0. Resultater av prosjektet i fase 3

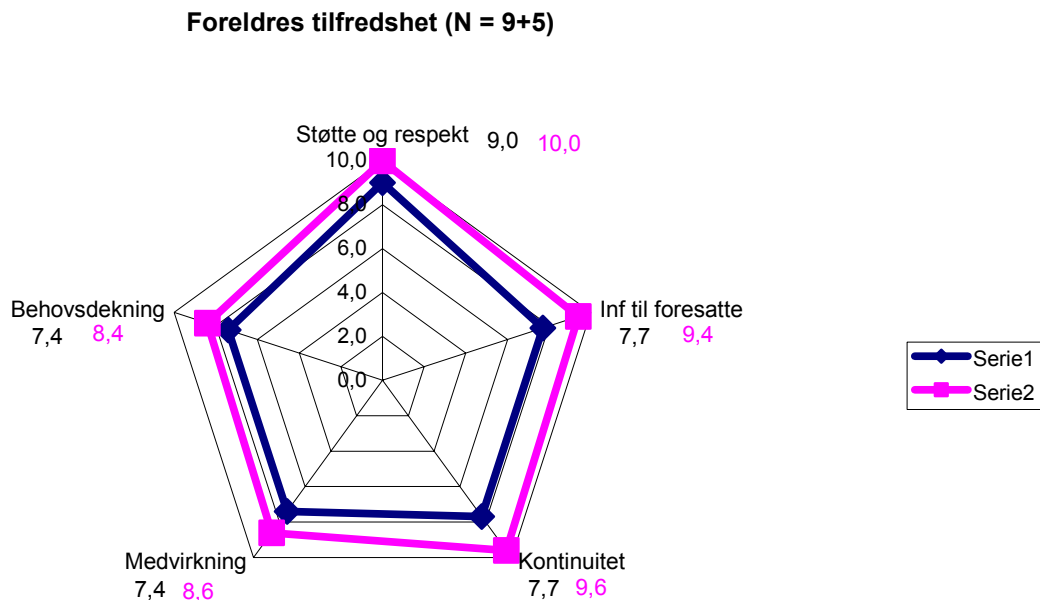
4.1. Får barn og unge og deres familier et individuelt tilpasset tilbud?

For å innhente familienes erfaringer med tilbudet de fikk, er tilfredsheten undersøkt to ganger i løpet av prosjektet. Enten gjennom et intervju foretatt av koordinatorerne, eller ved at foreldrene har fylt ut skjemaet selv. Koordinatorerne ble bedt om å gjennomføre den første evalueringen etter tre-fire måneder, men flere utsatte det i et par måneder fordi de vurderte at det var for tidlig ut fra familiens situasjon. Den siste evalueringen ble utført i slutten av prosjektet og kun fem foreldrepart deltok i evalueringen. Noen koordinatorene har gitt tilbakemelding om at de synes evalueringene kommer for tett, og at det er en belastning for foreldrene. Flere foreldre har gitt uttrykk for at de er stresset, og ikke ønsker å forholde seg til så mange papirer. Noen foreldre er i en fase hvor de er mest opptatt av å få en diagnose på barnet sitt. Det er viktig at man ikke presser foreldrene til å fylle ut skjemaene på et tidspunkt hvor det ikke passer. De er på ulike steder i sin egen prosess: Noen har små barn som ikke er ferdig utredet, mens andre har ungdom som nærmer seg 18 år. Det er sannsynlig at denne situasjonen er med på å påvirke at så få foreldre har svart.

Vi vet ikke om det er de mest tilfredse som har deltatt i evalueringene og om svarene er representative for de 14 familiene i prosjektet. Men siden dette er forbedringsarbeid og ikke forskning, har vi allikevel valgt å se på hvilke signaler tallene og kommentarene kan gi.

Resultatet fra evalueringene viste at foreldrene var svært tilfredse med det meste allerede ved den første målingen; de skårer gjennomsnittlig 7,8 på en skala fra 1-10. GRUK har lang erfaring med målinger fra tilsvarende prosjekter for voksne, og har aldri sett så gode resultater før. Dette kan tolkes som en positiv tilbakemelding på kommunenes tjenester, men kan også skyldes at førstegangsintervju ble foretatt senere enn i andre prosjekter, og at tilfredsheten allerede har blitt forbedret av det å få en koordinator. Flere kommentarer fra familiene kan tyde på at det er forklaringen.

Selv om foreldrene var svært tilfredse allerede etter noen få måneder, ser det ut til at deres tilfredshet på alle områder fortsatte å øke gjennom hele prosjektperioden. Gjennomsnittet økte til 9,2 etter 11 måneders koordinering. At det har skjedd en reell bedring av brukertilfredsheten underbygges av en sammenlikning av tilfredsheten for de fem familiene hvor vi har målinger både etter og 11 måneder; den viser samme økning som fremkommer i figur 1.



Figur 1: Tilfredshet hos foreldre etter ca 4 og 11 måneder med egen koordinator. Gjennomsnittet har økt fra 7,8 til 9,2.

Spesielt scoret foreldrene høyt ift hvordan de opplevde **støtte og respekt** fra sine hjelpere. Selv om de skårer 10 på dette området ved prosjektets slutt, er det imidlertid flere som kommenterte at deres fornøydhets ikke gjaldt for hele tjenesteapparatet, og at de var misfornøyd med hjelpemiddelsentralen, en bestemt skole osv. En skrev også at de hadde kjempet i mange år for sitt barn med psykisk funksjonshindring, før en etat endelig tok dem alvorlig.

De fleste av foreldrene var også svært tilfredse med den **informasjonen de mottok**, og en mor understrekte ved første måling at dette var blitt mye bedre etter at hun hadde fått en koordinator å forholde seg til. En annen skrev at de hadde savnet mer informasjon ifm overgang til skolen, og at de i den sammenheng hadde fått høre mye om skolens mangel på ressurser.

Tilfredsheten med **kontinuitet og tilgjengelighet** i tjenestetilbudet var også relativt god, og ved første måling benyttet flere foreldre anledning til å fremheve at det hadde vært et stort framskritt å få en fast koordinator. Det er også på dette området at tilfredsheten har økt mest. Flere klagde imidlertid over hjelpemiddelsentralen og trygdekontoret – og en opplevde seg som kastball mellom disse.

Foreldrene er stort sett fornøyde med egen **medvirkning** i planleggingen av tilbudet og føler ikke at beslutninger tas over hodene deres. Helen Bull (2006) viser i sin undersøkelse at mange av brukerne som i slike evalueringer gir uttrykk for tilfredshet, i dybdeintervju forteller at målene i stor grad settes av koordinator og ikke er brukernes egne mål (8). Dette er svært uheldig og viser behovet for å vektlegge undervisning og veiledning om reell brukermedvirkning i arbeid med å sette mål. Dette har vært tema på to erfaringsseminarer.

Videre er foreldrene stort sett fornøyde med hvordan deres **behov blir dekket**, selv om noen etterlyser mer avlastning eller mer økonomisk støtte. Selv om den gjennomsnittlige tilfredsheten ift dekning av behov har steget fra 7,3 til 8,4, er det verdt å merke seg at det på dette området faktisk er en nedgang i tilfredsheten hos tre av familiene i forhold til hvordan de samme foreldrene skåret dette ved første måling. Dette er et velkjent mønster både fra tidligere prosjekter GRUK har ledet, og i internasjonal forskning. Det skyldes at foreldrene blir mer bevisste på sine udekte behov når de kommer i en situasjon hvor sjansen til å få dekket behovene er til stede. Derfor avtar gjerne tilfredsheten med behovdekning i en periode før den øker igjen.

Vi har også ønsket å få fram ungdommenes opplevelse av tilfredshet, og koordinatorene ble oppfordret til å snakke med ungdommene om dette. Vi utviklet både et skjema som tilsvarte det som ble brukt for å måle foreldrenes tilfredshet, samt en åpen guide som koordinatoren kunne samtale med ungdommen ut fra. Det er imidlertid kun to av koordinatorene som har intervjuet ungdommer, og dette skyldes at mange av brukerne har lav alder og/eller dårlig språk. De to ungdommene som ble intervjuet var svært fornøyde med alt.

Det var som nevnt flere hensikter med evalueringsskjemaet, bl.a. at det skulle sikre at familienes opplevelser av ulike sider ved tilbudet kom fram. Den følgende kommentaren fra en koordinator illustrerer betydningen av dette:

”Det kom fram mye hva foreldrene opplever og føler som jeg kan ta med meg videre i arbeidet som koordinator. Jeg opplevde at foreldrene hadde en positiv opplevelse. Vi fikk diskutert en del underveis”.

For at evalueringen skal bidra på en positiv måte i prosessen, forutsetter det at tidspunktet for intervju tilpasses foreldrenes situasjon, og hvor langt prosessen har kommet.

4.2. Hvordan fungerer koordinatorenes arbeidsprosess?

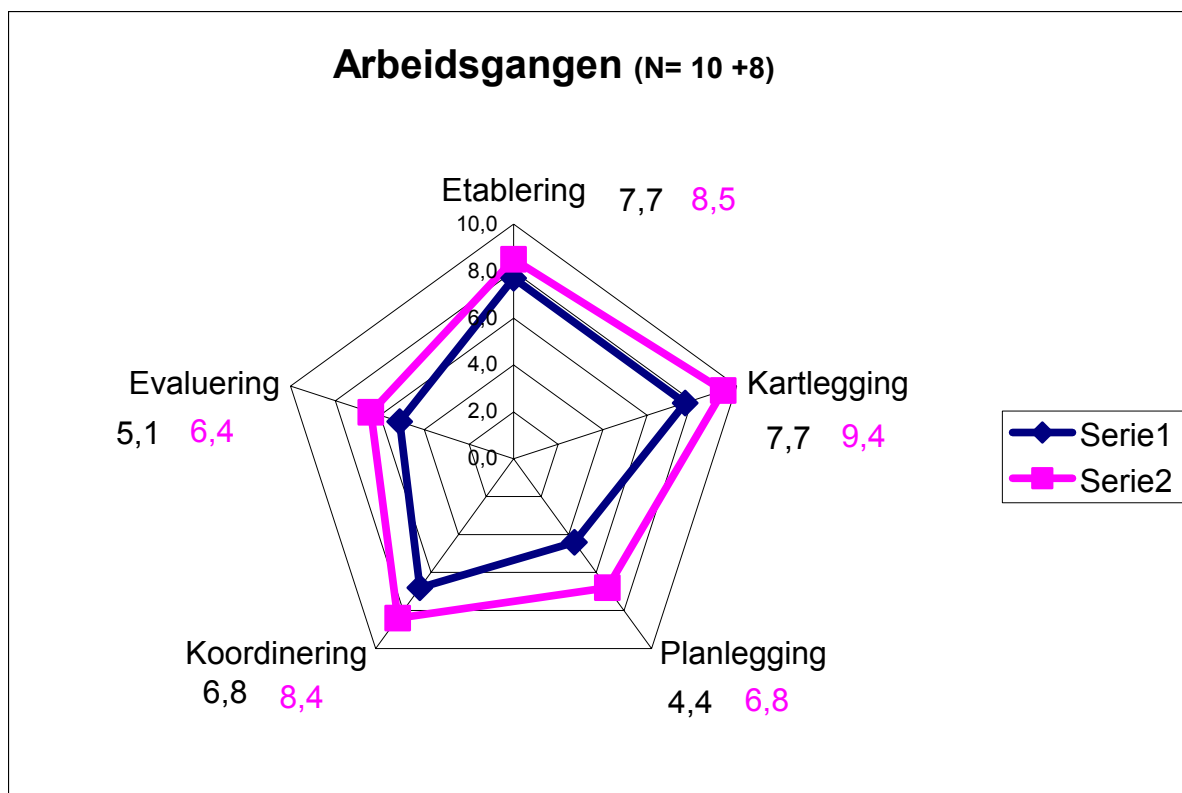
Ett element i opplæringen av koordinatører består i å lære dem å måle sin egen arbeidsprosess. Dette gjøres gjennom utfylling av en sjekkliste for arbeidsgangen i koordineringsarbeidet. Listen ble fylt ut to ganger i løpet av prosjektet, og viste koordinator hvor langt han/hun har kommet i arbeidet og hvor det er behov for veiledning. Noen av koordinatorene forteller at de har brukt sjekklisten som en huskeliste underveis i prosessen. I den første målerunden var det 10 koordinatører som fylte ut sjekklisten, mens det i andre runde var 8. I tillegg har koordinatorene evaluert vanskelighetsgraden i å gjennomføre de ulike trinnene i arbeidsprosessen både etter fire måneder og mot slutten av prosjektet. Disse evalueringene ga også innspill til undervisningstemaer på erfaringsseminarene.

Figur 2 viser i hvilken grad koordinatorene har lyktes i å gjennomføre oppfølgingen i tråd med programmet. Generelt viser målingene og koordinatorenes evaluering at de har gjennomført arbeidsprosessen på en tilfredsstillende måte. De skårer gjennomsnittlig 6,3 i første måling, og gjennomsnittet har steget til 7,9 i den andre målingen.

Det er tydelig at **etablering av relasjonen** til familien og tjenestenettverket har gått greit. De skåret 7,7 på en skala fra 0 til 10 ved den første utfyllingen, og hadde en programoppfyllelse på 8,5 ved annen måling. De fleste koordinatorene vurderer disse arbeidsoppgavene som lette eller middels vanskelig. Mange kjente brukeren fra før, noe som lettet relasjonsarbeidet. En som synes det var vanskelig har kommentert at det skyldes fravær av flere samarbeidspartnere, slik at det blir mye ansvar på koordinatoren. Noen anfører vansker med å avklare ansvar og oppgaver som koordinator, spesielt ift hva familien og andre i tjenestenettverket skal gjøre. Forskere som har undersøkt brukernes opplevelser med individuelle planer, peker på at etableringen av en god relasjon er et helt nødvendig grunnlag for arbeidet, og at man må prioritere å bruke nødvendig tid på relasjonsbygging (1,2,8,9).

Koordinatorene følger også programmet når det gjelder å **kartlegge** situasjon, ressurser, mål og behov for tjenester. De skåret 7,7 i første omgang og 9,4 i siste utfylling og det viser en fin framgang. De fleste oppgir at dette var enkelt eller middels vanskelig. Noen kommenterer at familiene er uklare i forhold til målsetting. Et par skriver at motivasjonen og innsikten hos noen av barna/ungdommene er svingende og at dette er utfordrende. Kommentarene tyder på at koordinatorene virkelig forstår at det ikke nytter å sette mål for andre, og at deres rolle som koordinator er å hjelpe familiene til å avklare hvilke mål de selv har. Dette inntrykket er også underbygget av diskusjonene på erfaringsseminarene.

Planlegging av tiltakene og skriving av IP var det færre som hadde gjennomført, og dette ble også vurdert som vanskeligere av mange av koordinatorene. De viser imidlertid god framgang på dette område også; fra 4,4 til 6,8. Dette var for en del koordinatører en ny oppgave og noen anfører også at det var vanskelig pga ulike forventninger hos foreldrene og nettverket. En kommenterer: ”*Selve oppgaven med klienten har vært veldig frustrerende fordi jeg har fått gjort så lite på IP. Det skyldes bla foreldrenes stressende situasjon i en utredningsfase og mange møter rundt situasjonen. Men jeg har lært noe om at prosessen er viktigere enn papirplanen.*” Det er svært viktig at koordinatorene forstår at prosessen er viktigere enn selve planen (9). Det kan således tolkes positivt at ikke alle skårer fullt på dette området.



Figur 2: Arbeidsgangen hos koordinatorene etter ca 4 og 11 måneder. Den gjennomsnittlige programoppfyllelsen har steget fra 6,3 til 7,9.

Koordinering og evaluering av tiltakene har også tatt lenger tid å få gjennomført. Også her er det flere av koordinatorene som vurderer det som middels vanskelig eller vanskelig. Ut fra kommentarene skyldes det både at samarbeidet med noen av tjenestene var problematisk, og at det var forskjellige oppfatninger av hvordan arbeidet med IP skulle fungere. Utfordringen da ligger i å være en pådriver i prosessen uten å være for påtrengende. Men også hensynet til ungdommen eller familien har gjort at de ikke har kommet lengre på dette punktet. En skriver at ”*det er vanskelig å koordinere de planlagte tiltakene, fordi det avhenger av ungdommens psykiske tilstand. Det er viktig med TID og å gjøre dette i hennes eget tempo*”. Det er således grunn til å se positivt på at koordinatorene ikke anser seg som ferdige med denne delen av koordineringsprosessen. Forskning peker også på at suksessen med arbeid med individuelle planer blant annet forutsetter at evalueringen og oppfølgingen må skje i den takten som er riktig for brukeren (1).

4.3. Hvordan har opplæringen fungert?

Koordinatorene har fylt ut et skjema for å evaluere veiledningen to ganger i løpet av prosjektet. På spørsmål om **hva som er det viktigste de har lært**, er følgende svar representative:

- *At IP er brukernes plan/arbeidsredskap og at den skal tilpasses hver enkelt.*
- *Brukerne blir best ivaretatt ved god struktur på planarbeidet. Jeg har lært å nyttiggjøre meg deres kompetanse og ressurser.*
- *At ting tar tid, at papiret ikke er det viktigste, men kontakten og prosessen. At IP ikke må pådyttes for tidlig.*

På spørsmålet om **hva de trenger å lære mer om** svarer noen at de ønsker å lære om lovverket, redigering/skriving av IP, samt avklaring av koordinators rolle. I den ene veiledningsgruppen har veilederen derfor undervist blant annet om lovverket. Deltakerne i denne gruppa er mest fornøyde og flere i den andre gruppa ønsker seg en mer styrt veiledning med innslag av undervisning. En foreslår bruk av case, og at man skriver flere planer i gruppa for å trene på dette.

Klimaet i gruppene blir vurdert til å være meget bra, og deltakerne skryter av veilederne sine, samt framhever nytten av å være tverrfaglig og tverretattlig sammensatt. Forskning har avdekket at mange planer for barn fortsatt har et ensidig fokus på skolesituasjonen (1). Hjem og fritid er ofte fraværende. Også sosiale relasjoner er det for lite fokus på, samt forhold knyttet til indre relasjoner, dvs trygghet, selvfølelse og selvbilde. Erfaring fra prosjektet viser at den tverretattlige opplæringen bidrar til å utvide fokuset i koordineringsarbeidet. Gruppa i Skien har imidlertid slitt med en del sykdom og også hatt fravær som skyldes at noen føler at de ikke har tid til å gå i veiledning, noe som muligens kan skyldes svak forankring. Det er også en som ønsker seg fastere struktur.

Koordinatorerne har gitt uttrykk for at de synes **fellessamlingene** var bra å delta i: ”.. *det ga mer oversikt over hva vi var med i*”. Systemfokuset i prosjektet oppleves også som viktig for koordinatorene: ”*Bra å se at dere jobbe mot dem som avgjør hva som skal skje i feltet*”.

Koordinatorerne oppsummerer sin deltakelse i prosjektet som lærerikt, spennende og viktig arbeid. Her er noen av kommentarene:

- *Det har bare vært veldig, veldig bra. Er blitt bevisstgjort på mange, mange spørsmål i forhold til koordinering og brukermedvirkning. Blir mer bevisst når du lærer om andre.*
- *Det er spennende og viktig arbeid. Vi bør videreføre kontakten koordinatorene imellom for å opprettholde kompetansen.*
- *Nyttig å høre hvordan andre lager planer og få tilbakemelding rundt egen plan. Godt å få verktøy som ble utlevert i prosjektet – nyttig og oversiktlige!*

En koordinator er mer kritisk til tidsbruk og opplæringen:

- *Det er stressende, da det er mye å gjøre på arbeidsplassen og at forholdet mellom hvor mye tid det er satt av til prosjektet ikke samsvarer med hvor nyttig det er. Temaet er nyttig og interessant, men alt kan kokes ned til mer effektiv utnyttelse. Mener at det er behov for undervisning i temaet, framfor veiledningsgrupper.*

Veilederne oppsummerer i sin evaluering at de har opplevd gruppa som et unikt forum for utveksling av ulike synspunkter og at tverrfagligheten i gruppa er svært hensiktsmessig. Aktivitetene i gruppene har vekslet mellom undervisning i forhold til diverse lovverk, konkretisering av prosess ved det å drive fram planarbeidet, og mer tradisjonell veiledning i forhold til høytenkning/forslag til løsning på ulike problemer. Alle veilederne er enige om at det har vært nyttig at de er rekruttert både fra kommunen og BUP, samt at det har vært to veiledere i hver gruppe. Både fordi de kan utfylle hverandre, og fordi det også har vært sykdom og utskiftninger blant veilederne.

4.4. Avdekking og forbedring av systemproblemer

Det er en komplisert prosess å koordinere tjenestene på tvers av etater i en kommune og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det er ikke nok at den enkelte koordinator

gjør så godt hun/han kan. For å lykkes med arbeidet, må det utvikles gode rutiner for å takle de ulike utfordringer som oppstår, noe som igjen er avhengig av en felles tenkning omkring individuell plan. Dette er et hovedpoeng i tre forskningsrapporter som omhandler arbeidet med IP (1,2,9). På den bakgrunn har vi bedt tilretteleggere, veiledere og koordinatore om å bidra til å fange opp systemproblemer som bør rettes opp.

Det er arbeidet med følgende systemutfordringer:

4.4.1. Hvilke etater skal ta ansvar for koordineringsfunksjonen

De to kommunene har forskjellige vedtak når det gjelder hvilke etater som skal ta ansvar for koordineringsfunksjonen: Skolene rekrutterer koordinatore på linje med andre etater i Skien, men slik er det ikke i Porsgrunn. Denne ulikheten har vært løftet fram i styringsgruppa på to møter. Det jobbes med en evaluering av situasjonen i Porsgrunn, og dette vil muligens munne ut i en implementering av ytterligere etater med ansvar for koordinering.

I Porsgrunn er det enhet for Familiehelsetjenester som har det overordnede koordineringsansvaret for IP knyttet til barn og unge (0-18 år). Koordinatorene i enkeltsakene kommer pr. i dag fra følgende tjenesteområder; barnevern, familiehelsetjenester (helsesøstere, ergoterapeuter, fysioterapeuter), PP-Tjenester (rådgivere, spesialpedagoger), og en avlastningsbolig.

I Skien kommune er det koordineringstjenesten som er den koordinerende enheten for henvendelser om utarbeiding av individuell plan. Rutiner for koordinering i enkeltsaker er vedtatt av rådmannens fagsjefer, og slår fast at alle avdelinger/tjenesteytere som jobber med mennesker med omfattende og langvarige behov for tjenester har et ansvar for å påta seg oppgaven som koordinator. Familiens rett til å velge må ivaretas. Koordinator kan velges fra ansvarsgruppa, det kan være en person som har hatt nært samarbeid med familien over tid, eller en person med en type kompetanse som er hensiktsmessig i den enkelte sak. I de tilfellene hvor familien ikke har spesielle ønsker, eller valg av koordinator ikke faller innenfor de nevnte kriteriene, har de ulike avdelingene et ansvar for å velge koordinator ut fra alder eller type problemområder hos den enkelte familie.

4.4.2. Er det nødvendig å fatte enkeltvedtak for å få utarbeidet IP?

I Porsgrunn hadde de innarbeidet et system som tilsa at det måtte fattes enkeltvedtak for å få utarbeidet IP, mens man ikke hadde slike rutiner i Skien. I diskusjonene omkring temaet, viste det seg at Fylkesmannen hadde gitt de to kommunene ulike opplysninger. Prosjektleder tok på denne bakgrunn kontakt med Fylkesmannen, som først opplyste at man skulle fatte vedtak, men siden har gått tilbake på dette i påvente av at sentrale myndigheter skal avklare spørsmålet. Foreløpig er det opp til hver kommune å bestemme selv. Skien har nå innført rutiner for enkeltvedtak. Det kan være en fordel å forankre tiltakene i vedtak, fordi da oppstår det en rett til å klage hvis tiltakene uteblir.

4.4.3. Rutiner for tildeling av koordinator

Det ble tidlig klart at de to kommunene hadde ulike prosedyrer for å tildele koordinatore. Tilretteleggerne og prosjektleder tegnet derfor flytskjemaer som viste hvordan prosedyrene fungerte i de to kommunene (se figur 3 og 4). Det kom fram hvor uheldig det var at avklaringen av hvem som skulle være koordinator i Skien ble foretatt i et ansvarsgruppemøte med foreldrene til stede, spesielt når ingen ønsket å påta seg denne funksjonen. Det kunne lett

oppleves som en avvisning av en familie som var i en sårbar situasjon. I tillegg kom det fram at problemene med å rekruttere koordinatorene i Skien var et symptom på at retningslinjene for fordeling av koordinatorene ikke var godt nok forankret i systemene. Dette medførte mye ekstra arbeid for rehabiliteringskoordinatoren, fordi hun måtte presse folk til å være koordinatorene - en funksjon som ledelsen i kommunen hadde vedtatt at alle har plikt til å utføre.

Porsgrunn hadde løst problemet ved å ha et fordelingsmøte mellom de aktuelle lederne på forhånd. I forkant av fordelingsmøtet var saksbehandleren i kontakt med den som ønsket IP for å avklare et evt. ønske om koordinator. Opplysningene ble brakt inn i fordelingsmøtet og avklart med lederne der. Lederne tok så kontakt med den aktuelle koordinator innenfor sitt tjenesteområde.

Flytskjemaene ble lagt fram og drøftet både på et erfaringsseminar og i et møte i styringsgruppa, og man har på denne bakgrunn innført et tilsvarende fordelingsmøte i Skien som man hadde i Porsgrunn.

4.4.4. Rutiner for bytte av koordinatorene

Rutinene for bytte av koordinatorene ble også framstilt i flytskjemaene. I Porsgrunn ble problemet med koordinatorene som slutter eller blir syke løst ved at fordelingsmøtet besluttet hvem som skulle overta koordinatorfunksjonen. Den samme ordningen er innført i koordineringstjenesten i Skien. Erfaring har vist at det er viktig å ha en adresse å melde inn til, og man må nå arbeide for at rutinen blir kjent for alle impliserte parter.

4.4.5. Rutiner for overgang mellom ungdom og voksen

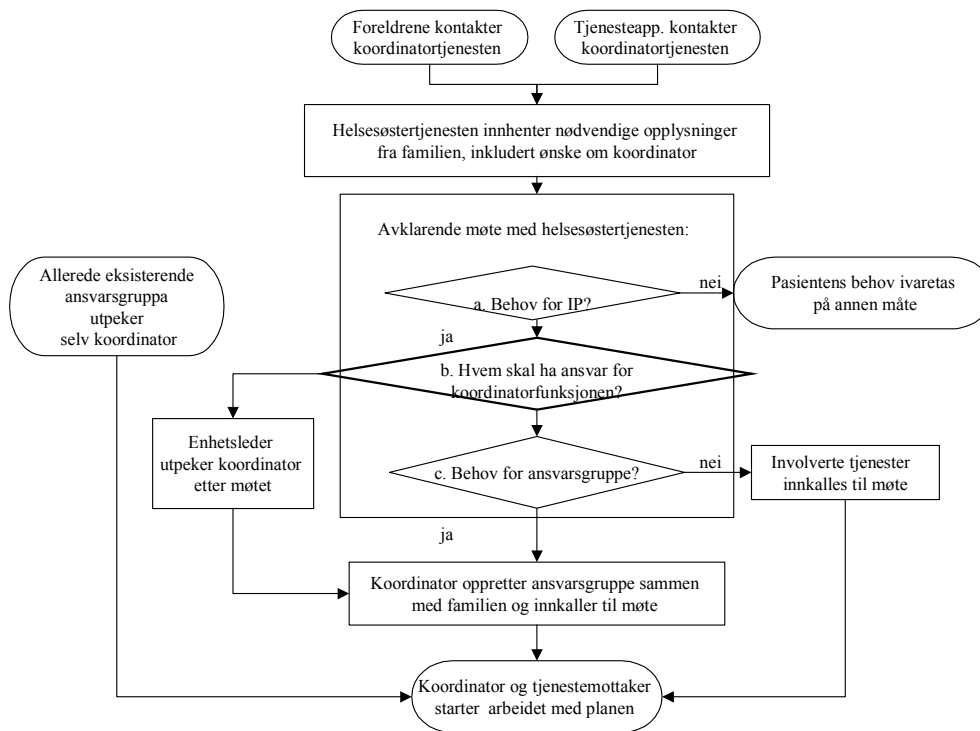
Tjenestene er organisert ulikt i de to kommunene på flere områder. I Porsgrunn er det for eksempel et tydelig skille mellom de som har ansvar for barn/ungdom, og voksne. Dette medfører problemer når ungdommene blir 18 år. I Skien finnes ikke dette tydelige skillet mellom ansvar for barn/ungdom og voksne. I dag fungerer overgangen fra ungdom til voksen på to måter: Saker som er i gang, men hvor det skal skiftes koordinator, ordnes ved at man spør direkte personer i systemet for voksne fra sak til sak. For nye forespørsler om IP for ungdom over 18 år, går henvendelsen direkte til Tjenestekontoret. Per i dag mangler Porsgrunn god systemforankring på dette området.

4.4.6. Samarbeid mellom kommunene og de videregående skolene

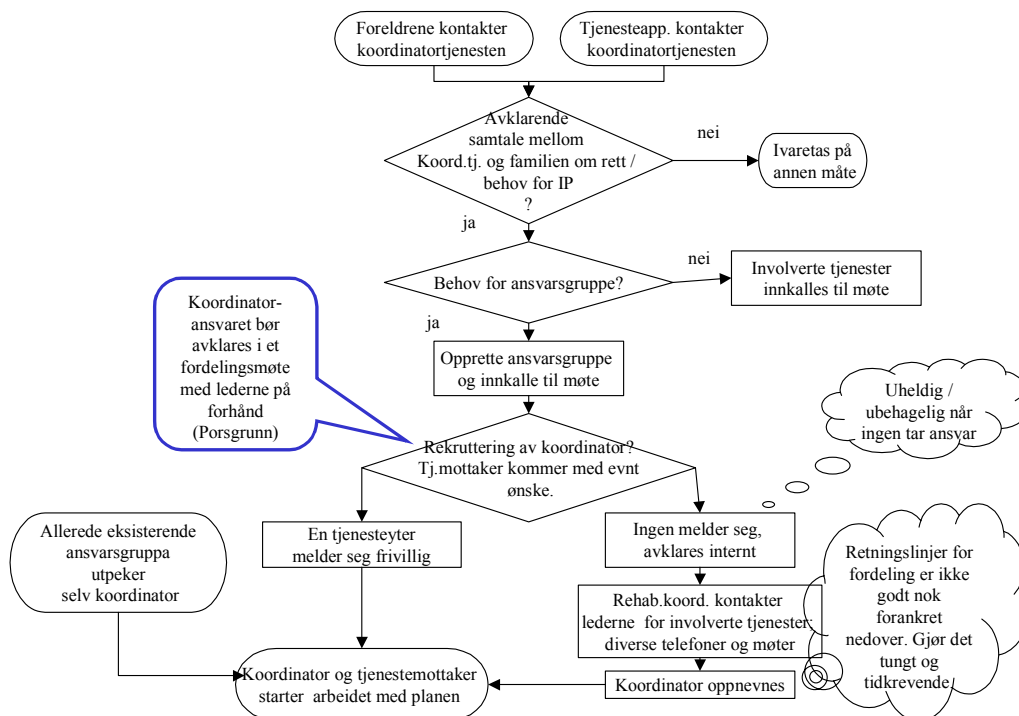
Begge kommunene opplever overgangen mellom ungdomsskolen og videregående skole som problematisk. Videregående skoler er fylkeskommunens ansvar. Styringsgruppa er opptatt av å få til en dialog mellom de to tilretteleggerne og fylkeskommunen for å drøfte problemet og komme fram til løsninger som er gode for de barna/ungdommene det gjelder.

4.4.7. Samarbeid mellom kommunene og BUP/HABU

Det har også kommet tydelig fram i løpet av prosjektet at det er ulike oppfatninger mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten om hva individuelle planer er, og hvem som skal ha ansvar for hva. Kommunene etterlyser en sterkere fokusering på prosessen og helheten rundt brukerne fra spesialisthelsetjenestens side. Problemet har blitt drøftet både på et erfaringsseminar og i styringsgruppa. Det er behov for å komme fram til en felles forståelse i forhold til hvordan samarbeidet skal foregå. Det planlegges et felles seminar med gruppearbeid høsten 2006 for å komme fram til enighet.



Figur 3: Prosedyre for valg av koordinatør i Porsgrunn



Figur 4: Prosedyre for valg av koordinatør i Skien

4.4.8. Samarbeid med trygdekontor og hjelpemiddelsentralen

Flere av foreldrene opplever samarbeidet med trygdekontoret og hjelpemiddelsentralen som dårlig. Det dreier seg bl.a. om tilgjengelighet og informasjon om hvilke rettigheter de har, samt at avgjørelser tar lang tid, og at de må mase for å få svar. Deltagerne i styringsgruppa er orientert om de negative erfaringene foreldrene har og vil arbeide videre med disse systemproblemene.

4.4.9. Forankring i ledelsen

Sist men ikke minst gjenstår den utfordringen som er sentral i alt forbedringsarbeid - forankring i ledelsen. Dette er det nødvendig å fokusere på kontinuerlig; både i forkant av prosjektet, underveis, og etter at prosjektet er avsluttet (10). Det var et uttalt mål at modellen skulle forankres hos alle involverte ledere, som skal støtte og legge til rette for koordinatorenes arbeid. Vi har derfor fokusert på forankring i alle sammenhenger; både i møter med ledelsen, på erfaringsseminarer og møter i styringsgruppa, samt i evalueringer.

For å undersøke om forankringen hos nærmeste leder har vært god nok, utviklet vi noen enkle spørsmål som koordinatoren og dennes leder skulle fylle ut sammen. Denne samtalen var viktig i seg selv – på samme måte som de andre målingene vi brukte i prosjektet. De fleste koordinatorene svarer at de har drøftet arbeidet sitt med lederne ved behov. De fleste har også diskutert dette med sine kollegaer og opplever å få støtte til koordineringsarbeidet. To skriver imidlertid at koordinatorfunksjonen går ut over andre arbeidsoppgaver, og at de savner en klargjøring av hvor mye tid de kan bruke på arbeidet. En savner litt mer hjelp til å rydde plass for å få tid til oppgavene. Et par koordinatører hevder at selv om arbeidet tilsynelatende er godt forankret hos lederne deres, føler de ikke at lederne forstår omfanget av deres oppgaver og hva arbeidet innebærer. Både tilretteleggerne og veilederne har gitt tilbakemelding på at de er bekymret for at forankringen i ledelsen ikke er god nok. De har varierende erfaring med ledernes verdsetting av arbeidet, og om antallet koordinatører er tilfredstillende i de ulike virksomhetene. Noen ledere setter tak på hvor mange som kan være koordinatører hos dem, og dette gjør at retten til individuell plan ikke innfris for alle. De ser et klart behov for at kommunene får flere skolerte koordinatører. Dette viser at det fortsatt er behov for å styrke forankringen av og rammene for å bruke arbeidsmodellen i de to kommunene. Styringsgruppa påpekte i sitt siste møte at koordinatorenes nærmeste ledere sitter i klemma i forhold til det daglige arbeidspresset, og at de som toppledere bør støtte disse lederne og hjelpe dem til å prioritere arbeidet med individuelle planer.

Selv om det er klare tegn på at forankringen bør styrkes, er det også verdt å merke seg at det har skjedd mye positivt. Toppledelsen i kommunene har prioritert å delta i styringsgruppa og har bidratt til å løse de omtalte systemproblemene.

4.5. Ressursbruk

Koordinatorenes deltakelse på seminarer har vært til sammen 2 arbeidsdager, i tillegg til at de har fått veiledning hver 14 dag, noe sjeldnere i Skien. Hvis veiledningsgruppene fortsetter vil dette reduseres til en gang i måneden. Tiden til selve koordineringsarbeidet ligger gjennomsnittlig på ca 1 time i uka både i første og annen måling. En koordinator som arbeider med en bruker med svært vanskelig problematikk har brukt 120 minutter i uka både i den første og andre målingen, de fleste bruker 30 minutter. Ellers varierer det fra 20 – 90 minutter i uka.

Sannsynligvis vil tiden til koordineringsarbeidet holde seg på dette nivået. Det er en lovpålagt oppgave, og ved at koordinatorene gjør arbeidet på en systematisk og god måte, vil det antakelig være besparende for systemet som helhet.

Noen av koordinatorene har gitt uttrykk for at de har koordinert tilbudet til familier som ikke har hatt store problemer, slik vi har antydnet tidligere. Man bør vurdere om det er de familiene som har hatt størst behov for koordinering som har blitt valgt ut. Dette kan det være verdt å lage prosedyrer for framover.

Lorentsen og Berge har arbeidet med rehabilitering og individuelle planer i mange år, og konkluderer i sin rapport (1, s.47-48):

” Arbeid med individuelle planer representerer tilnærminger som kan fremme indre drivkrefter, egen mestring og deltakelse i samfunnet. Det er en viktig tilnærming både for å fremme livskvalitet hos dem det gjelder, og kostnadseffektivitet i tjenesteytingen. Etter vårt syn er det i dag et stort gap mellom de betydelige gevinstene som kan hentes ut ved en slik måte å arbeide på, og den satsningen som gjøres for å kvalifisere kommunene til å arbeide slik.”

4.6. Videreføring

Begge veilederne i Porsgrunn er enige med deltakerne i gruppa om at den bør fortsette en gang i måneden framover. Veilederne skriver:

”Gruppa er rett og slett inspirerende å jobbe med og det at medlemmene viser faglig interesse og glede ved å delta, bør verdsettes og også dras nytte av videre som et faglig, verdifullt insitament i kommunen”.

Veiledningsgruppa i Skien vil ikke fortsette, både fordi noen koordinatører har sluttet og andre ikke skal fortsette som koordinatører av naturlige grunner. De har som nevnt også slitt med høyt fravær. Veilederen fra Skien kommune oppsummerer sine erfaringer på denne måten:

”Jeg tror veiledning bør være en del av opplæringstilbudet kommunen har til sine ansatte, men det bør være noe mer. Jeg ser for meg at vi lager et opplæringsprogram for habiliteringsarbeidet i kommunen, hvor den enkelte ansatte i samarbeid med sin sjef kan plukke ut hva som er mest relevant. Noen har behov for grunnopplæring, noen trenger påfyll av kunnskap og det er behov for diskusjonsfora hvor man kan drøfte problemstillinger man møter i dette arbeidet. Vi bør med andre ord lage et program som mest mulig møter de ulike behovene og de ulike kunnskapsnivåene. Videre håper jeg at vi gjennom et slikt program kan fange opp systemsvakhetene og prøve å gjøre noe med dem”.

Oppfølging av koordinatører til voksne i Skien foregår i tverrfaglige veiledningsgrupper ca. en gang pr. måned med to veiledere i hver gruppe. Koordinatører innen psykisk helsevern får veiledning fra DPSet. Koordinatører til andre voksne brukere får veiledning fra kommunale veiledere. Skien har tre slike grupper innen voksenfeltet og en innen barn/unge. Disse har blitt evaluert og er besluttet å vare ut året. Man vil også utvikle et differensiert tilbud ut fra koordinatorenes erfaring og behov, hvor man i tillegg til veiledning også vil gi undervisning i utarbeidelsen av planer.

På møtet i styringsgruppa i september 2006, ble det besluttet at begge kommunene vil fortsette å bruke arbeidsmodellen, og at man vil legge til rette for opplæring av flere koordinatorene. Det var også enighet om å fortsette arbeidet med å løse systemproblemer.

5.0. Konklusjoner og anbefalinger

Hovedmålet med prosjektet har vært å utvikle og prøve ut en arbeidsmodell som gir barn og unge med sammensatte problemer og deres pårørende et individuelt tilpasset, koordinert tjenestetilbud forankret i individuell plan. I utprøvingen av modellen har vi både fokusert på opplæring av koordinatorene, og på det å fange opp systemproblemer og rette opp disse underveis. Erfaringene fra prosjektet er sammenfallende med forskningsresultater på området; de viser nødvendigheten av å ha dette doble fokuset for å lykkes med å koordinere tjenestenettverket for familier med behov for langvarige og sammensatte tjenester. Arbeidsmodellen har vist seg å fungere godt. Det har kommet noen få innspill til forbedring av modellen og den har blitt justert ut fra disse. Det utarbeidede materialet ligger som vedlegg.

Våre konklusjoner og anbefalinger må ses i lys av målsettingene for prosjektet i Skien og Porsgrunn:

Mål 1: Barn og unge som deltar i prosjektet og deres familier får et individuelt tilpasset, koordinert tjenestetilbud. Tilbudet utformes gjennom en prosess i samarbeid med en koordinator fra kommunen, og både barnet/ungdommen og foreldrene medvirker i størst mulig grad i denne planprosessen.

Familiene er gjennomgående svært tilfredse. De klagenes som har fremkommet gjelder i all hovedsak dårlig forhold til enkelte etater i familienes nettverk.

Vi anbefaler:

- At kommunenes ledelse tar tak i systemproblemet som omhandler manglende/dårlig samarbeid mellom enkelte etater og familiene til barn/ungdom som har behov for koordinerte og sammensatte tjenester.

Mål 2: Koordinatorere får en praksisnær opplæring i koordinatorfunksjonen hvor de lærer å arbeide systematisk med å utforme og koordinere tilbudet i samarbeid med familien.

Evalueringsene i forhold til praksisnær opplæring av koordinatorene, viser at målet er nådd. Både erfaringsseminarene og veiledningsgruppene har bidratt til dette. Det er en krevende oppgave å skulle koordinere tjenestene til brukergrupper med omfattende behov, og samtidig takle samarbeidsutfordringer i tjenestenettverket. Erfaringer fra den ene veiledningsgruppen viste at undervisning i lovgrunnlaget for individuelle planer var meget nyttig. Koordinatorere gir entydige tilbakemeldinger om at det er svært hensiktsmessig med tverretattlig opplæring og veiledning, fordi det er mye å lære om og av hverandre.

Vi anbefaler:

- At fagpersoner som skal være koordinatorene får en oppfølging som inneholder både undervisning og veiledning for å lære seg denne funksjonen.
- At undervisningen og veiledningen tar utgangspunkt i koordinatorernes oppgaver og behov. Det har bl.a. fremkommet et behov for opplæring i lovgrunnlaget for individuell plan.

- At undervisningen og veiledningen bør være felles på tvers av nivå og etater – en felles læringsarena som fremmer samarbeid.

Koordinatorerne fremhever at det viktigste de har lært er at individuell plan må være familiens plan. Den må være tilpasset den enkelte families ressurser, kompetanse og behov, og familien må selv bestemme tempoet i prosessen. Denne innsikten er helt nødvendig for å skape gode planprosesser og fornøyde brukere.

Vi anbefaler:

- At det videre arbeidet med modellen har fokus på å fremme en kultur som sikrer reell brukermedvirkning, dvs. tar hensyn til den enkelte families ressurser, kompetanse, behov og hvor de er i prosessen.

Et element i opplæringen har vært å få koordinatorene til å fylle ut skriftlige evalueringer av sitt arbeid, samt undersøke tilfredsheten hos brukerne. Det har vært en utfordring å få koordinatorene til å fylle ut evalueringene. Dette kan ha mange årsaker, bl.a. en travel hverdag, eller et ønske om å beskytte familiene mot papirarbeid. Det er imidlertid viktig å måle resultatene av arbeidet man gjør for å styrke kvaliteten på arbeidet (4,10). Her har ledelsen et ansvar for å etterspørre resultatene i koordineringsarbeidet.

Vi anbefaler:

- At det gjennomføres systematisk evaluering av koordinatorenes arbeid, samt brukertilfredshet.
- At tidspunktet for evaluering av brukertilfredshet må tilpasses den enkelte familie og hvor de står i sin egen prosess med å ha et hjelpetrengende barn.

Det å veilede koordinatorene i å følge arbeidsmodellen og sikre kvaliteten på arbeidet, krever en ny og annen tilnærming enn tradisjonell veiledning.

Vi anbefaler:

- At veilederne møtes regelmessig i et forum på tvers av kommuner og spesialisthelsetjenesten, hvor de kan støtte og lære av hverandre.

Mål 3: Modellen er forankret hos alle involverte ledere, som støtter og legger til rette for koordinatorenes arbeid.

Prosjektet har tydeliggjort hvor viktig rammebetingelsene og systemet er for å legge til rette for arbeidet. Det var nedsatt en styringsgruppe med toppledere fra de to kommunene og sykehuset, samt en brukerrepresentant. Det har også vært svært nyttig at prosjektet har vært organisert på tvers av to kommuner og sykehuset, fordi de lærer av hverandre og fordi man har oppdaget systemproblemer hvor alle parter må komme sammen for å finne gode løsninger. Tilretteleggerne og veilederne har bidratt til å løfte fram svake eller uklare rutiner og andre typer systemproblemer, som styringsgruppa har tatt ansvar for å løse. Dette er nødvendig for å legge forholdene til rette for koordinatorfunksjonen.

Vi anbefaler:

- At ledere med ansvar for koordinatorene fortsetter å møtes på tvers av kommuner og tjenestenivåer for å ta opp og løse systemproblemer, også etter at selve prosjektperioden er over.

Til tross for det korte tidsforløpet ser vi en betydelig utskifting av koordinatorene og veiledere.

Vi anbefaler:

- At det legges opp til et system som ikke er personavhengig.
- At det utarbeides rutiner for bytte av veiledere.
- At alle deler av tjenesteapparatet forpliktes til å rekruttere koordinatorene ettersom det er en lovpålagt oppgave.
- At topplederne støtter sine mellomledere i å prioritere arbeidet med rekruttering og oppfølging av koordinatorene.

Det er nødvendig å fokusere på forankring av alt kvalitetsarbeid både før, under og etter prosjekter(10). For å lykkes med forankringen av arbeidet i kommunene, er det i dette prosjektet gjort flere grep som har vist seg nyttige.

Vi anbefaler derfor:

- At en tilrettelegger har hovedansvar for prosjektgjennomføring i hver kommune, og at funksjonen fortsetter etter prosjektets avslutning.
- At tilretteleggerne er dyktige fagpersoner plassert nær ledelsen i organisasjonen.

Tilretteleggerne bidrar til å forankre arbeidet hos involverte ledere, slik at de igjen kan støtte og legge til rette for koordinatorenes arbeid.

Mål 4: Ressursene i forhold til målgruppen skal brukes effektivt.

Et siste mål med prosjektet, har vært at ressursene i forhold til målgruppen skal brukes effektivt. Tidsbruken den enkelte koordinator har brukt ukentlig i forhold til den enkelte familie har variert avhengig av hvor komplisert og sammensatt utfordringen er. Vi har ikke målt hvordan dette påvirker den totale ressursbruken i hjelpeapparatet for den enkelte bruker, men det er sannsynlig at man sparer noe ressurser på at arbeidet koordineres. Familiene blir tryggere og man slipper dobbeltarbeid.

Vi anbefaler:

- Å øke bevisstheten hos ledere og medarbeiderne om at koordinering av tjenestene er en god måte for å øke tjenestekvaliteten, og at dette er lovpålagt.
- At man forsker på effekten av koordinatorenes arbeid og måler denne opp mot den totale ressursbruken i hjelpeapparatet for den enkelte bruker.

Arbeidsmodellen er prøvd ut i liten skala i de to kommunene. Vi har gode erfaringer med å starte slikt arbeid i det små og bygge det opp gradvis. Skien kommune har arbeidet etter GRUKs metoder for koordinering siden 1997 når det gjelder voksne med psykiske lidelser, og har i dag et innarbeidet system for opplæring og veiledning for over 50 koordinatorene til denne brukergruppen. En videre opptrapping av det gode arbeidet i dette prosjektet vil kunne ha stor betydning for å gi de aller svakeste og deres familier den hjelpen de trenger.

Rapporten skal videreutvikles til en nasjonal veileder, slik at andre kommuner og helseforetak kan ta modellen i bruk.

Kilder / henvisninger

1. Lorentsen, Øyvind og Berge, Alf Reidar: *Individuelle planer- Brukernes erfaringer og opplevelser. En undersøkelse av brukernes egne erfaringer og synspunkter*, Rehab-Nor, februar 2006.
2. Trefjord, Steinar og Hatling, Trond: *Erfaringer fra arbeid med individuell plan ved bruk av verktøyet Individuell plan psykisk helse (IPPH)*. SINTEF Helse 2004.
3. Sosial- og helsedirektoratet: *Individuell plan 2005 Veileder til forskrift om individuell plan*, Veileder 15 – 1253.
4. Sosial- og helsedirektoratet: *...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*, Veileder 15-1162 (2005).
5. Statens helsetilsyn: *Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser*. Utredningsserie 2-2000.
6. Ådnøy, Eli: *"Planen skal være god for meg."* *Koordinering av psykososialt arbeid. Eksempel på en kvalitetsstrategi for individuell oppfølging på tvers av tjenester*. GRUK rapport 2005.
7. Holm Hansen, Elisabeth: *Koordinert hjelp til palliative kreftpasienter og deres pårørende. Erfaringer og resultater fra Skien kommune og Sykehuset Telemark HF*, GRUK rapport nr 1/ 2005
8. Bull, Helen: *Hun sa det var best. Brukernes erfaring med medvirkning i individuelle planer*, Hovedfagsoppgave i helsefag, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Det medisinske fakultetet, UiO, 2006.
9. Bakke, Toril: *Individuell plan som lynavleder, krykke og en bunke med selvfølgeligheter*. En kvalitativ studie av hvordan det oppleves for personer med alvorlige psykiske lidelser å delta i utarbeidelsen av sin egen individuelle plan. Masteroppgave i helsevitenskap, NTNU, Trondheim, 2005.
10. NHS Institute for Innovation and Improvement: *Sustainability* (2003). Kan lastes fra: <http://www.institute.nhs.uk/ServiceTransformation/Using+the+NHS+Sustainability+Model+and+Guide.htm> GRUK vil oversette denne modellen snart.

Evalueringshefte

Formålet med heftet er å gi koordinator og barnet/ungdommen/foresatte en felles oversikt over:

1. Tilfredshet med tjenestetilbudet
2. Framgangen i koordineringsarbeidet

Hensikten er

1. Å gi barnet/ungdommen/foresatte og koordinator tilbakemelding om hvor de står i sitt arbeid.
2. Å sikre tilbudet utformes i samarbeid med barnet / ungdommen og deres foresatte.
3. Å vise hvor koordinator har størst behov for veiledning.
4. Å vise mangler i tilbudet til barnet/ungdommen som bør meldes til ansvarlig ledelse.
5. Å dokumentere resultater fra prosjektet.

Innholdet i evalueringsheftet

Heftet består av fire deler:

1. Opplysninger om personlig koordinator, barnet/ungdommen og dennes nettverk.
2. Barnets/ungdommens erfaringer med tjenestetilbudet
 - a. Åpen intervjuguide: temaer koordinator kan snakke med barnet om
 - b. Spørreskjema koordinator kan fylle ut sammen med barnet
3. Foresattes erfaringer med tjenestetilbudet.
4. Sjekkliste for arbeidsgangen i oppfølgingen.

Utfylling

Evalueringsheftet skal fylles ut når barnet/ungdommen, de foresatte og koordinator er blitt kjent med hverandre. Dette bør normalt skje innen 12 uker fra oppstart av veiledningsgruppen. Selv om mange av barna/ungdommene har problemer med det å uttrykke seg verbalt, og mange foreldre har vært utsatt for et ”skjemavelde” uten å se resultat tidligere, er det i et brukermedvirkningsperspektiv viktig å få fram begge parters syn på det tilbudet som mottas. Del 1 og 4 fylles ut av koordinator. Del 2 kan brukes for å få fram barnets/ungdommens opplevelse. Du kan velge om du vil bruke alternativ a eller b, *alt etter barnet/ungdommens situasjon*. Hvis ingen av alternativene egner seg, er det viktig å samarbeide med barnets foreldre for å finne en metode for evaluering som kan fungere. Foresatte kan selv fylle ut del 3 eller koordinator kan fylle det ut gjennom et intervju.

Veilederne gir koordinatorerne opplæring i bruk av heftet 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 barnets/ungdommens og de foresattes tilfredshet med tjenestetilbudet
2. evaluere hvor langt personlig koordinator har kommet i gjennomføringen av oppfølgingen
3. identifisere mangler i tjenestetilbudet til barnet/ungdommen.

Hvem skal bruke informasjonen i evalueringsheftet?

Koordinator bruker heftet i sitt arbeid med barnet/ungdommen og de foresatte, samt i veiledningsgruppen.

Veilederne gir kopier av heftene til tilrettelegger som bearbeider data fra evalueringsheftene og presenterer disse for lederne i kommunen.

Oppbevaring av evalueringsheftet.

Utfylte hefter skal oppbevares i den journalen som koordinator fører i sitt arbeid med barnet/ungdommen. Familien kan gjerne få kopi av heftet.

**DEL 1. OPPLYSNINGER OM KOORDINATOR,
BARNET/UNGDOMMEN OG DENNES TJENESTENETTVERK**

Dato for utfylling:

Kommune/bydel:

OPPLYSNINGER OM BARNET/UNGDOMMEN

<p>1. Barnets/ungdommens kjønn: M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/></p> <p>2. Barnets/ungdommens fødselsår: <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>1. Barnet/ungdommen bor hos:</p> <p>Mor og far <input type="checkbox"/> Far <input type="checkbox"/></p> <p>Mor <input type="checkbox"/> Andre, spesifiser:</p> <p>.....</p>	<p>3. Type problem: (Ett eller flere kryss)</p> <p>Psykisk problem/ funksjonshindring: <input type="checkbox"/></p> <p>Fysisk problem/ funksjonshindring <input type="checkbox"/></p> <p>Psykisk utviklingshemning <input type="checkbox"/></p> <p>Rusproblem <input type="checkbox"/></p> <p>Annet (spesifiser) <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p>
--	--

OPPLYSNINGER OM KOORDINATOR

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

OPPLYSNINGER OM BARNETS/UNGDOMMENS TJENESTENETTVERK

<p>1. Barnet/ungdommen har følgende faste kontakter i kommunale tjenester (Ett eller flere kryss):</p> <p>Lege <input type="checkbox"/></p> <p>Barneverntjeneste <input type="checkbox"/></p> <p>Barnehage <input type="checkbox"/></p> <p>PP-tjeneste <input type="checkbox"/></p> <p>Skole/opplæring <input type="checkbox"/></p> <p>Kultur/fritid <input type="checkbox"/></p> <p>Hjelpeverge <input type="checkbox"/></p> <p>Hjemmesykepleie <input type="checkbox"/></p> <p>Sosialkontor <input type="checkbox"/></p> <p>Helsesøstertjeneste <input type="checkbox"/></p> <p>Annet <input type="checkbox"/></p> <p>Spesifiser:</p> <p>.....</p>	<p>2. Barnet/ungdommen har følgende faste kontakter i spesialisthelsetjenesten (Ett eller flere kryss):</p> <p>Terapeut ved barne- og ungdomspsyk. <input type="checkbox"/></p> <p>Privatpraktiserende terapeut <input type="checkbox"/></p> <p>Habiliteringstjenesten <input type="checkbox"/></p> <p>Døgnavdeling sykehus <input type="checkbox"/></p> <p>3.linjen <input type="checkbox"/></p> <p>Annet <input type="checkbox"/></p> <p>Spesifiser:</p> <p>.....</p> <p>3. Er det opprettet ansvarsgruppe: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p>
---	---

DEL 2 A. BARNETS/UNGDOMMENS ERFARINGER MED TILBUDET

Man kan velge om man vil fylle ut 2a eller 2b. Utfylling bortfaller hvis barnet ikke har språk eller innsikt som gjør dette meningsfullt. Både a og b handler om forhold som er viktige for barnets/ungdommens opplevelse av å ha et godt tjenestetilbud. Forholdene dreier seg dels om hvordan barnet/ungdommen blir møtt, dels om hvordan oppfølgingen blir gjennomført. Det er viktig at barnet / ungdommen får vite at samtalen gjennomføres fordi hjelperne ønsker å lære av ham / henne og bli bedre gjennom det.

Koordinator og barnet / ungdommen kan snakke sammen omkring de ulike temaene under. Samtalen tilpasses barnets / ungdommens alder og funksjonsnivå. Barnet / ungdommen kan selv skrive inn notater hvis hun / han kan og ønsker det, ellers skriver koordinator notater.

Dato for utfylling:

A: Støtte og respekt fra hjelperne i barnets/ungdommens tjenestetilbud**B: Informasjon til barnet/ungdommen****C: Kontinuitet og tilgjengelighet****D: Medvirkning i egen oppfølging****E: Dekning av behov**

DEL 2B. BARNETS/UNGDOMMENS ERFARINGER MED TILBUDET
(FYLLES UT PÅ GRUNNLAG AV INTERVJU MED BARNET/UNGDOMMEN)

Denne delen handler om forhold som er viktige for barnets/ungdommens opplevelse av å ha et godt tilbud. Forholdene dreier seg dels om hvordan barnet/ungdommen blir møtt, dels om hvordan oppfølgingen blir gjennomført.

Intervjuet kan introduseres på denne måten: «Jeg og de andre hjelperne dine vil gjerne at du skal fortelle oss hvordan vi kan gjøre tilbudet ditt bedre. Jeg skal lese opp noen eksempler på hva man kan oppleve når man har kontakt med offentlige hjelpere. For hvert eksempel kommer jeg til å spørre deg om det stemmer med din egen erfaring».

Dato for utfylling:

A: Støtte og respekt fra hjelperne i barnets/ungdommens tjenestetilbud

(Hjelperne er de personene barnet/ungdommen har kontakt med i sitt tjenestenettverk, som for eksempel, primærlege, sosialarbeider, helsesøster, PP-tjeneste eller sykehuspersonale.)

1.Hjelperne mine er høflige når jeg møter dem.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
2. Jeg opplever å bli møtt med respekt.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
3.Hjelperne mine tar meg på alvor og forstår mine problemer.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
4. Jeg kan snakke med hjelperne mine om det som bekymrer meg.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
5. Jeg opplever at hjelperne mine støtter meg konkret i kriser.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sum

Kommentarer fra barnet/ungdommen om dette området:

.....
.....

B: Informasjon til barnet/ungdommen

1. Jeg har fått vite hva hjelperne mine mener er mine sterke sider og hva jeg er god til.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
2. Jeg har fått god informasjon om hvilke tilbud som finnes for meg.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
3.Jeg har fått drøftet mine tanker om framtiden.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
4. Jeg kan spørre hjelperne mine når det er noe jeg lurer på.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
5. Det hender at jeg blir forvirret fordi jeg får informasjon som ikke passer med det jeg har fått vite fra før.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sum

Kommentarer fra brukeren om dette området:

.....
.....

C: Kontinuitet og tilgjengelighet

1. Jeg har en fast kontaktperson som hjelper meg med å planlegge slik at livet mitt henger greit sammen	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
2. Hjelperne mine samarbeider godt med hverandre om det jeg skal ha hjelp til	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
3. Hjelperne mine er lette å få tak i når jeg trenger dem.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
4. Jeg opplever at jeg ofte må bli kjent med nye hjelpere	<input type="checkbox"/> 2. Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer
5. Jeg er ofte forvirret over hvordan ”systemet” virker for meg personlig	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer

 Sum

Kommentarer fra barnet/ungdommen om dette området:

.....

.....

D: Medvirkning i egen oppfølging

1. Jeg har vært med på å finne ut hvilke ting jeg synes er mest viktige å gjøre noe med	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
2. Min personlige koordinator og jeg har blitt enige om hva som er de viktigste målene mine.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
3. Jeg har en skriftlig plan for alle tiltakene i min sak.	<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 og min familie bør gjøre hvis problemene mine blir alvorlige.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
5. Jeg opplever at saker som angår meg blir bestemt over hodet på meg.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer

 Sum

Kommentarer fra barnet/ungdommen om dette området:

.....

.....

E: Dekning av behov

1. Jeg får nødvendig helsehjelp til fysiske og psykiske plager når jeg trenger det.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
2. Jeg har det skoletilbudet eller jobbtilbudet jeg ønsker og trenger	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
3. Jeg får dekket mine behov for fritidsaktiviteter og kontakt med andre mennesker.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
4. Jeg og familien min har en tilfredsstillende bolig, og vi får den praktiske hjelpen jeg trenger.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
5. Jeg og familien min har det greit økonomisk	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke

Sum

Kommentarer fra barnet/ungdommen om dette området:

.....

.....

Kommentarer fra koordinator om intervjuet:

.....

.....

.....

DEL 3 FORESATTES ERFARINGER MED TJENESTETILBUDET

Denne delen handler om forhold som er viktige for familiens opplevelse av å ha et godt tilbud. Forholdene dreier seg dels om hvordan barn/foresatte blir møtt, dels om hvordan oppfølgingen blir gjennomført. Foreldrene kan fylle det ut selv eller koordinator kan gjennomføre det som et intervju. Det består av utsagn om hva man kan oppleve når man har kontakt med offentlige hjelpere. For hvert utsagn skal foreldrene vurdere om det stemmer med deres egen erfaring.

Dato for utfylling:

A: Støtte og respekt fra hjelperne i barnets/ungdommens tjenestetilbud

(for eksempel, primærlege, barnehage/skole, helsesøster, PP-tjeneste, hjemmesykepleier eller sykehuspersonale.)

1. Hjelperne våre er høflige når vi møter dem.	<input type="checkbox"/> 2. Stemmer <input type="checkbox"/> 1. Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0. Stemmer ikke
2. Vi opplever å bli møtt med respekt.	<input type="checkbox"/> 2. Stemmer <input type="checkbox"/> 1. Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0. Stemmer ikke
3. Hjelperne våre viser interesse for den kompetanse vi som foresatte har.	<input type="checkbox"/> 2. Stemmer <input type="checkbox"/> 1. Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0. Stemmer ikke
4. Vi kan snakke med hjelperne våre om bekymringer vi har i forhold til barnet/ungdommen.	<input type="checkbox"/> 2. Stemmer <input type="checkbox"/> 1. Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0. Stemmer ikke
5. Vi opplever at hjelperne våre støtter oss konkret i kriser	<input type="checkbox"/> 2. Stemmer <input type="checkbox"/> 1. Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0. Stemmer ikke

Sum

Kommentarer fra barnets/ungdommens foresatte om dette området:

.....

.....

B: Informasjon til foresatte om barnet/ungdommen

1. Vi har fått god orientering om barnets/ungdommens ressurser.	<input type="checkbox"/> 2. Stemmer <input type="checkbox"/> 1. Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0. Stemmer ikke
2. Vi har fått god informasjon om forhold rundt barnets/ungdommens problemer.	<input type="checkbox"/> 2. Stemmer <input type="checkbox"/> 1. Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0. Stemmer ikke
3. Vi har fått drøftet våre tanker om fremtiden.	<input type="checkbox"/> 2. Stemmer <input type="checkbox"/> 1. Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0. Stemmer ikke
4. Vi kan spørre hjelperne våre når vi lurer på noe	<input type="checkbox"/> 2. Stemmer <input type="checkbox"/> 1. Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0. Stemmer ikke
5. Det hender at vi får motstridende informasjon	<input type="checkbox"/> 2. Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 1. Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0. Stemmer

Sum

Kommentarer fra barnets/ungdommens foresatte om dette området:

.....

C: Kontinuitet og tilgjengelighet

1. Barnet/ungdommen har en fast kontaktperson som hjelper oss å planlegge og koordinere tjenestene	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
2. Hjelperne våre samarbeider godt med hverandre om oppfølging av barnet/ungdommen	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
3.Hjelperne våre er tilgjengelige når vi trenger dem	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
4. Vi opplever at vi ofte må forholde oss til nye hjelpere	<input type="checkbox"/> 2. Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer
5. Vi opplever oss som kasteballer i systemet	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sum

Kommentarer fra barnets/ungdommens foresatte om dette området:

.....

.....

D: Medvirkning i barnets/ungdommens oppfølging

1. Vi har vært med på å diskutere barnets/ungdommens egne ønsker og mål.	<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 oppfølgingen.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
3. Vi har en skriftlig, individuell plan for samlet oppfølging av barnet/ungdommen.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
4.Vi har en skriftlig plan for hva vi bør gjøre ved tegn på tilbakefall/forverring av barnets/ungdommens problemer	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
5. Vi opplever at beslutninger om oppfølging av barnet/ungdommen blir tatt over hodet på oss.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sum

Kommentarer fra barnets/ungdommens foresatte om dette området:

.....

.....

E: Dekning av behov

1. Barnet/ungdommen får nødvendig helsehjelp til fysiske og psykiske plager når behovet er der.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
2. Barnet/ungdommen har et tilbud i skole/opplæring vi mener dekker barnets behov for støtte og utvikling.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
3. Vi får dekket våre behov for rekreasjon og kontakt med andre mennesker.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
4. Vi har en tilfredsstillende bolig, og har den praktiske hjelpen vi trenger for å bo der sammen med barnet/ungdommen.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
5. Vi har den hjelpen vi trenger for å ordne med utgifter, og for å sikre inntekter samt at trygderettigheter oppfylles.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke

 Sum
Kommentarer fra barnets/ungdommens foresatte om dette området:

.....

.....

Kommentarer fra koordinator om intervjuet:

.....

.....

.....

DEL 4. SJEKKLISTE FOR ARBEIDSGANGEN I OPPFØLGINGEN
(FYLLES UT AV KOORDINATOR)

Sjekklisten 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.

Dato for utfylling:

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

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

* Eksempler på sentrale livsområder (SL) er : Helse, skole og aktivitet, sosialt fellesskap, bolig, dagligliv og økonomi.

3. PLANLEGGING AV OPPFØLGINGEN

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

*Kryss av for "oppnådd" hvis behovet ikke er til stede og bemerk det i kommentarfeltet.

4. KOORDINERING AV PLANLAGTE TILTAK				
	Opp- nådd 2	Delvis oppnådd 1	Ikke oppnådd 0	Kommentar
1. Koordinator støtter familien 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. Barn/ungdom som trenger det, har en fungerende ansvarsgruppe*				
5. Koordinator har kontakt med avdeling og familien ved en eventuell innleggelse i sykehus*				
Sum fase 4:				

*Kryss av for "oppnådd" hvis behovet ikke er til stede og bemerk det i kommentarfeltet.

5. EVALUERING AV RESULTATER OG JUSTERING AV PLANER				
	Opp- nådd 2	Delvis oppnådd 1	Ikke oppnådd 0	Kommentar
1. Koordinator har avtale med familien om når evaluering av oppfølgingen skal gjennomføres				
2. Resultatene av oppfølgingen er vurdert sammen med familien og andre aktuelle på avtalte tidspunkter				
3. Familien og koordinator har evaluert graden av medvirkning i oppfølgingen				
4. Nødvendige endringer i målsetting og individuell plan gjøres i samarbeid med familien og andre aktuelle.				
5. Koordinator har gjennomført intervjuet om familiens tilfredshet med oppfølgingen.				
Sum fase 5:				

Veileder for veiledere

I dagliglivet brukes begrepet veiledning om mange ulike aktiviteter. Vi ber om veiledning når vi står fast i en sak og trenger å diskutere den med en kollega eller en leder. Vi ber også om veiledning når vi opplever et mer eller mindre konkret behov for påfyll i jobben vår. Det er ikke bestandig like klart hva som skal være innhold og mål i den aktiviteten vi ber om.

Som veileder er du sikkert fortrolig med begrepet faglig veiledning, og du har sannsynligvis utviklet din egen stil og tilnærming til oppgaven. Du er helt sikkert også oppmerksom på at begrepet er definert på ulike måter, og at ulike faggrupper har utviklet ulike veiledningstradisjoner.

Dette mangfoldet kan være utfordrende å forholde seg til, spesielt hvis vi ikke er oppmerksomme på at mangfoldet eksisterer. Dersom vi går ut fra at begrepet ”faglig veiledning” inneholder det samme for alle som bruker det, kan vi lett utvikle en tilsynelatende enighet. Unnlater vi å konkretisere hva begrepet inneholder, skapes lett forvirring og uklarhet når ulike tradisjoner skal jobbe konkret med veiledning sammen. For deg som nå skal veilede en tverrfaglig sammensatt gruppe, vil det derfor være nyttig å forberede deg ved å ta noen avklaringsrunder med deg selv: Hva er det du vanligvis legger vekt på når du veileder, hvilken tradisjon er du opplært i? Hva vet du om andre veiledningstradisjoner?

Til tross for at veiledningsbegrepet er mangfoldig, er der noen kjerneelementer som er felles: Faglig veiledning er en systematisk og langvarig *faglig læringsprosess* og et virkemiddel for å utvikle *faglig identitet*. Veiledningen skal bidra til å *integre viktige faglige prinsipper i den enkelte fagutøvers praksis*. Som oftest er en mer erfaren kollega veileder for en mindre erfaren kollega, og fungerer også i varierende grad som modell for den minst erfarne. Veiledningen kan gjennomføres individuelt eller i gruppe. Ingen utenom gruppen får tilgang på det som skjer i veiledningsprosessen, det blir mellom veileder og gruppens deltakere. Faglig veiledning er i sin rene form *faggruppespesifikk*.

KJENNETEGN VED DENNE SPESIELLE VEILEDNINGEN

Denne spesielle, tverrfaglige veiledningen har også læringsprosessen som sitt sentrale mål, men det skal ikke utvikles en felles faglig identitet. Her skal ulike yrkesgrupper være sammen og ulikhetene blant gruppemedlemmene vektlegges og brukes aktivt som en ressurs i læringsarbeidet.

Den gruppa du nå skal veilede har et formål som skiller den fra andre grupper. Koordinatorrollen og samarbeidet med familien om utvikling av individuell plan er utgangspunktet og målet for denne veiledningsgruppen – og ikke alle andre sider ved å være ansatt i kommunen. Alle deltagerne i gruppa skal bringe med seg sine erfaringer med koordinatorrollen inn i gruppa og reflektere over dette i lys av handlingsprogrammet. Vi kaller derfor dette *programbasert veiledning*.

Fokus på den enkeltes koordinatorrolle...

Hovedfokuset for veiledningen er å støtte deltagerens arbeid med koordinatorrollen og samarbeidet med familiene om arbeidet med individuell planer.

Veiledningsgruppen skal reflektere rundt og trene på de individuelle planprosessene, bidra til å sette familiens egne behov og mål i sentrum og bidra til at deltakerne blir reflekterte koordinatører.

Koordinatorne deltar i veiledningsgruppen fordi de skal bli dyktige i rollen og kunne lede prosessen med individuell plan. I utgangspunktet er hver enkelt en kompetent fagperson med mye kunnskap og erfaring. Denne kompetansen er svært verdifull også i denne sammenhengen. Å lære om og av hverandre er viktig for koordinatorfunksjonen. Det bidrar til å redusere grensene mellom de ulike tjenestene i kommunen.

I forhold til koordinatorfunksjonen er de imidlertid nybegynnere. Dette innebærer at de trenger en type veiledning som inneholder elementer av undervisning, hvor man vektlegger klare, konkrete retningslinjer og normer for hva som skal gjøre og hvordan. Det tradisjonelle skillet mellom veiledning og undervisning er ikke hensiktsmessig i denne sammenhengen. Tvert imot; erfaringer viser at deltakerne er mest tilfredse i veiledningsgrupper hvor det også undervises noe.

Veilederne bør hjelpe koordinatorne til å se sentrale aspekter i helheten og til å individualisere planprosessen. Koordinatorne trenger hjelp til å gjenkjenne mønstre i koordineringsprosessen og knytte dette opp mot handlingsprogrammet i opplæringsheftet. Dette kan for eksempel skje ved at alle beskriver en bestemt fase i koordineringen og leter etter felles mønstre i denne fasen. Å trekke inn handlingsprogrammet kan også være nyttig for å hjelpe dem til å se hva som skal vektlegges og prioriteres.

Forskning viser at man lærer mest ved å fokusere på situasjoner man lyktes med. Den tradisjonelle problemfokuseringen i veiledning er verd å revurdere. Alle trenger bekræftelse på det de får til, særlig når planprosessen går langsommere enn koordinator kanskje ønsker. I slike situasjoner er det viktig å fokusere på at det er flott at de følger familiens eget tempo.

... og på systemet

Forankring av arbeidsmodellen / koordinatoransvaret i tjenestesystemene er en sentral suksessfaktor. I hverdagen vil koordinatorne ofte støte på vansker som oppstår i systemene / på den enkeltes arbeidssted. Koordinator kan for eksempel oppleve at tidspresset på jobben er stort, og at hun/han ikke får satt av nødvendig tid til koordineringsarbeidet. Mange har også opplevd at informasjon om koordinator funksjon ikke har nådd fram til alle tjenestesteder. Koordinator kan få problemer med å bli anerkjent i sin funksjon. Koordinator har kanskje også flere roller overfor sin tjenestemottaker, og det kan være vanskelig for alle parter å forstå hva koordinatorrollen innebærer.

Forankringsarbeidet må betraktes som en kontinuerlig prosess. Ulike problemer koordinatorene opplever i møte med tjenestesystemet må derfor bringes videre til systemansvarlig i kommunen. Dette er avgjørende for å sikre at koordinatorene har gode rammebetingelser for arbeidet. Det er altså ingen taushetsplikt om systemproblemer - tvert imot; de skal formidles til ledere som kan gjøre noe med dem.

Veileder har et særskilt ansvar for å medvirke til at systemproblemer som kommer fram i veiledningen bringes videre. Som beskrevet i rapporten, har man allerede løst noen systemproblemer og holder på å arbeide med andre.

VEILEDERROLLEN

Handal og Lauvås (*"Veiledning og praktisk yrkesteori"*, 2000) skriver om veiledning:

Veiledning skal være en betydningsfull, profesjonell assistanse i individers og gruppers læring og utvikling, et viktig supplement til annen pedagogisk virksomhet. Det karakteristiske ved veiledning som pedagogisk aktivitet er nærheten, omtanken og det personlige som danner grunnlaget, og som preger virksomheten.

Dette er en beskrivelse som også gjelder for denne veiledningen. Alt du kan fra før om tilrettelegging av læringsprosesser får du bruk for som veileder her. Du kan trygt bruke de redskapene/virkemidlene du tidligere har brukt (f.eks. rollespill, reflekterende team, bruk av tavle eller flip-over). Trenger du ideer til gode redskap, kan veiledningslitteraturen bidra her. Prøv for eksempel boken "Skjulte ressurser" av Susanne Bang/Ken Heap (1999). Du får også bruk for all din kunnskap om grupper, gruppeprosessen og gruppeleders rolle i de ulike fasene av prosessen.

Dine hovedoppgaver som veileder er å sette i gang og støtte en gruppeprosess som fremmer læring, og å beholde fokus på koordinators rolle og familiens prosess ved å stadig relatere veiledningsstoffet til det. Her vil gruppe-medlemmer som er fortrolige med denne måten å jobbe på være en ressurs i gruppens læringsarbeid. Du bør sette deg godt inn i hele denne rapporten og alle vedleggene før veiledningsgruppen kommer i gang.

Vi vet at læringsarbeid inneholder ulike faser. Frustrasjon kjennetegner noen av dem. Faser med frustrasjon i gruppen betyr sannsynligvis ikke at du/dere gjør en dårlig jobb som veileder, men at læringsarbeidet går sin gang dersom frustrasjonene tas på alvor og utforskes i gruppen.

Å være to veiledere

Vi anbefaler at hver gruppe har to veiledere. Dels fordi dette er nytt stoff og nye roller for de fleste, og dels for å gjøre veiledningsarbeidet mindre sårbart ved sykdomsfracfall, permisjoner og lignende.

Det å være to veiledere sammen i en gruppe kan oppleves positivt og støttende. Det blir meldt tilbake at det er nyttig å ha en å planlegge sammen med, en å få feedback fra og en å dele ansvaret med. Sannsynligvis vil du og din medveileder ha ulike perspektiv og erfaringer med dere inn i gruppen. Dere kan utfylle hverandre, både i forhold til forståelse av hva som skjer i gruppen og i måten å veilede på. Det beste er om den ene veilederen kommer fra kommunen og den andre fra spesialisthelsetjenesten.

Samledelse (*Ken Heap: Gruppet metode for sosial- og helsearbeidere, 1998*) kan imidlertid også medføre noen utfordringer, og det kan være lurt å bruke litt tid på forholdet mellom deg og din medveileder før dere starter med selve veiledningsoppgaven. Det kan blant annet være nyttig å sammen drøfte disse spørsmålene:

- Hvilken rollefordeling ønsker dere, skal dere dele ansvar og aktivitet likeverdig? Hvordan skal dere i tilfelle sørge for at dette skjer?
- Hvordan vil dere takle eventuell uenighet som oppstår mellom dere?
- Hvordan vil dere gi hverandre feedback og støtte hverandre?
- Hvordan kan dere hjelpe hverandre til å beholde fokus i det veiledningsarbeidet som skal foregå i gruppen?

FORBEREDELSE TIL OG OPPSTART AV VEILEDNINGEN

Andre lignende veiledningsgrupper har gjort viktige erfaringer fra denne fasen i veiledningen som kan komme flere til gode. Innholdet i dette kapitlet er ment som forslag og ideer.

Som tidligere nevnt, vil du/dere ha god støtte i tidligere erfaring som veiledere og/eller ledere av grupper. For eksempel vil kompetanse i å skape trygghet og et godt læringsklima i en gruppe være viktig. Erfaring i generell gruppeledelse og/eller pedagogisk kunnskap og erfaring er også nyttig. Under punktet for veiledningsoppstart vil vi gi noen praktiske eksempler på måter en kan etablere grupper.

Nyttig å tenke gjennom:

- *Veilederparet*
Det er en fordel at veilederparet er litt kjent og enige om rammer, rollefordeling og hvordan de vil legge opp veiledningen før de møter gruppa første gang. Det kan være lurt å be arbeidsgiver om nødvendig frigitt tid før oppstart av grupper, samtidig som man skisserer hvor mye tid som vil trenes til arbeidsoppgaven videre. Mange sier at det er fornuftig å bruke en halv time til forberedelse og en halv time til oppsummering og refleksjon etter veiledningen.
- *Taushetsplikt i veiledningsgruppa.*
Når familien skriver under samtykkeerklæring til å få en koordinator, vil familie også ha samtykket i at koordinatoren skal kunne få veiledning i gruppe på sitt arbeid med denne tjenestemottakeren. Det bør ikke gis mer informasjon om familien i gruppen enn det som er nødvendig for å gi/motta veiledning. Alle veiledningsgrupper forholder seg selvfølgelig til den generelle taushetsplikten som er beskrevet i Lov om helsepersonell og Forvaltningsloven.
- *Samarbeid mellom tilrettelegger og veiledere*
Tilretteleggers/systemkoordinators rolle er å hjelpe til der systemproblemer forstyrrer læringen og arbeidet for koordinatorene, og vil derfor trenge tilbakemeldinger fra

koordinatorene. Dette kan veilederne være behjelpelige med, enten ved direkte kontakt eller i veiledersamlinger.

PRAKTISKE RAMMER FOR OPPSTART AV GRUPPE

- *Lokale og utstyr*
Tilrettelegger kan være behjelpelig med å finne egnet lokale/utstyr for veiledningsgruppa. Det er en stor fordel at gruppa kan benytte det samme lokalet hver gang.
- *Kontrakt for gruppa*
Mange velger å lage en skriftlig kontrakt for veiledningsgruppa ved oppstart. Fordelene ved en slik kontrakt er blant annet:
 - Arbeidet i gruppa for å bli enige om en kontrakt kan være et godt redskap for å avklare forventninger og forutsetninger for veiledningen..
 - Deltakerne får tidlig en felles avklaring på hva slags kjøreregler denne gruppa skal styre etter. Det kan oppleves litt mer forpliktende for både veiledere og koordinatorene å ha en skriftlig kontrakt.
 - Kopi av kontrakten kan også leveres arbeidsgiver, og eventuelt underskrives av denne, for å synliggjøre at vedkommende koordinator deltar i veiledning på oppdrag fra sin leder, og når dette vil foregå. For å unngå irritasjon på arbeidsplassen kan det likevel være lurt at koordinator litt tid i forveien informerer om og planlegger tidsbruken på veiledningsdagene. Skulle det likevel oppstå vanskeligheter, kan tilrettelegger bistå med å løse slike problemer.
- Elementer for skriftlig og/eller muntlig kontrakt:
 - hensikt med denne veiledningsgruppa
 - hvem er med?
 - når og hvor skal gruppa møtes?
 - hvor lenge varer hver veiledning og hva er ”gangen” i den?
 - referater?
 - evaluering når og hvordan?
 - taushetsplikt
 - møteplikt og regler for fravær
 - hva hvis koordinatorene eller veileder blir langvarig syk/slutter?
 - ansvar for å legge fram materiale til veiledning
 - akutte veiledningsbehov og avtalte framlegg
 - materiell og skrivesaker må være med
 - kopi kontrakt til overordnede/underskrift fra overordnede?
 - tilretteleggers kontakt med veiledningsgruppene
- *Koordinatorer slutter*
Et vanlig problem i veiledningsgruppene er at noen koordinatorene slutter av ulike grunner (langvarige sykemeldinger, jobbytte, avslutter koordineringa, vanskeligheter med å kombinere koordinatorrollen med egen arbeidssituasjon osv.). Det er laget prosedyrer i

kommunen for hvordan skifte av koordinator skal foregå. Det kan være greit å avklare på forhånd hvordan evt. nye koordinatorene skal tas inn i veiledningsgruppa.

EKSEMPLER PÅ HVORDAN STARTE OPP EN VEILEDNINGSGRUPPE

For å skape trygghet og følelse av å være inkludert, bør deler av det første veiledningsmøtet brukes til å bli kjent med hverandre. Hvert gruppemedlem sier noe om seg og sin arbeidshverdag.

Man kan som veileder ha forberedt en presentasjon av hensikten med veiledningen, for eksempel på flip-over, lysark eller skrive det på en tavle. En slik presentasjon fordrer at man selv har tenkt grundig gjennom hvorfor denne gruppa skal være sammen over tid.

Hvilke kunnskaper/erfaringer har deltagerne med koordinator rollen og arbeidet med individuell plan? Forventninger til veiledningen er også viktig å få fram.

Veilederne kan gjerne skrive dette ned for å huske det. ”Individuelle læreprosesser starter vel alltid der folk er?” uttalte en veileder på et erfaringsseminar.

Veilederne kan ha behov for å dempe evt. forventninger om ekspert-løsninger fra dem som veiledere. Si noe om at dere også er i en læreprosess, men at dere har ansvar for å lede denne gruppa og bruke dens iboende kompetanse i en felles læringsprosess. Koordinatorene og veilederne har kunnskap om sitt fagfelt, hver sin arbeidssituasjon og hver sin organisasjon. Hensikten med tverrfaglig veiledning er å fremme samarbeid over grensene, lære om hverandre, og lære en felles måte for oppfølging av tjenestemottakere med langvarige og sammensatte behov.

For å sikre at koordinatorene blir kjent med planprosessen, kan man systematisk bruke litt tid hver gang på de ulike trinnene i prosessen som deltakerne forbereder seg på for drøfting i veiledningsgruppa.

Presentasjon av tjenestemottaker

Mange har gjort erfaringer på at det er nyttig og effektivt å ha en gjennomtenkt mal for presentasjon av tjenestemottaker. Slike maler kan gjentas og vil etter hvert bli automatisert. En kjent og trygg ramme tillater større fokus på innholdet i presentasjonen, og det å følge samme mal vil gjøre det lettere å gjenkjenne fellestrekk og mønstre i tjenestemottakeres situasjoner.

Alle familiene i dette prosjektet har samtykket i å delta i prosjektet. Dette inkluderer også at koordinator gis tillatelse til å delta i veiledning. Taushetsplikten er således ikke til hinder for å snakke om familien sin i gruppa. Samtidig skal selvfølgelig ingenting som sies om den enkelte familie snakkes om utenfor gruppa.

Tidligere deltakere i tilsvarende grupper har gitt uttrykk for at de ønsker mer fokus på selve skriveprosessen; hvordan de kan arbeide med å få familien til å sette mål for barnet sitt, hva de konkret bør skrive, hvordan de evaluerer osv. Den beste måten å lære dette på er ved å reflektere over disse spørsmålene i lys av en eller flere av de familiene som er koordinatorene for.

LITT OM EVALUERINGSHEFTENE

Som en del av prosjektet er det utviklet et evalueringshefte som koordinatorene skal fylle ut etter 3-4 og 10 måneder. Hensikten og detaljer omkring utfyllingen står beskrevet i heftet.

En del koordinatører føler seg overveldet når de ser heftet, og uttrykker motstand mot å fylle det ut. Det er en viktig oppgave for dere veiledere å støtte koordinatorene i å gjøre dette av mange grunner:

- Heftet sikrer at man snakker med familiene om hvordan de opplever tilbudet og hva eventuelt de ønsker skal forbedres. Hvis familiene ønsker det, kan de gjerne fylle den ut selv. Uansett bør koordinatør gi dem en tilbakemelding på det de har svart. Noen familier gir uttrykk for at de synes det er viktig at deres erfaringer kommer fram på denne måten. Andre familier kan oppleve at det er vanskelig for dem med alle papirene, og at de er i en sårbar og vanskelig prosess hvor de ikke orker å forholde seg til dette. Det kan være nødvendig å utsette deres evaluering noe. Uansett vil *måten* koordinatorene presenterer evalueringen på være viktig for gjennomføre evalueringen. Det er også viktig at familiene får vite at en slik evaluering foretas et par ganger i året, slik at de er forberedt på det.
- Heftet gir koordinatør tilbakemelding på eget arbeid, og viser hvor hun / han har behov for veiledning.
- Heftet bidrar til å avdekke systemproblemer og dokumenterer resultater av prosjektet.

Lykke til med arbeidet!

Vedlegg:

Forslag til rammer for de fem første veiledningsmøtene.

Litteratur

vedlegg

FORSLAG TIL RAMMER FOR DE FØRSTE VEILEDNINGSMØTENE

- 1.gang Velkommen.
 Presentasjon av gruppemedlemmene
 Presentasjon av hensikten med veiledningen v/veilederne.
 Få fram deres forventninger til veiledningen og deres forforståelse/erfaring med arbeidet – rollen og prosessen med individuell plan.
 Skape enighet om kjøreregler for denne gruppa (grunnlaget for en kontrakt).
 Registrere deltakere. Lage en liste med navn, adresse og tlf. for senere dokumentasjon på deltakelse. Deltakerne kan gjerne få kopi av denne lista.
 Bli enige om hva deltakerne skal forberede seg på til neste gang.
- 2.gang Kort runde. Noe spesielt som deltakerne ønsker å drøfte ift. sine tjenestemottakere og som kan tas de siste 15-20 minuttene av gruppa?
 Veiledningskontrakten deles ut og drøftes/godkjennes
 Drøfting av avtalt forberedelse til denne gangen.
 Velg tema til neste veiledningsmøte.
 Diskutere hvordan man kan legge fram tjenestemottaker og bestemme hvem som skal legge fram neste gang?
 Evt. ta det spesielle gruppa har behov for.
 Registrere deltakere.
- 3.gang Kort runde. Noe spesielt?
 Koordinator legger fram tjenestemottaker. I starten er det ofte nok at en legger fram.
 Avtalt tema drøftes.
 Velg tema som forberedes til neste veiledning.
 Hvem legger fram neste gang?
 Registrere deltakere.

AKTUELL LITTERATUR.

- Per Lauvås, Gunnar Handal
(2000) *Veiledning og praktisk yrkesteori.*
Cappelen forlag.
- Kari Killèn
(1992) *Faglig veiledning: et tverrfaglig perspektiv.*
Universitetsforlaget.
- Susanne Bang, Ken Heap
(1999) *Skjulte ressurser. Om veiledning i grupper.*
Universitetsforlaget.
- Ken Heap
(1998) *Gruppet metode for sosial- og helsearbeidere.*
Universitetsforlaget.
- Hanne Thommesen, Trine Normann
og Johans Tveit Sandvin *Individuell plan – et sesam, sesam?*
Kommuneforlaget
- Pedersen OB, Fiskum H,
Howatson H, Evenstad AM,
Vibe Mde
1998 *Koordinering av psykososialt arbeid (Case management)
for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser:
opplæring i kommunebaserte tjenester.*
Dialog 3: 14 –20.
- Helse og omsorgsdepartementet *Forskrift om individuell plan etter helselovgivingen og
sosialtjenesteloven (des. 2004)*
- Sosial- og helsedepartementet *Veileder til individuell plan 2005*
- Helsedepartementet *Forskrift om habilitering og rehabilitering*
- Hanne Thommesen, Trine Normann
og Johans Tveit Sandvin *Om rehabilitering: mot en helhetlig og felles forståelse.*
Kommuneforlaget
- Anne Lise Teslo (Red) *Mangfold i faglig veiledning for helse- og sosialarbeidere
2.utgave, Universitetsforlaget, 2006*

Opplæringshefte for koordinatører

1.0. Innledning	2
1.1. Velkommen som koordinator!	2
1.2. Bruk av begreper	2
2.0. Gode tjenester for barn og unge	3
2.1. Hva er gode tjenester?	3
2.2. Spesielle utfordringer i arbeidet med barn og unge	3
3.0. Koordineringsarbeid - hva og hvorfor?	6
3.1. Hva er koordinering og hvem har ansvaret?	6
3.2. Individuell Plan	8
4.0. Handlingsprogram	9
4.1. Koordinering som målrettet arbeidsprosess	9
4.2. Etablering	11
4.3. Kartlegging	13
4.4. Vurdering	13
4.5. Valg av strategi	14
4.6. Planlegging	14
4.7. Koordinering	15
4.8. Evaluering	15
5.0. Utfordringer i koordinatorarbeidet.....	16
Anbefalt litteratur	20

1.0. Innledning

1.1. Velkommen som koordinator!

Du skal fungere som koordinator for et barn eller en ungdom som har behov for langvarige og sammensatte tjenester. Det er en svært viktig oppgave å samarbeide med familien og tjenestenettverket om å utforme et individuelt tilpasset tjenestetilbud som er koordinert. Dette arbeidet har høy prioritet i kommunen og det er en lovpålagt plikt å ivareta de svakeste på denne måten.

Oppgavene går ut på at barnet / ungdommen, deres foreldre og du sammen:

- oppretter en god relasjon
- etablerer kontakt og samarbeid med tjenestenettverket
- kartlegger barnet / ungdommens situasjon, ressurser, mål og behov for tiltak
- utarbeider en skriftlig individuell plan for oppfølgingen
- samordner og gjennomfører planen
- evaluerer arbeidet

Du får ansvar for å koordinere tjenester for vedkommende over et lengre tidsrom. Varigheten er avhengig av barnet / ungdommens situasjon. Dette arbeidet gjør du på delegasjon fra din leder, og det er ledernes ansvar å legge forholdene til rette for koordineringsarbeidet. Det er viktig at du melder fra til ledere din om forhold som du opplever at gjør arbeidet vanskelig. Tilretteleggerne vil bidra dersom det oppstår praktiske problemer med gjennomføring av koordineringen.

Du vil få regelmessig opplæring og veiledning i bruk av metoden. Opplæringen foregår for en stor del i tverretatlige veiledningsgrupper, og erfaring viser at dette bidrar til at samarbeidet mellom tjenesteutøverne bedres.

Din innsats vil bidra til at barn / unge med sammensatte tjenestebehov og deres foresatte skal få en god oppfølging.

1.2. Bruk av begreper

Vi har i dette opplæringsheftet gjennomgående valgt å bruke følgende begreper:

Foreldre: Begrepet dekker alle som har myndighet og ansvar ovenfor barnet / ungdommen. Foruten de biologiske foreldre kan det være fosterforeldre, adoptivforeldre, verge eller andre foresatte.

Familien: Begrepet dekker barnet/ungdommen og foreldrene (jmf over) som koordinator samarbeider med.

Hjelpetilbud: Begrepet dekker alle tjenestene barnet/ungdommen mottar fra kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Tjenestenettverket: Begrepet dekker alle aktører fra ulike etater som yter hjelp til barnet / ungdommen.

2.0. Gode tjenester for barn og unge

2.1. Hva er gode tjenester?

Den nasjonale strategien for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten *...og bedre skal det bli!* definerer at tjenester av god kvalitet:

- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involverer brukerne og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Samordning og kontinuitet forutsetter at yrkesgrupper på ulike nivåer samarbeider, viser fleksibilitet og søker å se behovet til brukeren med deres øyne. Det er nødvendig med tydelig fordeling av ansvar, myndighet og oppgaver for å skape samhandling på langs i en tiltakskjede og på tvers av tjenestetyper og nivåer.

Strategien vektlegger også at brukere skal medvirke og ha innflytelse både i planlegging av tjenestene og i den enkelte konsultasjon/samtale. De opplever hvordan tjenesten fungerer i praksis og kan derfor ofte komme med de beste forslagene til forbedringer av systemet. Det er derfor viktig med systematisk innhenting av brukererfaringer.

I møte med den enkelte familie, må man anerkjenne deres innsikt i egen sykdom eller livssituasjon. De kan ofte ha mer detaljkunnskap om sin egen tilstand enn utøveren. Samtidig må man sørge for at faglige avveininger og beslutninger bygge på relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap og erfaring. Kunnskap skapes både gjennom forskning, utdanning og den erfaring som utøverne får gjennom veiledning, refleksjon i kollegiale fellesskap, og i samspillet med brukerne, pasientene og deres pårørende. Strategien peker samtidig på viktig å vise respekt for dem som ikke ønsker å involveres i alle beslutningsprosesser og at brukerperspektivet også innebærer en lydhørhet og tilrettelegging overfor dem som ikke selv kan, eller ønsker å gi uttrykk for sine behov.

Arbeidsmodellen som beskrives her er i tråd med *...og bedre skal det bli!*, og ditt arbeid som koordinator vil med andre ord bidra til å sette den nye nasjonale strategien ut i praksis.

2.2. Spesielle utfordringer i arbeidet med barn og unge

Samvær med barn og unge er som regel en stor kilde til inspirasjon, læring og glede. Ofte kjennetegnes deres væremåte av tillit, entusiasme, vitebegjærighet og vilje til å lære nye ferdigheter. Som profesjonell medspiller i deres lærings- og utviklingsprosesser regner vi med at du har mange slike positive erfaringer, og at dette er en viktig motivasjonsfaktor i ditt daglige arbeid. Vi ønsker at dine positive erfaringer får en framtrødende plass i

læringsprosessene, både i veiledningsgruppen, på undervisningsseminarene, og ikke minst - i kontakten med barnet/ungdommen og familien du er koordinator for.

Samtidig har du sikkert også erfart at dette arbeidet på enkelte områder stiller andre og kanskje større krav og utfordringer til deg som yrkesutøver enn det du møter hos voksne brukere. I dette kapitlet vil vi trekke fram noen utfordringer som vi mener er spesielle for arbeid med barn og unge.

Brukermedvirkning

Generelt har personer som ivaretar egen helse og har tro på at dette nytter, større sjanser til å bli friske etter sykdom. De bedrer også sin funksjonsevne. Det er den det gjelder som har best kompetanse om sitt eget liv, og vet hvilke konkrete løsningene som virker. Slik er det også for barn og unge.

I helselovgivning fra 2001 er hovedregelen at informasjons- og selvbestemmelsesreglene knyttes til en helserettslig myndighetsalder på 16 år. Det innebærer at det er foreldrene som skal ivareta barnets interesser ved samtykke, medvirkning mv. når barnet ikke er fylt 16 år. Den som har fylt 16 år, kan for eksempel tas under frivillig psykisk helsevern på grunnlag av eget samtykke.

Barnets/ungdommens alder og modenhet må avgjøre hvor stort ansvar vedkommende kan ta. For noen vil det være mulig å finne områder og tiltak der vedkommende kan bestemme selv. Det er en utfordring å finne egnede måter for barn å medvirke aktivt i sin egen oppfølging. Erfaringer fra tidligere prosjekter viste at koordinatorene i liten grad samhandlet direkte med barnet/ungdommen, fordi disse hadde dårlig språk og liten innsikt i situasjonen. Brukermedvirkningen blir da ivaretatt av gjennom å samarbeide med foreldrene.

Samarbeid med foreldrene

Foreldrene har som regel både et glødende engasjement og en inngående kjennskap til barnet/ungdommens situasjon, ressurser og problemer. Et vellykket tjenestetilbud må derfor baseres på et godt samarbeid med foreldrene.

Ofte kommer du lenger når din faglige, profesjonelle kunnskap kombineres med foreldrenes kompetanse. Samtidig vil relasjonen mellom dere styrkes når begge parter opplever respekt og verdsettelse av hverandres roller og kompetanse.

Det er viktig å være klar over at foreldre og søsken i perioder kan ha behov for støtte og rådgivning, opplæring eller avlastning i sitt omsorgsarbeid. De må få informasjon om sine rettigheter og muligheter for slike tiltak, og du må støtte dem i å ivareta egne behov og helse. Foreldre til barn og unge med hjelpebehov har ofte fungert som sitt barns koordinator i en uoversiktlig og byråkratisk jungel av tjenestetilbud. Å gi dem avlastning for denne koordinatorrollen er kanskje den beste støtten de kan få.

Mangfoldige og skiftende behov

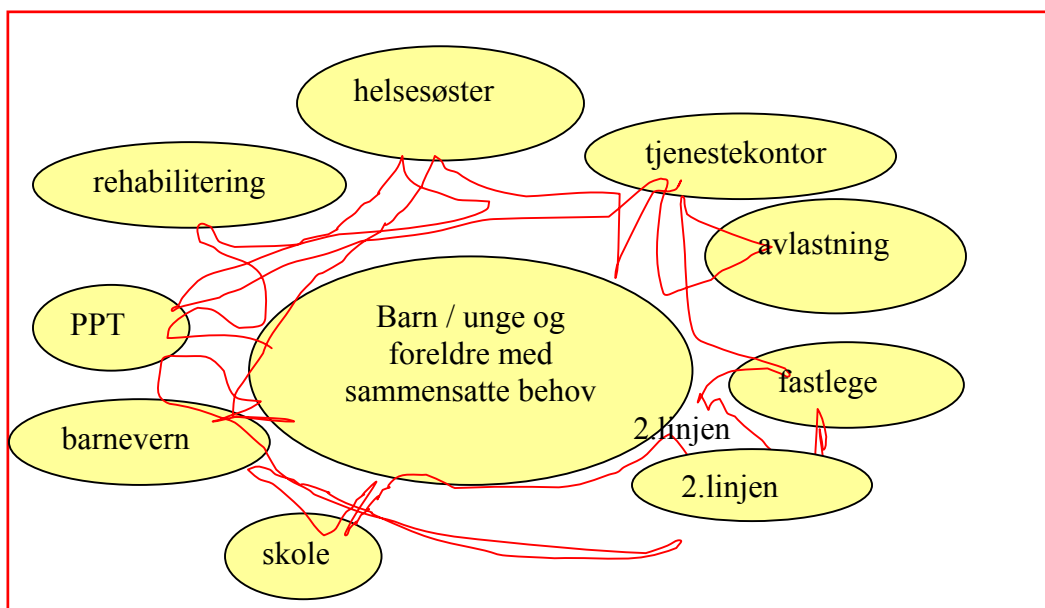
Mange barn og unge med sammensatte problemer trenger støtte og oppfølging for å ivareta sine behov for sosial kontakt, lek, skoleaktiviteter, gjennomføring av daglige gjøremål, fritidstilbud, med mer. Hjelpetilbudet må gjenspeile dette mangfoldet.

Barn og unge opplever mange skiftninger i både fysiske og sosiale miljø, som for eksempel overgangen fra barnehage til skole. Slike endringer kan bidra til vekst og utvikling, men kan også medføre økt stress og belastning. Sykdom / funksjonssvikt kan svinge og ha ulike uttrykksformer og alvorlighetsgrad, og bli verre i stressende perioder. Du må derfor være klar over at behov for hjelp og støtte kan variere.

3.0. Koordineringsarbeid - hva og hvorfor?

3.1. Hva er koordinering og hvem har ansvaret?

I følge Bokmålsordboka kommer opprinnelsen av ordet fra latin, av *kon-* og *ordinare* 'ordne' - samordne, få til å virke sammen. I denne sammenheng er det barnet / ungdommens totale hjelpetilbud vi ønsker å få til å virke sammen. Er det nødvendig å bruke tid og ressurser på en slik oppgave? Hadde ikke barnet / ungdommen hatt mer utbytte av at hjelperne brukte koordineringstiden på direkte fagspesifikke oppgaver og tiltak, som opptrening av gangfunksjon eller lesetrening? Det som da skjer er at foreldrene må koordinere tilbudet selv, slik figur 1 viser.

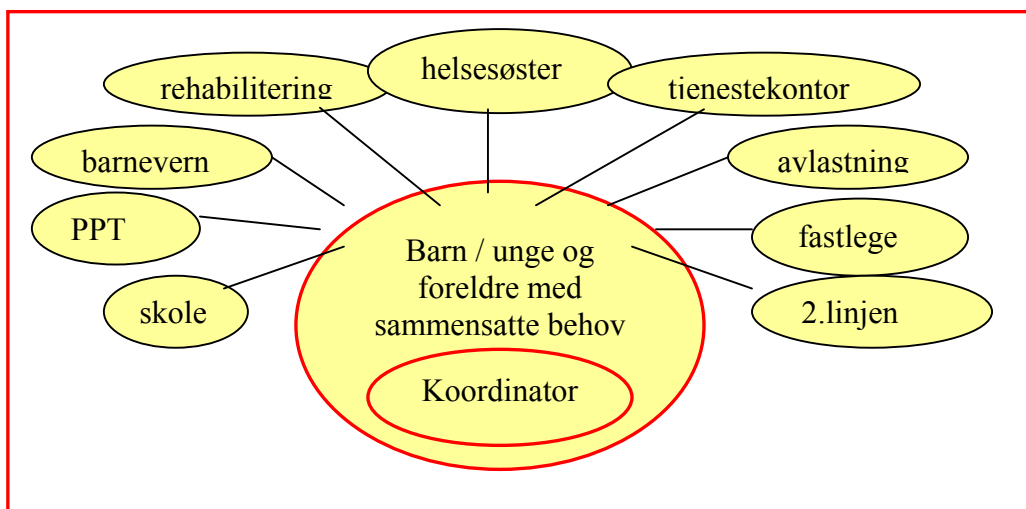


Figur 1. Foreldrene koordinerer hjelpetilbudet

Familien må forholde seg til et lite koordinert tjenestenettverk. De må bruke mye tid og krefter på mange kontakter, og det oppleves ofte belastende og frustrerende.

Dersom det opprettes en koordinator i tjenestenettverket, endrer dette situasjonen slik figur 2 viser. Familien blir utsatt for mindre belastninger når koordinatoren fungerer som en "los i systemet". Arbeidsmodellen har også vist seg å være tidsbesparende for de ansatte i tjenestenettverket, og er i tråd med veilederen for Individuelle Planer.

Figur 2: Koordinator koordinerer tjenestene sammen med familien



Ansvarsgruppene (se under) har også vist seg å bli mer effektive og målrettede når de ansatte arbeider på denne måten.

Hvor bør koordinator arbeide - i kommunen eller i helseforetaket?

Kommunen har ansvaret for sine helse- og sosialtjenester, for kultur- og boligjenester og for mange opplæringstilbud. Helseforetakene skal stå for spesialisert rehabilitering eller behandling. De fleste tilbud som barnet / ungdommen trenger vil være et kommunalt ansvar, og det er derfor naturlig at hovedansvaret for å koordinere tjenestene ligger i kommunen. Noen ganger bør likevel spesialisthelsetjenesten ta ansvaret for koordineringen, for eksempel når et omfattende behandlings- eller habiliteringstilbud i helseforetaket inngår i oppfølgingen. Det er da naturlig at ansvaret gradvis overføres til kommunen.

Ansvarsgruppe

Ansvarsgrupper er et viktig virkemiddel i planlegging og koordinering av tiltak for barn og unge med sammensatte problemer som har behov for tiltak fra ulike nivå og etater. Hvis koordinator kan sikre samordnet oppfølging gjennom enkeltstående møter eller uformelle samarbeidsformer, er det ofte ikke behov for ansvarsgruppe. Ansvarsgrupper bør være oppgavebestemte og tidsavgrenset, og de ulike deltakerne innkalles ut fra møtenes dagsorden.

Familien og koordinator bør sammen avgjøre behov for ansvarsgruppe og hvem som bør sitte der. I tillegg til foreldrene, ungdommen og koordinator, bør man få med hjelpere som har definerte ansvar og oppgaver for tjenestetilbudet til brukeren. Siden behovene for hjelp ofte endrer seg, vil sammensetningen i ansvarsgruppa også kunne skifte.

Koordinator eller familien leder gruppen og har ansvar for innkalling, møteplan og referat.

I ansvarsgruppa diskuterer og vedtar man tema som status for barnet / ungdommen, planer for oppfølging og fordeling av ansvar og oppgaver i gjennomføring av tiltakene.

3.2. Individuell Plan

Individuell plan er et virkemiddel for å skape en god koordineringsprosess. Trinnene i koordineringsprosessen er nærmere beskrevet i handlingsprogrammet.

Som koordinator i dette prosjektet skal du i samarbeid med familien utarbeide en individuell plan dersom de ønsker dette. Dersom de ikke vil ha en individuell plan, må du allikevel gjennomføre en planmessig og dokumentert oppfølging.

De fleste kommuner i Norge har maler for Individuell Plan. Du skal benytte den mal som brukes i din kommune. Planprosessen er viktigere enn formen på den individuelle planen.

Målet med en individuell plan er å sikre at den enkelte persons behov for tjenester styrer tjenestenes utforming og gjennomføring. Planen skal gripe over alle tjenesteområder og forvaltningsnivåer. Det er viktig at planer som er utarbeidet for en person, som individuelle opplæringsplaner, habiliteringsplaner, omsorgsplaner m.v. samordnes og tilpasses den overordnede individuelle planen.

Den individuelle planen skal sikre fordeling av ansvar og oppgaver mellom ulike tjenester. Familien har rett til delta i utformingen av planen.

Pasientrettighetsloven § 2-5 regulerer retten til individuell plan. Utfyllende regler er å finne i "Forskrift om individuelle planer" som trådte i kraft 1. juli 2001, og i veileder for individuell plan. Plikten til å utarbeide individuell plan er forankret i henholdsvis kommunehelsetjenesteloven § 6-2 a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, samt psykisk helsevernloven § 4-1, og lov om sosiale tjenester § 4-3 a.

4.0. Handlingsprogram

4.1. Koordinering som målrettet arbeidsprosess

Fra din utdanning og yrkespraksis er du sikkert kjent med bruken av ulike problemløsningsmodeller. Modellene beskriver arbeidet som en prosess med ulike faser, og det understrekes at dersom man utelater noen av fasene, kan tilbudet bli usammenhengende og tilfeldig. I dette kapitlet presenterer vi en slik modellbeskrivelse over forløpet i koordineringsarbeidet.

Innledningsvis vil vi først poengtere følgende: Modeller og planer må aldri forveksles med virkeligheten, som i denne sammenheng er familien og deres situasjon. Modeller er bare ”kart” vi tegner ut fra vår forforståelse. Vårt kjennskap til barnet / ungdommen og dennes situasjon kan være feil eller mangelfull, og nye hendelser underveis kan medføre behov for store endringer i vår forståelse og modeller.

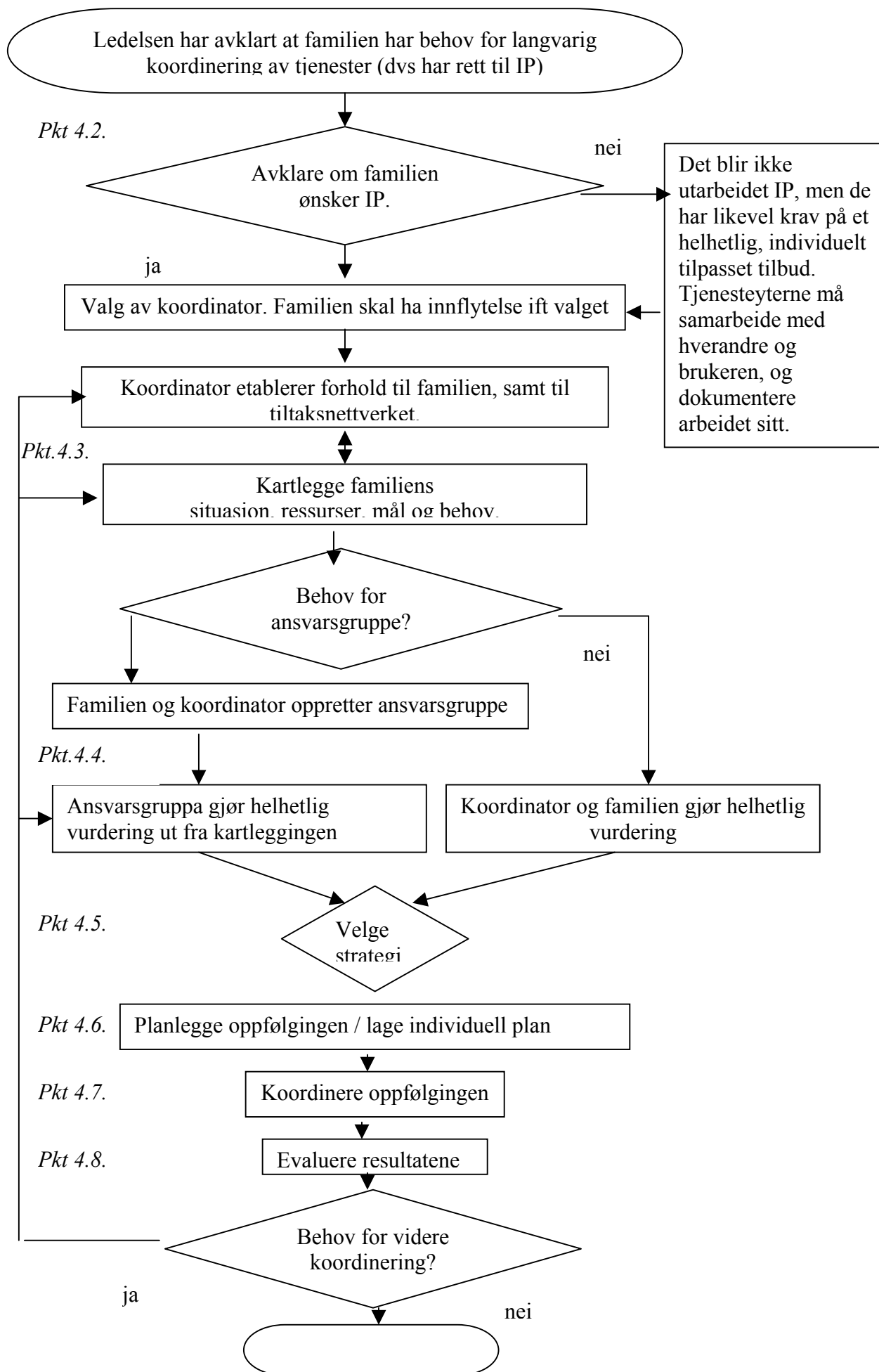
Et annet tankekors i forhold til modeller og planer, er at alt sjelden går som planlagt. Hjelp til barn og unge er intet unntak. Ofte kan akkurat det uforutsette som skjer være et positivt vendepunkt i en fastlåst situasjon. Ta høyde for dette og vær oppmerksom og åpen for å endre ”kartet”/modellene underveis.

Når det er sagt, vil vi også presisere at modeller på flere måter kan være til stor nytte i arbeidet med barn og unge. De kan

1. Legge til rette for systematikk og oversikt i komplekse situasjoner.
2. Gi beslutningsstøtte i valgsituasjoner under arbeidet.
3. Sikre at viktige elementer ikke blir utelatt i tilbudet til barnet/ungdommen.
4. Fremme refleksjon over praktisk kunnskap som igjen kan være et utgangspunkt for opplæring og veiledning.
5. Sikre kvalitet på oppfølgingen og muliggjøre evaluering av arbeidet.

Denne arbeidsmodellen har vært utprøvd i forhold til barn og unge og har vist seg svært nyttig. Figuren beskriver handlingsprogrammets faser.

Figur 3: Beskrivelse av koordineringsprosessen



4.2. Etablering

Avklaringer

Det er ledelsens ansvar å avklare hvilke brukere som har behov for en langvarig koordinering av tjenestene, og dermed har rett til en individuell plan.. Videre må det avklares om familien ønsker en individuell plan. I så fall innhentes samtykke til planen og til hvilken informasjon som kan utveksles. Avslår familien tilbud om individuell plan må tilbudet uansett koordineres.

Valg av koordinator

Utgangspunktet for oppnevningen av koordinator kan være en allerede etablert kontakt med barnet / ungdommen. Man bør legge vekt på hvem familien selv ønsker skal være koordinator. Koordinator oppnevnes av sin leder, som må sørge for at koordinator har nødvendig kompetanse. Det lages en skriftlig avtale mellom koordinator og familien, og familien må få informasjon om at de har rett til å be om skifte av koordinator.

Det må være avklart at koordinator kan følge brukeren over et lengre tidsrom (2 år). Det kan allikevel skje at koordinator slutter eller får langvarig fravær underveis. Da er det leders ansvar at en ny koordinator om mulig overtar i god tid, slik at familien unngår å oppleve skiftet som et kontinuitetsbrudd. Det er etablert rutiner for dette i kommunen.

Lederen legger til rette

Koordinator arbeider på delegasjon fra sin leder, som aktivt må støtte koordinator i sitt arbeid. I NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt* understrekes ledelsens ansvar for at retten til individuell plan oppfylles og at det innarbeides systemer for rapportering av måloppnåelse og avvik. Ledelsen må sette mål for arbeidet med individuell plan og sikre gode rammebetingelser for den enkelte tjenesteutøver i arbeidet med individuell plan. Det må derfor settes av tid til at du som koordinator kan delta i veiledningen.

Det er også viktig at alle samarbeidspartnerne i tjenestenettverket anerkjenner, støtter og er lojale til koordinators arbeid.

Veiledning

Systematisk opplæring og veiledning har vist seg å være en nødvendig forutsetning for å lykkes med å lære koordinering. I opplæringsperioden vil du delta i gruppeveiledning for å lære denne funksjonen. Veiledningsgruppene vil bestå av koordinatorene med ulike bakgrunn og funksjon i tjenestenettverket. Her kan dere dele erfaringer og kunnskap som letter samarbeidet omkring ”felles” barn / unge. Veiledning gir dere også anledning til å lære både *om* hverandre og *av* hverandres erfaringer.

Tid til koordinering

I forhold til barn og unge som fra før har fått en mangelfull oppfølging, vil denne arbeidsformen ofte føre til merarbeid i en overgangsfase. Derfor bør du i første omgang starte som koordinator for en eller to brukere.

Møtene mellom deg og familien vil variere i tid. Varigheten er gjerne fra en halv til en time. Vanlig frekvens er fra en til fire ganger i måneden. I tillegg må du avsette tid til kontakt med en eventuell ansvarsgruppe eller aktuelle samarbeidspartnere gjennom telefon, brev eller uformelle møter. Arbeidsmengden vil derfor variere etter situasjonen og etter hvor mye du selv utfører av fagspesifikke oppgaver for din bruker. Erfaringer fra sammenlignbare prosjekter med oppfølging over to år, viser at tiden til direkte møter med brukerne og indirekte oppgaver som koordinator til sammen ligger på en til to timer i uken.

Relasjonen mellom barnet / ungdommen og deg er grunnmuren!

Grunnlaget for å lykkes med koordineringsarbeidet er at du etablerer og vedlikeholder et forhold til familien som er preget av tillit og respekt. Du skal oppleves både som en personlig støtte og en profesjonell hjelper som samarbeider med familien mot felles mål. Det trengs ofte tid for å bli kjent med hverandre og oppnå nødvendig trygghet og fortrolighet. Du må finne en balanse mellom å være personlig og privat.

Barnet/ungdommen må oppleve å bli sett, respektert og støttet. Forholdet styrkes når du opptrer faglig solid, forutsigbart og i konkrete handlinger viser at du er til å stole på. Ved å være barnets / ungdommens talspersonoverfor tjenestenettverket, kan også alliansen og samarbeidet styrkes. Alle relasjoner er dynamiske og endres kontinuerlig. Du må ha som mål å opprettholde samarbeidet med barnet / ungdommen også i vanskelige perioder. Kontinuitet er viktig for å lykkes.

Relasjonen til foreldrene er like viktig!

De samme prinsippene for relasjonsbygging gjelder også ovenfor foreldrene. Disse kjenner sitt barn bedre enn noen andre, har ofte fungert som koordinatører i lang tid og er som regel barnet / ungdommens viktigste ressurs! Spill på lag med foreldrene!

Relasjon til tiltaksnettverket

For å sikre samhandlingen med tiltaksnettverket må du gjøre deg kjent med det. Du må i tillegg ta kontakt med de fagpersonene som yter hjelp til din bruker, informere om at du er koordinator, og be om å bli informert og tatt med på råd dersom de gjør endringer i tilbudet til brukeren.

Taushetsplikten

Kommunikasjon og samhandling mellom deg og samarbeidspartnerne vil i praksis alltid skje med informert samtykke. Likevel er det viktig å begrense opplysninger om familien til det som er nødvendig for at samarbeidspartnere skal kunne utføre sine oppgaver.

4.3. Kartlegging

I kartleggingsfasen skal du samle tilstrekkelig informasjon for å kunne gjøre en helhetlig vurdering av barnet / ungdommens situasjon, mål, ressurser og behov. Gjennom lek, samtaler og andre former for positiv kontakt kan du få kunnskap om barnets / ungdommens personlige ressurser, nåværende situasjon og ønsker og behov på ulike områder.

Forskning har vist at mange individuelle planer for barn har et ensidig fokus på skolesituasjonen. Hjem og fritid er ofte fraværende. Også sosiale relasjoner er det for lite fokus på, samt forhold knyttet til indre relasjoner; dvs trygghet, selvfølelse, selvbilde mv. Det er viktig å fokusere på hele livet til barnet / ungdommen (Lorentsen og Berge, 2006). Man har også sett betydningen av å ta utgangspunkt i det som oppleves meningsfylt og lystbetonet, framfor funksjonsnedsettelse, problemer og behov (Lorentsen og Berge 2006, Bakke 2005)):

Opplysningene kommer ofte i stor grad fra foreldrene, spesielt når barnet / ungdommen har lite språk og situasjonsforståelse. Ofte er det nødvendig med tilleggsinformasjon fra andre hjelpere. Med informert samtykke fra foreldrene kan du skaffe opplysninger fra for eksempel lege eller sykehus.

Avklare mål

I samarbeid med familien kan du få fram deres mål og ønsker for barnet / ungdommen på viktige livsområder. Foreldrene ivaretar denne funksjonen i større eller mindre grad, avhengig av barnet alder og modenhet. Å oppmuntre familien til å sette ord på sine ønsker og mål, styrker deres håp, engasjement og medvirkning. For at planen skal ha noen verdi for dem er det viktig at det er deres egne mål, og at du ikke lar deg friste til å formulere mål på vegne av dem. Det kan være vanskelig å forholde seg til at familiene er uklare eller at motivasjonen hos barnet / ungdommen er svingende, men tålmodighet er en viktig egenskap for en koordinator. Dette er en bevisstgjøringsprosess for familien som kan ta lang tid, men som er avgjørende for å lykkes i den videre oppfølgingen.

Kartlegging av behov for tiltak

I samarbeid med familien skal du avklare aktuelle behov og hva det haster mest å ta fatt i.

Opprettelse av ansvarsgruppe?

Hvis barnet / ungdommen har behov for tiltak fra mange ulike nivåer og etater, kan familien og koordinator sammen beslutte å opprette en ansvarsgruppe.

4.4. Vurdering

Vurderingen skal baseres på realistiske målsettinger og muligheter. Gjennom kartleggingsfasen har du fått grunnlag for å gjøre en helhetsvurdering sammen med familien. Denne bør i tillegg til vurdering av kartlagt situasjon og forhistorie, ressurser, mål og behov for tjenester, også ta hensyn til tilgjengelige muligheter og ressurser i tiltaksnettverket. Tar du deg tid til en slik helhetsvurdering, og undersøker hva familien

synes det er viktigst å starte med, vil det øke sjansene for at de tiltak som settes i verk blir vellykkede.

4.5. Valg av strategi

Alice til Katten: ”Vil du være så snill å si meg hvilken vei jeg burde gå for å komme bort herifra?” ”Det avhenger i høy grad av hvor du ønsker å komme hei sa Katten ”Det er ikke så nøye - ” sa Alice. ”Så er det ikke så nøye hvor du går heller” sa Katten. ”Bare jeg kommer *noensteds* hen” sa Alice som en slags forklaring. ”Å, *der* kommer du sikkert ” sa katten. ”Bare du går lenge nok” (Fra Alice’s Adventures in Wonderland av Lewis Carrol)

Strategi betyr ”Framgangsmåte for å nå et mål.” Når du gjennom de forutgående fasene i handlingsprogrammet i samarbeid med familien har kommet fram til forslag om hva som bør gjøres, bør også konsekvensene av de ulike valg komme fram. Ut fra helhetsvurderingen blir det enklere å velge en riktig strategi.

Strategien er en dynamisk prosess !

For å lykkes med strategiarbeidet er det viktig å innse at dette er en prosess som skal samle og motivere alle involverte til å arbeide mot de samme mål. Vi foreslår at du i strategiprosessen (gjern i ansvarsgruppa) legger opp til en løsningsfokusert og aksepterende prosess. Ved å ha fokus på de beste situasjonene familien tidligere har erfart og hva de har lyktes med, kan dere bygge videre på dette når strategien utformes.

Barn og unges situasjon og behov er preget av endring og utvikling. Det er viktig at strategiprosessen tar høyde for dette, og at det jevnlig blir foretatt revisjon av strategi i takt med barnets / ungdommens behov og utvikling.

4.6. Planlegging

Du skal sammen med familien lage en individuell plan for oppfølgingen, dersom de samtykker til dette. Planen er et virkemiddel for å få til koordineringen. Den individuelle planen er ikke noe mål i seg selv og veilederen for individuell plan beskriver den som et ”underveis produkt”. Den skal være dynamisk og gjenstand for jevnlig endring. På denne måten vil den bidra til å sikre at det samlede tjenestetilbudet framsår som helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset.

Den individuelle planen er familiens plan – ikke tjenesteutøvers. Jo mer ansvarlige og delaktige de er i planprosessen, jo bedre er mulighetene for å lykkes med målsettingene. Planen er en del av barnets / ungdommens journal, og er underlagt Forskrift om Pasientjournal. Forskriften regulerer helsepersonells dokumentasjonsplikt, herunder hvordan journalen skal føres og oppbevares, og hvilke opplysninger som skal stå i den. I § 8 nevnes 19 konkrete punkter, alt fra navn til pasientens pårørende og opplysninger om pågående behandling, til hvilken informasjon som er gitt og om pasienten har fått utarbeidet individuell plan. I tillegg til å være et krav fra myndighetene i forhold til hvordan pasientjournaler skal føres, er forskrifte et godt hjelpemiddel i det daglige arbeidet når det gjelder å sikre opplysninger i forhold til den enkelte pasient. (Kan det være klokt å

si litt mer om dette punktet – trekke ut det i forskriften som er aktuelt for koordinatorene. Regner med forskriften er ukjent for mange av de som er målgruppe for dette programmet)

Noen barn/unge kan ha behov for en plan for tiltak ved kriser eller forverring av symptomer. Denne planen bygger på kunnskap om hvordan tidligere kriser har utviklet seg, og hva som har bidratt til å forhindre dem. En slik beredskapsplan er del av kommunens mal for individuell plan.

4.7. Koordinering

Arbeidet i denne fasen baseres på de faste avtalene du har med familien, og på møtene i en eventuell ansvarsgruppe eller med deler av tjenestenettverket. Innholdet i møtene med familien tilpasses den enkeltes situasjon og behov. Ofte dreier de seg om hvordan hjelpetilbudet oppleves, hva som fungerer godt og hva som mangler/ må bli bedre. For familien er samtalene en mulighet til å oppsummere tanker og erfaringer. Den jevnlige kontakten med deg får på denne måten stor betydning gjennom opplevelsen av personlig støtte og mulighetene for egen refleksjon og læring.

Ofte er det best å møtes på barnets/ ungdommens arena, i barnehagen / skolen eller hjemme. Det er viktig at du blir kjent med din brukers hjem og nærmiljø, hvordan hun eller han fungerer der, for å skape et godt forhold til familien og for å få kunnskaper om hva de har behov for.

4.8. Evaluering

På avtalte tidspunkter bør du sammen med familien og de andre i tjenestenettverket møtes for å oppsummere erfaringene: Hva har skjedd siden sist? Hva har vi fått til? Hva fikk vi ikke til? Må målene justeres? Hva må endres? Dersom det er opprettet en ansvarsgruppe, bør evalueringen gjøres der. I evaluering er det viktig å løfte fram og forstørre det som har vært positivt, da det negative har lett for å få stor plass. Ros og positive tilbakemeldinger virker motiverende for oss alle.

Ut fra evalueringen blir nødvendige endringer foretatt i samarbeid med familien. Planen endres i forhold til dette, og alle involverte i tjenestenettverket får informasjon om eventuelle endringer.

Som et ledd i dette prosjektet vil du fylle ut en evalueringsprotokoll som vil gi deg og familien et godt grunnlag for å vurdere hvordan koordineringsarbeidet fungerer.

Etter at tjenestetilbudet til familien er godt koordinert, kan det komme et tidspunkt der de ikke lenger har behov for koordinator og dette bør også drøftes under evalueringen.

5.0. utfordringer i koordinatorarbeidet

Erfaringsmessig vil du i ditt samarbeid med familien ofte møte utfordringer og hindringer i arbeidet. Det forholdet du har bygget opp til familien vil da være viktig og kan være en kilde til læring og utvikling både for familien og deg. Motgang og konflikt kan være viktige byggesteiner for ønsket vekst og utvikling. Når motgang kommer er det lett å tenke at det skyldes din manglende erfaring eller kompetanse, samarbeidspartners udyktighet eller familiens problemer. Klarer du å skifte fokus fra enkeltpersoner til forholdet mellom personene, er det ofte lettere å finne konstruktive løsninger. I slike situasjoner er det viktig å drøfte problemene med din veileder. Dersom du likevel ikke finner noen utvei, er det riktig at du melder fra om dette til din leder. Man kan oppnå mye ved hjelp av koordinering, men ikke utføre mirakler!

Det kan oppstå situasjoner preget av uenighet mellom tjenesteutøverne og foreldrene om barnets behov og hva som er til barnets beste. Foreldre kan også være innbyrdes uenige om dette, og i begge situasjoner kan du som koordinator komme i en utsatt og klemmt posisjon mellom motstridende interesser og posisjoner. Da er det viktig at du på et tidlig tidspunkt involverer din leder i problemstillingen. Slike situasjoner kan du også ta opp i din veiledningsgruppe.

Sviktende samhandling med andre deler av tjenestenettverket

Tjenesteytere plikter å samarbeide om oppfølging av barnet / ungdommen. Til tross for dette, kan samhandlingen i tjenestenettverket fungere dårlig i perioder. Dette kan vise seg i form av manglende kommunikasjon, eller ved at opplegg blir endret uten at du som koordinator blir tatt med på råd. Da er det viktig å ta dette opp med dem det gjelder og eventuelt si fra om dette til din leder. Det er viktig at dialogen opprettholdes og at du foreslår tiltak som kan styrke samhandlingen. En godt fungerende ansvarsgruppe kan motvirke dette problemet. God og tydelig informasjon til barnets / ungdommens andre kontakter i tjenestenettverket om din rolle som koordinator, vil også forebygge dette.

Manglende forankring i ledelsen

En del barn og unge har så komplisert problematikk at det stiller spesielle krav til for eksempel tidsbruk eller veiledning. Det er kommunens rolle og plikt å prioritere at disse får en individuell plan som koordinerer tilbudet deres. Dersom dette ikke blir forstått og fulgt opp av din leder, kan oppgaven bli umulig å gjennomføre. Kommunen har en egen tilrettelegger som du kan kontakte hvis du opplever dette.

Mangel på ressurser i tjenestenettverket

Manglende ressurser eller kompetanse kan føre til at barnet / ungdommen ikke tilbys de nødvendige hjelpetilbudene. Det blir da en utfordring for deg å utnytte eksisterende muligheter gjennom oppfinnsomhet og improvisasjon. Samtidig må ledelsen bli gjort oppmerksom på manglene i tjenestetilbudet.

Rollekonflikter

Som oftest vil du i tillegg til din rolle som koordinator også utføre fagspesifikke oppgaver. Dette fører til at du får flere roller overfor barnet / ungdommen. Som koordinator er du for

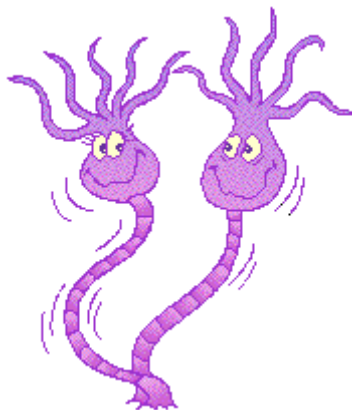
eksempel støttespiller, talsmann eller motivator. I det fagspesifikke arbeidet kan rollen være behandler, arbeidsleder, pedagog, avlaster med mer. Noen ganger kan slike dobbeltroller bli problematiske, både for familien og koordinator. For eksempel kan det være vanskelig å forene innholdet i rollene som arbeidsleder og støttespiller.

Fig 4: Koordinator og fagutøver, en person og to roller

Koordinatoroppgaver

(NB! Noen av disse utføres i samarbeid med en evt.ansvarsgruppe!)

- Etablere relasjon til barnet/den unge og tjenestenettverket.
- Støtte og motivere.
- Avklare barnet/den unges situasjon.
- Kartlegge mål, ressurser og behov for tiltak.
- Lage individuell plan.
- Iverksette og evaluere gjennomføringen av planen.
- Sikre kontinuitet i oppfølgingen.



Fagspesifikke oppgaver

- Tilpasset opplæring
- Behandling
- Familiearbeid
- Avlastning
- Ergoterapi
- Fysioterapi
- Arbeidstrening
- Opplæring
- Sosialrådgivning
- Omsorgsarbeid
- Kultur/fritidsarbeid med mer

Rollekonflikter kan også oppstå dersom en av foreldrene har behov for og ønsker hjelp for egne problemer av deg, eller når det er alvorlige konflikter i familien. Dersom du blir stående alene med slike utfordringer, kan du komme i en vanskelig situasjon. Problemet kan motvirkes ved at familiemedlemmenes behov fordeles på flere hjelpere. Du som barnets / ungdommens koordinator bør ta ansvaret for å følge opp vedkommendes interesser, mens andre hjelpere får i oppgave å ta vare på de øvrige familiemedlemmenes behov. I slike tilfeller er det viktig med god informasjon og samarbeid mellom de ulike hjelperne.

Veiledning vil som regel være til god hjelp når man må fylle flere roller i forhold til barnet / ungdommen. Det er videre viktig at din rolle og dine oppgaver som koordinator oppfattes likt av familien, de andre i tjenestenettverket og deg selv. Dette krever et vedvarende informasjonsarbeid på mange nivåer i kommunen. Du som koordinator bør prøve å informere i egen virksomhet om koordineringsarbeidet.

Koordinering blir oppfattet som erstatning for andre tiltak

Både omgivelsene og familien kan forvente mer enn det er mulig for deg å innfri. Dette kan forebygges ved at du er tydelig på din rolle og funksjon både overfor familien og ovenfor ansvarsgruppen / andre samarbeidspartnere. Det er viktig at du som koordinator ikke tar på deg oppgaver utenfor ditt kompetanseområde, men fordeler disse til rett sted i tjenestenettverket. Er du i tvil her, ta dette opp med din leder eller veileder.

Målsettinger blir ikke innfridd

Oppfølgingen kan gå i stå fordi familien blir skuffet over mangel på framgang og resultater. Årsaken kan være en urealistisk strategi eller målsetting, eller at dere har oversett små, men viktige positive endringer i barnet / ungdommens situasjon. Konkrete oppnåelige delmål vil motvirke noe av dette problemet. Det er også viktig at du ser vedkommendes hjelpebehov, ønsker og mål i sammenheng med mulighetene og begrensningene i det lokale tjenestenettverket. Da unngår man unødvendige skuffelser og frustrasjoner hos både bruker og tjenesteyter.

Samtidig er det en smertefull - men også viktig - innsikt at man ikke kan hjelpe alle med alt. En viktig erfaring over mange år er at denne type endringsarbeid tar lang tid og krever tålmodighet.

Koordineringen blir styrt av kriser

Tilbakefall av symptomer eller funksjonssvikt hos barnet / ungdommen kan føre til at dere forlater planene for oppfølgingen. I verste fall oppstår en svingdørssituasjon, der oppmerksomheten og ressursene rettes mot kriser og akutte episoder, mens den langsiktige oppfølgingen forsømmes. En egen beredskapsplan for å forebygge kriser vil bidra til å løse dette problemet.

Manglende interesse og engasjement hos barnet, ungdommen eller foreldrene

Noen barn / unge følger ikke opp det tilbudet de får. Det kan skyldes at tilbudet ikke oppleves som relevant eller at alliansen med koordinator er for svak. Hos noen barn / unge kan det ta lang tid å etablere en god arbeidsallianse, enten det skyldes at de ikke vil eller ikke klarer å samarbeide. Alliansebygging blir da en hovedoppgave, som kan kreve veiledning. Lykkes man fortsatt ikke å få oppfølgingen i gjenge, kan det være aktuelt å overføre ansvaret til en annen koordinator.

Koordinering som oppskrift eller kunststykke

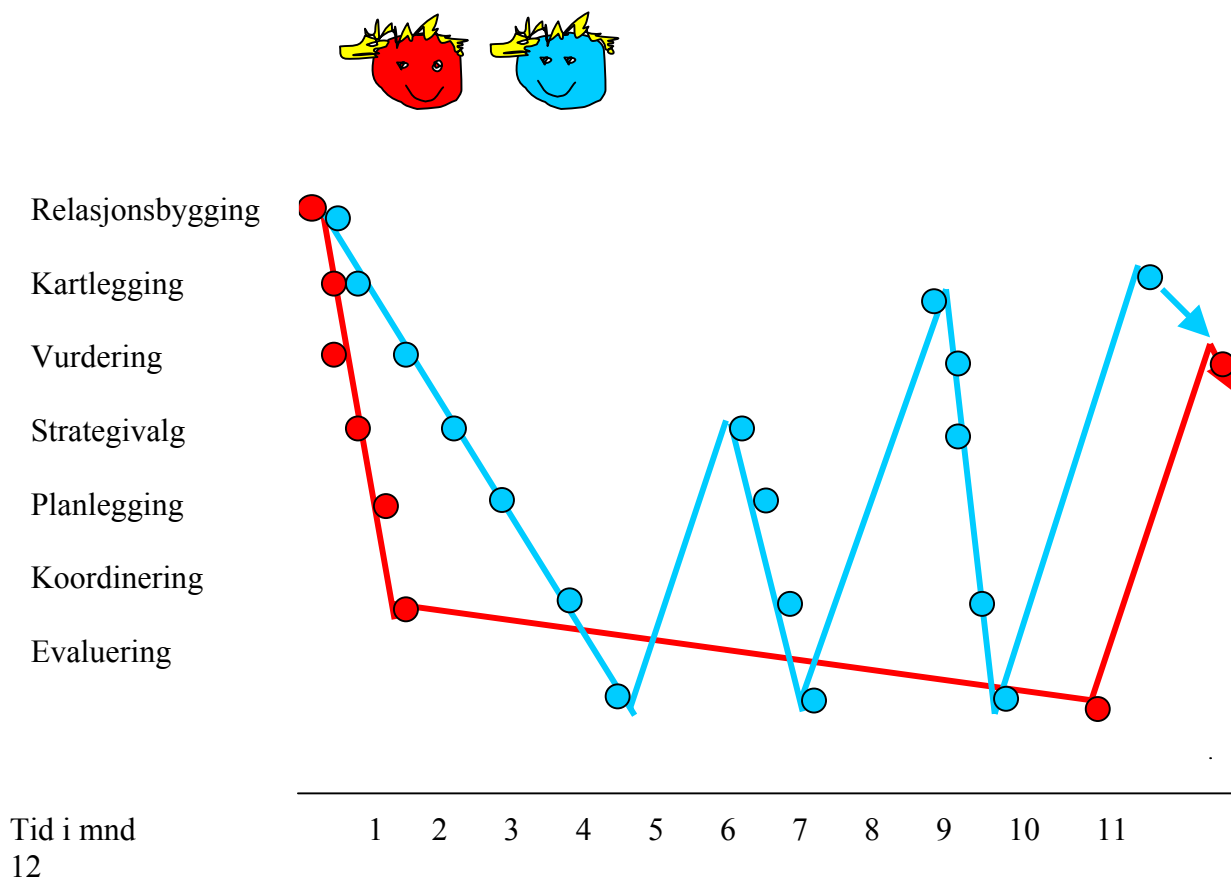
I arbeid med mennesker finnes det ingen enkle oppskrifter. Vi oppfordrer deg til å reflektere kritisk over handlingsprogrammet, og komme med innspill i veiledningsgruppen og på erfaringsseminarene. På denne måten får du muligheten til både å integrere arbeidsmodellen i din egen praksis og samtidig bidra til å videreutvikle den.

Oppfølging av barn/unge med sammensatte tjenestebehov kan sammenlignes med prosjektarbeid. Hver enkelt representerer "sitt eget prosjekt", der innholdet varierer med den enkeltes personlige mål og livssituasjon. Til tross for store individuelle forskjeller vil du oppleve at oppfølgingen inneholder de samme fasene. I praksis vil fasene ofte overlappe hverandre. Av og til må noen av dem gjentas underveis, for eksempel når barnets / ungdommens situasjon har endret seg, eller når det er gjennomført tiltak som ikke har ført til forventet resultat.

Relasjonen til familien er avgjørende og utvikling av denne kan være en tidkrevende prosess. Dersom en går for fort fram, kan koordineringsarbeidet bli en papirøvelse i stedet for et virksomt verktøy i hverdagen. Arbeidsprosessene for ulike barn kan av mange

grunner ha høyst forskjelling forløp, både med hensyn til tempo og til vektlegging av de ulike fasene i prosessen slik det er vist i figur 5.

Figur 5: Eksempel på ulike koordineringsforløp for to barn.



Figuren illustrerer koordineringsarbeidet for to barn. For det ene blir situasjonen relativt raskt kartlagt, vurdert, planlagt og gjennomført, og resultatene blir evaluert etter ca. ett år. For det andre velges et langsommere tempo, blant annet for å få barnet og foreldrene delaktig i alle fasene. Her evaluerer man jevnlig i koordineringsfasen om oppfølgingen går etter planen eller om den må justeres. Det har vært nødvendig å gå noen trinn tilbake i prosessen for å gjøre en ny kartlegging og vurdering av tiltak, for så å justere planene.

Gjennom ditt arbeid som koordinator vil du etter hvert opparbeide en ledighet i forhold til handlingsprogrammet. Denne kan sammenliknes med en pianists forhold til noter. Han starter med å lære seg skalaen, men når den er integrert, kan han frigjøre seg fra den og skape levende musikk. Vi har møtt mange koordinatører som skaper levende musikk med sine brukere og vi ønsker deg lykke til med dette spennende arbeidet. Det kan forbedre brukernes liv radikalt - til stor glede for alle involverte .

Anbefalt litteratur

Gjørsum, Grøholt & Sommerschild, *Mestring som mulighet*, Universitetsforlaget 2003

Mona Sandbæk, Barn og foreldre som sosiale aktører i møte med hjelpetjenester, NOVA rapport 14/02

Jesper Juul, Ditt kompetente barn, Pedagogisk forum 1996

R. Hafstad & H. Øvreeide, Foreldrebasert arbeid med barn, NOVA rapport 14/02

Berit Løfsnes, Bestemme selv? Familieråd som metode i praktisk arbeid, Gyldendal Akademisk 2002

E. Dønnestad, M. Sanner; KreAktiv, Kommunikasjonsøvelser for å la ulike grupper barn & unge medvirke, Redd Barnas Rettighetscenter 2002

J. Lundstøl (red): I dannelsens tegn. Profesjonell selvforståelse i arbeid med mennesker, Gyldendal Norsk Forlag 2002

T. Waaktaar, H.J. Christie: Styrk sterke sider, Håndbok i resilience grupper for barn med psykososiale belastninger, Kommuneforlaget 2000

Henvisninger

Loretsen, Øyvind og Berge, Alf Reidar: *Individuelle planer- Brukernes erfaringer og opplevelser. En undersøkelse av brukernes egne erfaringer og synspunkter*, Rehab-Nor, februar 2006.

Trefjord, Steinar og Hatling, Trond: *Erfaringer fra arbeid med individuell plan ved bruk av verktøyet Individuell plan psykisk helse (IPPH)*. SINTEF Helse 2004.

Sosial- og helsedirektoratet: *Individuell plan 2005 Veileder til forskrift om individuell plan*, Veileder 15 – 1253.

Sosial- og helsedirektoratet: *...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*, Veileder 15-1162 (2005).

FOR 2000-12-21 nr 1385: *Forskrift om pasientjournal*.

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

Bull, Helen: *Hun sa det var best. Brukernes erfaring med medvirkning i individuelle planer*, Hovedfagsoppgave i helsefag, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Det medisinske fakultetet, UiO, 2006.

Bakke, Toril: *Individuell plan som lynavleder, krykke og en bunke med selvfølgeligheter. En kvalitativ studie av hvordan det oppleves for personer med alvorlige psykiske lidelser å delta i utarbeidelsen av sin egen individuelle plan. Masteroppgave i helsevitenskap, NTNU, Trondheim, 2005.*

Nyttige nettsteder

www.gruk.no Her kan du lese mer om Koordinering av psykososialt arbeid (KPA)

www.shdir.no Her kan du laste ned den nye nasjonale strategien for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenestene *...og bedre skal det bli!* og Veileder til forskrift om individuell plan. Du kan også lese om pasientrettigheter.

www.odin.no Her kan du laste ned ulike lover.