

# Koordinering av psykososialt arbeid

Erfaringer og resultater fra Jessheimklinikken og  
5 tilhørende kommuner

Prosjektnavn:  
Koordinering av psykososialt arbeid  
Erfaringer og resultater fra Jessheimklinikken og 5 tilhørende kommuner

Oppdragsgiver:  
Jessheimklinikken

Prosjektperiode:  
Januar 2001– Juni 2002

Prosjektleder / forfatter:  
Anne Marte B. Evenstad  
Prosjektmedarbeider:  
Helga Karlsen  
Stiftelsen GRUK  
Nedre Hjellegate 1  
3724 Skien

Tlf. 35 58 40 40

[firmapost@gruk.no](mailto:firmapost@gruk.no)

Rapporten kan lastes ned fra internett: [www.gruk.no](http://www.gruk.no)

## Sammendrag

5 kommuner på Øvre Romerike og Jessheimklinikken besluttet å innføre en ressursbasert case management modell kalt *Koordinering av psykososialt arbeid (KPA)*. Målet var å bedre oppfølgingen av brukere med psykiske funksjonshemninger og langvarige og sammensatte hjelpebehov.

33 brukere fikk i utgangspunktet tildelt hver sin personlig koordinator som skulle følge dem opp i tjenestenettverket. Koordinatorene fikk opplæring og veiledning i modellen gjennom å delta i tverrfaglige veiledningsgrupper med 6-8 koordinatorene. Veiledningsgruppene møttes 1 1/2 time hver 14. dag i ca ett år. Her fikk koordinatorene metodeveiledning på oppfølgingen av sin bruker i tråd med et skriftlig handlingsprogram. Som ledd i opplæringen, og for å kvalitetsvurdere arbeidet, lærte koordinatorene å måle sin egen arbeidsprosess og effekten av denne for brukerne.

Veilederne kom fra Jessheimklinikken og Ahus, avd. Lurud og fikk opplæring i KPA og i metodeveiledning.

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

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

Koordinatorene har lært å arbeide etter KPA modellen, selv om arbeidsprosessen ikke er sluttført for alle koordinatorene etter 12 måneder. Koordinatorene er godt fornøyd med veiledningen, selv om de ønsker enda større vekt på metodeveiledning. Veilederne opplever å bli bedre kjent med kommunens medarbeidere og forteller at samarbeidet har blitt bedre.

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

## Innhold

<i>1.0. Innledning</i> .....	1
1.1 Bakgrunn for prosjektet .....	1
1.2 Målsetting .....	1
<i>2.0. Forutsetninger for god oppfølging av brukerne</i> .....	1
2.1 Egnert fagmodell .....	1
2.2 Opplæring av medarbeidere .....	2
2.3 Organisatorisk forankring og samarbeide mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten .....	2
<i>3.0 Metode</i> .....	3
<i>4.0. Gjennomføring av prosjektet</i> .....	3
4.1 Prosjektorganisering .....	3
4.2 Valg av brukere og koordinatore .....	4
4.3 Gjennomføring av læringsnettverket .....	4
4.4 Tidsbruk .....	6
<i>5.0 Resultater</i> .....	6
5.1 Resultater fra evalueringsprotokollene.....	6
5.1.1 Koordinatorene og deres yrkesbakgrunn .....	7
5.1.2 Problemer hos brukerne .....	7
5.1.3 Tidsbruk for koordinatorene .....	8
5.1.4 Brukernes nettverk.....	8
5.1.5 Programoppyfyllelse.....	9
5.1.6 Behovsdekning .....	10
5.1.7 Brukertilfredshet .....	10
5.2. Veiledningen .....	11
5.2.1 Veilederne.....	11
5.2.2 Evaluering av veiledningsgruppene.....	12
<i>6.0 Erfaringer fra kommunene</i> .....	15
6.1 Organisatorisk forankring og tilretteleggers rolle.....	15
6.1.1 Erfaringer fra tilretteleggere: .....	16
6.1.2 Erfaringer fra koordinatore .....	17
6.2 Erfaringer fra veiledningsgruppene .....	18
6.3. Hvordan virket KPA i praksis? .....	19
6.3.1 Eksempler på erfaringer fra brukere .....	19
6.3.2. Eksempler på erfaringer fra koordinatore .....	20
<i>7.0. Erfaringer fra Jessheimklinikken</i> .....	24
7.1. Erfaring fra tilrettelegger .....	24
7.2. Erfaringer fra veilederne .....	24
<i>8.0 Videreføring av KPA</i> .....	25
<i>9.0 Konklusjon og anbefalinger</i> .....	25
<i>Referanser</i> .....	27
<i>Vedlegg</i>	
1. Kartleggingsprotokoll for personlige koordinatore	
2. Evalueringsskjema for veiledningsgruppe	

## 1.0. Innledning

### 1.1 Bakgrunn for prosjektet

Jessheimklinikken er organisert som et DPS (Distriktpsikiatrisk senter) og består av 4 avdelinger; avdeling for voksenpsykiatri (VOP), avdeling for barne-og ungdomspsykiatri (BUP), avdeling for familievern og avdeling for rusmiddeltiltak (RUPO). I tillegg finnes en døgnavdeling, Elvestad med atten plasser. Av de fire allklinikkene i Akershus er Jessheimklinikken den minste, og har et opptaksområde på 70.000 mennesker og 6 kommuner: Hurdal, Eidsvoll, Nes, Ullensaker, Nannestad og Gjerdrum.

Fylkeslegen i Akershus foreslo våren 2000 at Jessheimklinikken og tilhørende kommuner skulle ta i bruk KPA-modellen. Jessheimklinikken ved direktøren valgte å gi tilslutning til Fylkeslegens forslag og inviterte dermed alle kommunene i Jessheimregionen til et felles informasjonsmøte våren 2000 om modellen og mulighet for prosjektsamarbeid. DPS så på prosjektet som en mulighet for å gi målgruppen et optimalt tilbud, men også imøtekomme kommunenes behov for veiledning.

KPA lå nært opp til måten å jobbe på i flere av kommunene. Ansvarsgrupper var bla. kjent som metode i flere av kommunene. Metoden representerte en systematisk måte å jobbe på og inkluderte flere faggrupper. I tillegg fikk medarbeiderne tilbud om veiledning fra 2.linjen.

Samtlige kommuner, bortsett fra Hurdal besluttet å delta i prosjektet

### 1.2 Målsetting

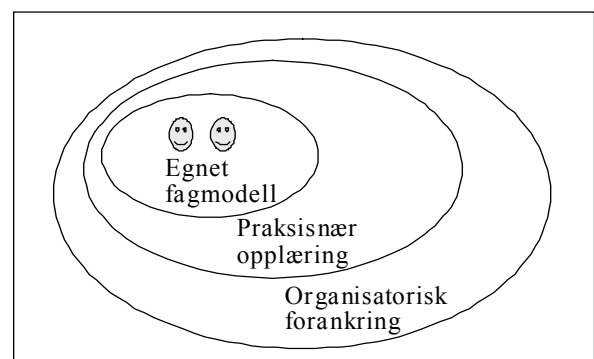
Hovedmål har vært å bedre oppfølgingen av brukere med psykiske funksjonshindringer ut fra deres behov og medvirkning. Delmål har vært utprøving av KPA som arbeidsmetode for oppfølging av brukerne.

## 2.0. Forutsetninger for god oppfølging av brukerne

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

### 2.1 Egnert fagmodell

Dersom brukerne ble fulgt opp etter samme metode i hele tjenestenettverket ville situasjonen for brukerne endres dramatisk. Slik det er i dag blir brukere fulgt opp forskjellig når de har kontakt med forskjellige tjenester som for eksempel sosialkontor, hjemmesykepleien, DPS og psykiatriske sengeposter. Stiftelsen GRUK har utviklet en ressursbasert case management modell tilpasset norske forhold. Denne kalles koordinering av psykososialt arbeid (KPA) og er beskrevet i et veiledningshefte utgitt av



Figur 1. Forutsetning for god oppfølging

Statens helsetilsyn i 2000 (1). Utgangspunktet for oppfølgingen er at hver bruker får oppnevnt en personlig koordinator i kommunen som skal følge opp brukeren.

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

## 2.2 Opplæring av medarbeidere

Utsending av handlingsprogrammer og kurs endrer i liten grad medarbeideres arbeidsmåte. Løpende tilbakemelding på eget arbeid og refleksjon i kollegagrupper gir derimot endringer (2). Opplæring av koordinatore har derfor skjedd i tverrfaglige veiledningsgrupper med 6-8 deltakere fra forskjellige etater i kommunene. Disse har fått praksisnær opplæring og veiledning i KPA modellen av veiledere fra Jessheimklinikken og A-hus, avd. Lurud.

Veiledningen har primært dreid seg om metodeveiledning, men det har også vært gitt psykiatrifaglig veiledning etter behov.

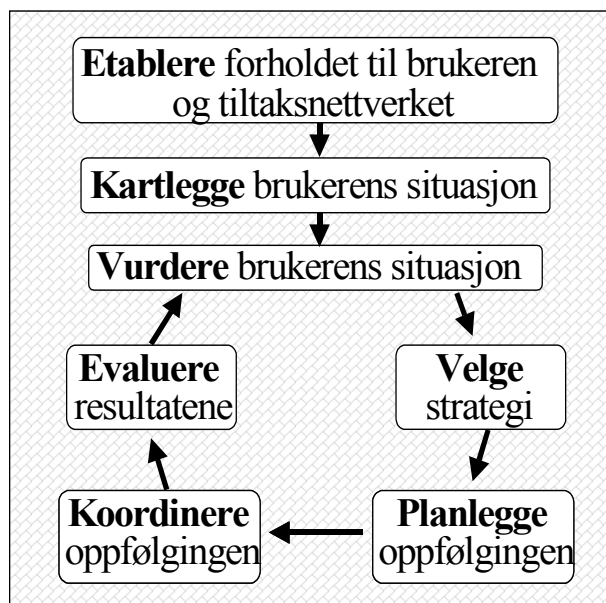
Som et viktig ledd i opplæringen lærte koordinatorene å måle sin egen arbeidsprosess og resultatet av denne for brukeren. Som måleverktøy ble det brukt en evalueringsprotokoll som koordinatorene fylte ut etter to og ti måneders arbeid med brukerne (se Vedlegg 1). Gjennom måling av hvor langt de var kommet i gjennomføringen av KPA (programoppfyllelse), ble det tydelig hvilken del av arbeidsprosessen de trengte å få veiledning på.

Forut for oppstart av gruppene fikk veilederne opplæring i metodeveiledning, samt innføring i KPA på et todagers opplæringsseminar før veiledningen startet. De deltok videre på et dagsseminar med videre opplæring hver 3. måned og fikk veiledning på veiledningen mellom seminarene fra tilrettelegger i 2.linjen.

## 2.3 Organisatorisk forankring og samarbeide mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten

Vellykket innføring av KPA er avhengig av full støtte fra ledere og mellomledere i de deltakende organisasjoner. All erfaring viser at forbedringsarbeid fort dør ut dersom det ikke er skikkelig forankret i ledelsen av de aktuelle delene av organisasjonen. I beste fall blir det gjerne oppstykket eller tilfeldig så lenge det varer.

Den organisatoriske forankringen må sikres av den øverste ansvarlig ledelsen. I kommunen bør forankringen skje på rådmannsnivå fordi KPA er sektorovergripende. I spesialisthelsetjenesten bør forankringen skje i øverste administrative og faglige ledelse.



Figur 2. Arbeidsgangen i koordineringen

Forankringen handler om å sikre de grunnleggende betingelsene for et effektivt forbedringsarbeid. For det første dreier det seg om å informere medarbeiderne om behov og målsetting, slik at de forstår betydningen av sin deltakelse i forbedringsarbeidet. For det andre må medarbeiderne sikres tilstrekkelige rammebetingelser for dette arbeidet. For det tredje må ledelsen vise vilje til å gjennomføre de forbedringstiltakene som viser seg nødvendige for å heve eller sikre kvaliteten på tjenestene.

### **3.0 Metode**

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

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

Erfaringsseminarene hver 3. måned gav tilretteleggere og veiledere anledning til å legge fram sine erfaringer og problemer, og til å lære av hverandre. Tilbakemeldinger til tilretteleggerne ble gitt videre på systemnivå, slik at mellomledere og ledere fikk tilstrekkelig informasjon for å sikre nødvendige rammebetingelser for KPA i tjenestenettverket.

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

## **4.0. Gjennomføring av prosjektet**

### **4.1 Prosjektorganisering**

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

Det ble opprettet en tilrettelegger i Jessheimklinikken som var psykiatrisk sykepleier. Hun var ansvarlig for rekrutteringen av veiledere og oppfølgingen av disse. Hun hadde også som oppgave å informere egen organisasjon og ivareta kontakten mellom kommunene, DPS og GRUK.

Det ble også oppnevnt en tilrettelegger i hver kommune. Et par av kommunene oppnevnte to personer for å ivareta kontinuiteten. En av tilretteleggerne var sjef-fysioterapeut, ansatt i ergo/fysioterapiavdelingen. De andre var psykiatriske sykepleiere ansatt i psykiatritjenesten/psykiatriavdelingen/psykisk helsevern. Disse hadde ansvar for å informere egen organisasjon og sørge for rekruttering av brukere og koordinatorene.

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

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

#### **4.2 Valg av brukere og koordinatorene**

Utvelgelsen av brukere og koordinatorene ble som oftest gjort av mellomledere sammen med tilretteleggerne i kommunen.

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

Andre kommuner rekrutterte brukerne først, og valgte ut de ”tyngste” som hadde store og omfattende behov. Ofte valgte man koordinatorene som tidligere hadde vært primærkontakt for brukerne.

#### **4.3 Gjennomføring av læringsnettverket**

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

Hovedaktivitetene i prosjektet er vist i tabell 1.



*Tabell 1. Plan for læringsnettverket*

<b>Fase</b>	<b>Måned</b>	<b>Aktivitet</b>	<b>Deltakere</b>
Etablering	Juni 2000	Orienteringsseminar (1/2 dag)	Linjedere i 1. og 2.linjen, bruker-og pårørenderepresentanter
	Juli/aug 2000	Vedtak om å starte. Oppnevning av tilretteleggere og veiledere	Ledere i 1. og 2.linjen
	Jan. 2001	Orienteringsmøte for tilretteleggere	Tilretteleggere i 1. og 2.linjen
	Mars 2001	Opplæringsseminar (2 dager)	Ledere, tilretteleggere og veiledere
Gjennomføring	April 2001	Startkonferanser i hver kommune (1/2 dag)	Ledere, medarbeidere, bruker- og pårørende-representanter, politikere, berørte instanser som politi, A-etat, trygdekontor, skole, med flere
	Mai 2001	Veiledningsgruppene kom i gang	Personlige koordinatore og veiledere. Nødvendig praktisk støtte fra tilretteleggere
	Juni 2001	1. erfaringsseminar (1 dag)	Tilretteleggere og veiledere
	Okt. 2001	2. erfaringsseminar (1 dag)	Tilretteleggere og veiledere
	Mars 2002	3. erfaringsseminar (1 dag)	Tilrettelegger og veiledere
Avslutning	April/mai 2002	Erfaringskonferanser i hver kommune (1/2 dag)	Ledere 1 og 2 linje, medarbeidere, bruker- og pårørende-representanter, politikere, berørte instanser som politi, A-etat, trygdekontor, skole, m.flere
	Juni 2002	Sluttkonferanse (1/2 dag)	Linjeledere 1. og 2.linje, bruker- og pårørende-representanter, alle tilretteleggere og veiledere

Utenom samlingene har prosjektleder fra GRUK hatt jevnlig kontakt med tilretteleggerne i kommunene og DPS. Hovedkontakten har vært tilrettelegger på DPS, som igjen har hatt kontakt med tilretteleggere i kommunene og veiledere fra psykiatrien. Hun har hatt jevnlig møter med veilederne i prosjektperioden.

GRUK oppfordret samtlige kommuner til å rekruttere koordinatore fra ulike deler av tjenestenettverket for å få en best mulig spredning av KPA-tenkningen og for å dra nytte av de ulike faggruppers kompetanse. Alle kommuner la vekt på dette.

De aller fleste kommunene hadde koordinatore og brukere på plass når oppstartskonferansen i kommunen ble avholdt. Det tok derfor ikke lang tid før koordinatorene kom i gang med arbeidsprosessen.

#### **4.4 Tidsbruk**

Arbeidet fra GRUK ble utført i tråd med kontrakten.

Tilretteleggers fra DPS har brukt ca 1 ½ dag pr uke. I tillegg til oppgavene som var beskrevet på forhånd fra GRUKs side, ble det arrangert et par samlinger for alle veilederne og en fagdag for alle koordinatorene der GRUK stod for det faglige innholdet. I tillegg til disse oppgavene tok tilrettelegger ansvar for å innkalle veilederne til faste veiledersamlinger.

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

- Tilretteleggerne i kommunene har brukt inntil ½ -1 dag i snitt per uke.
- Veilederne har brukt ca ½ dag annen hver uke til veiledning, forberedelse og reise. Videre har de deltatt på samlingene i nettverket og møter med tilrettelegger fra DPS, til sammen 7 dager. Totalt har det gått med ca 20 dager i prosjektperioden per veileder.
- Koordinatorene har brukt ca 50 min. ukentlig sammen med sin bruker. Vi har også målt tiden som går med til forberedelse, skrivarbeid og møter med samarbeidspartnere. Det utgjør ca 40 min per uke. Resultater fra andre læringsnettverk og fra liknende prosjekter fra Sverige har vist at det går ½ -3/4 time i uken til dette (3). I tillegg har de brukt 1 ½ time annenhver uke på veiledning. Total tidsbruk i prosjektet blir derfor ca 90 timer per koordinator. Den tiden de har brukt sammen med sin bruker, ville mange av koordinatorene brukt uavhengig av prosjektet, da de fleste koordinatorene er medarbeidere som følger opp brukere i sitt vanlige arbeid. Gjennom tidsbruken i prosjektet har de mottatt opplæring, veiledning og erfaring i KPA, samt i verktøy for måling av egen arbeidsprosess og for måling av brukertilfredshet.

## **5.0 Resultater**

### **5.1 Resultater fra evalueringsprotokollene**

Alle koordinatorene fylte ut en protokoll sammen med sin bruker 2 måneder etter oppstart av veiledningsgruppene. Den inneholdt en kartlegging av bruker, koordinator og hjelpenettverk for bruker, en sjekkliste for arbeidsgangen i KPA og et intervju med bruker om udekkede behov og brukertilfredshet.

En ny utfylling ble gjentatt etter 8 måneder. 5 av 33 protokoller ble ikke fullført; 3 koordinatorene ble sykemeldt 2 brukere flyttet til en annen kommune. Det gjensto da 28 brukere og koordinatorene der begge protokollene var ferdig utfylt, og hvor man kunne sammenlikne situasjonen etter 2 måneder og 10 måneder.

Materialet som her presenteres tar utgangspunkt i disse 28 brukerne og deres koordinatorene.

Evalueringsprotokollen er ment å være et prosessverktøy for koordinator og bruker i det videre arbeid. Den bør fylles ut en gang i året for å:

1. Evaluere brukerens tilfredshet med tjenestetilbudet
2. Evaluere hvor langt medarbeideren har kommet i gjennomføringen av oppfølgingen
3. Identifisere mangler i tjenestetilbudet til brukeren

### 5.1.1 Koordinatorene og deres yrkesbakgrunn

Koordinatorene ble valgt fra forskjellige etater i kommunen for å spre kunnskap om KPA, og for sikre at gruppene ble satt sammen tverrfaglig og tverretattlig. Erfaringer fra tidligere læringsnettverk har vist at dette øker læringsutbyttet i gruppene. Det fører også til bedret samarbeid mellom etatene i kommunene. Koordinatorene hadde koordineringsansvar for en bruker hver som de fikk veiledning på gjennom hele året. Dette ble gjort for å lette opplæring i arbeidsmodellen. Yrkesbakgrunn til koordinatorene er vist i tabell 2.

*Tabell 2 Yrkesbakgrunn til koordinatorene*

Psykiatriske hjelpepleiere	7
Hjelpepleiere	5
Ergoterapeuter	4
Sosionomer	3
Psykiatriske sykepleiere	2
Sykepleiere	2
Vernepleier	1
Aktivitør	1
Saksbehandler	1
Avd.leder for fritid og kultur	1
Boveiledere	1
<b>Sum</b>	<b>28</b>

### 5.1.2 Problemer hos brukerne

Målgruppen var brukere over 18 år med psykisk lidelse og behov for sammensatte og koordinerte tjenester.

Det var i alt 28 brukere som hadde koordinatør gjennom hele prosjektperioden, hvorav 13 kvinner og 15 menn. Gjennomsnittsalder var 43 år med spredning fra 21-75 år. De hadde i gjennomsnitt en sykdomsvarighet på 17 år med en spredning fra 2-40 år.

Tabell 3 viser oversikt over brukernes hovedproblemer.

*Tabell 3. Brukernes hovedproblemer*

Manisk depressiv psykose	3
Schizofreni	5
Annen psykose	3
Angst/depresjon	13
Personlighetsforstyrrelse	4
<b>Sum</b>	<b>28</b>
<b>Tilleggsproblemer:</b>	
Somatiske problemer	23
Rus	4
PU	2

Mange av brukerne har tilleggsproblemer i form av rus og en høy andel hadde til dels alvorlige somatiske sykdommer. Det dreide seg bl.a. om muskel og skjelettsykdommer,

hjerne- og karlidelser. Disse tilleggspå problemene forsterker behovet for koordinert oppfølging. Det er viktig å være klar over dette, fordi erfaringer viser at somatiske problemer ofte blir oversett hos de med psykiske lidelser.

### 5.1.3 Tidsbruk for koordinatorene

Den tiden som ble brukt sammen med brukerne etter 2 måneder var i gjennomsnitt 62 minutter per uke, med variasjoner mellom 30-90 min. Etter 10 måneders oppfølging av brukerne var gjennomsnittlig tidsbruk per uke 48 min. med samme variasjon som ved førstegangsmåling. Tidsbruken i andre KPA-nettverk ligger på gjennomsnittlig noe over 60 minutter etter 2 måneder og ca 50 minutter etter 10 måneder.

Koordinatorers øvrige tidsbruk (for eksempel telefoner, skrivearbeid, kontakt med tjenestenettverket) var etter to måneder 77 minutter med variasjoner mellom 10-360min. Etter 10 måneders veiledning har det gått ned til 42 minutter med variasjoner mellom 5-100 minutter. Her har det vært en klar reduksjon i antall minutter fra første til andre gangs måling.

Sammenlignet med andre nettverk ligger tidsbruken ved førstegangsmåling ca 20 minutter høyere i Jessheimnettverket. Ved andregangsmåling er tidsbruken omtrent den samme som i de andre nettverkene.

### 5.1.4 Brukernes nettverk

Antall hjelpere fra kommune og spesialisthelsetjeneste som brukerne hadde kontakt med ved start av veiledningen var 4,8 i snitt (hvorav 1,2 spesialisthelsetjenesten). Etter 10 måneder var antallet 4,6 i snitt (0,8 spesialisthelsetjenesten)

Antall hjelpere viser at man har valgt brukere med et omfattende hjelpebehov og behov for koordinering. Når man skal arbeide for å få på plass tiltak som mangler, forventet vi i utgangspunktet en økning i antall hjelpere. Den beskjedne nedgangen i dette tilfellet kan tyde på at brukerne hadde de relevante hjelperne på plass i utgangspunktet. Dette ser vi også i andre læringsnettverk. Problemet er kanskje ikke at brukerne har for få hjelpere rundt seg, men at samhandlingen hjelperne imellom er for dårlig.

Når mange tiltak skal samordnes og mange tjenesteytere er involvert, kan det være hensiktsmessig å opprette en ansvarsgruppe. I KPA-modellen skal ansvarsgruppe brukes av koordinator og bruker når dette er hensiktsmessig, og den skal alltid være målrettet og tidsavgrenset. Således er det rimelig at antallet stiger i løpet av prosjekt-perioden. Ved start av veiledningen hadde 18 brukere allerede etablert en ansvarsgruppe. Antall ansvarsgrupper steg til 21 etter 10 måneder. Dvs. at over 60% av brukerne i utgangspunktet hadde en ansvarsgruppe.

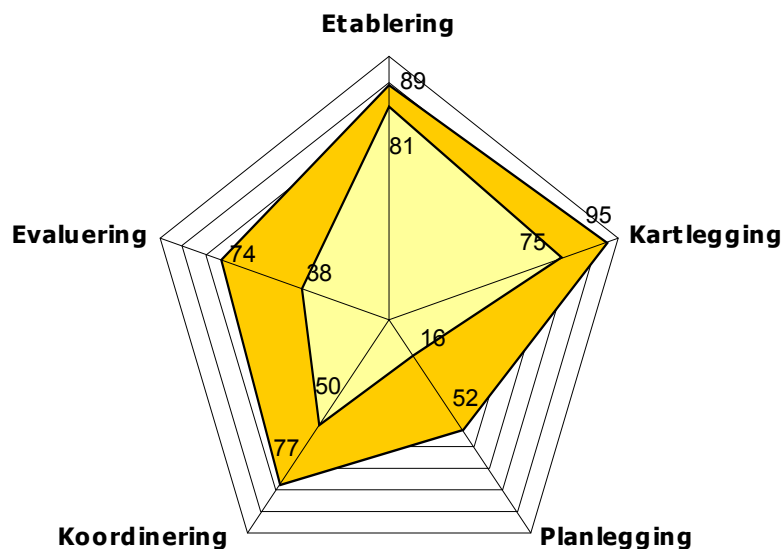
I likhet med andre nettverk var ansvarsgruppe-arbeid en kjent og mye brukt arbeidsform fra før i mange av kommunene. Men det er verdt å merke seg at både koordinatorene og brukerne nevner at arbeidet i ansvarsgruppa har blitt mer strukturert og målrettet etter innføring av KPA.

### 5.1.5 Programoppfyllelse

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

Figur 3 viser hvordan utviklingen av programoppfyllelse har vært.

Figur 3. Programoppfyllelse etter 2 og 10 måneders opplæring



Det har vært en gjennomsnittlig økning av programoppfyllelse fra 52-77%. Økningen har vært størst der utgangspunktet var dårligst; det å utarbeide skriftlige planer som bruker og samarbeidspartnere har kopi av. Men det er allikevel her mest gjenstår.

Sammenlignet med erfaringer fra andre læringsnettverk, kan vi nå si at dette arbeidet tar tid. I *Veileder for individuell plan* understrekes det at planarbeidet er en prosess. Planen ikke er et sluttresultat som skal bestå uforandret så lenge personen har behov for tjenester.

*”Planen er et uttrykk for hvilke behov en person har for tjenester i en bestemt tidsperiode, og hvordan dette behovet skal møtes på en helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset måte. Når planen settes ut i livet, kan det vise seg at det er behov for endringer. En individuell plan er et praktisk redskap for å koordinere tilbudet til enkeltpersoner, og for å kunne fange opp og korrigere for de naturlige endringer som skjer i personens liv. (6,s.21.)*

Arbeidsmodellen KPA er et prosessverktøy for arbeidet med individuelle planer.

### 5.1.6 Behovsdekning

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

Tabell 4 viser utviklingen av behovsdekning hos disse 28 brukerne.

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

Livsområder	Etter 2 mnd	Etter 10 mnd	Prosent reduksjon
Sosial kontakt, familie, transport	40	20	50%
Fritid	17	10	41%
Psykisk helse/rus	17	14	18%
Utdanning/arbeid	14	8	43%
Bolig	13	9	31%
ADL	12	8	33%
Somatisk helse	9	6	33%
Økonomi	8	6	25%
<b>Sum udekket behov i gjennomsnitt per bruker</b>	<b>130</b>	<b>81</b>	<b>38%</b>

Det er en bra nedgang samlet sett i udekkede behov, sett i forhold til den relativt korte tidsperioden. Nedgangen har vært størst der behovene var størst. Dette gjelder sentrale livsområder som sosial kontakt, fritid, utdanning/arbeid og bolig/ADL. Det gjenstår dekning av over to tredjedeler av de behovene brukerne oppgav. Dette understreker både at denne målgruppen har mange udekkede behov og at det tar tid å få dekket behovene.

Vi ser videre at arbeidet med å dekke enkeltbrukeres behov er en prosess. Ved annen gang registrering av udekkede behov føres i noen tilfelle nye behov opp. Den reelle nedgangen i udekkede behov har derfor vært noe større enn 38%.

På individnivå gir det personlig koordinator et godt utgangspunkt for å kunne møte brukerens mest sentrale behov og for å vurdere hvor innsatsen skal settes inn.

### 5.1.7 Brukertilfredshet

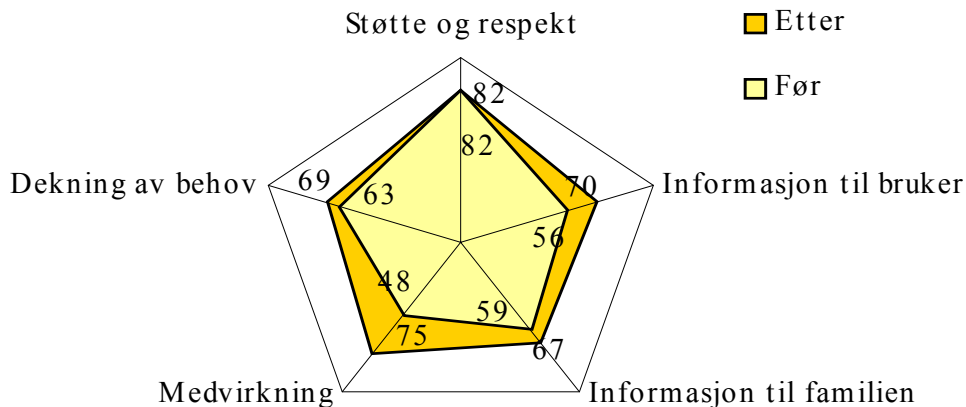
Det er brukerne som kan si om de er fornøyd med oppfølgingen. Brukerne ble intervjuet etter 2 og 10 måneder i forhold til følgende områder:

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

For hvert område ble de spurt om hendelser som vi mener de bør ha opplevd dersom oppfølgingen har vært god (se vedlegg 1).

Figur 4 viser utviklingen av brukertilfredsheten.

Figur 4. Brukertilfredshet etter 2 og 10 måneders oppfølging



Den gjennomsnittlige brukertilfredsheten økte fra 62-73% i løpet av disse åtte månedene, dvs. ca 11%. Av de fem områdene som brukerne ble intervjuet i forhold til, var det en størst økning på *egen medvirkning*, dvs i hvilken grad bruker fikk medvirke i sin egen oppfølging. Her fikk man en økning på hele 27%. Brukermedvirkning er et av KPAs kjernepunkter og det er tydelig at koordinatorene har tatt dette på alvor.

Tilfredsheten bør ligge mellom 80-90 %, og det gjenstår derfor litt før vi kan si oss helt fornøyde. Både manglende programoppfyllelse og behovsdekning kan forklare hvorfor brukertilfredsheten ikke er optimal. Det ville derfor være interessant å gjenta målingen om ett år for å se hvor fornøyde brukerne er når koordinatorene over tid har fortsatt oppfølgingen i tråd med programmet.

## **5.2. Veiledningen**

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

### **5.2.1 Veilederne**

Det ble startet en veiledningsgruppe i hver av de 5 kommunene. Veilederne ble hentet fra Jessheimklinikken, både fra sengeavdelinger og poliklinikker. I tillegg ble tre av veilederne rekruttert fra Ahus, avd. Lurud. Samtlige grupper startet opp med 2 veiledere.

Yrkesbakgrunn til de som har vært veiledere, både delvis og gjennom hele prosjektperioden var: 6 psykiatriske sykepleiere, 5 sosionomer og 1 psykolog.

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

## 5.2.2 Evaluering av veiledningsgruppene

Koordinatorerne fylte ut en skriftlig evaluering av veiledningsgruppene etter 10 måneder som tilbakemelding til veilederne. Spørsmålene var åpne og man kunne angi flere svar. Skjemaene fra evalueringen etter 10 måneder ble samlet inn, kategorisert og systematisert av GRUK. 25 av 28 koordinatorene svarte. Resultatene ble meldt tilbake til hele læringsnettverket på erfaringskonferansene i kommunene. Svarene er vist nedenfor.

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

- Å arbeide systematisk og metodisk
  - Målavklaring
  - Utarbeide individuelle planer
- Brukermedvirkning
  - Lytte til brukeren
  - Sette brukers mål og behov i sentrum
- Å samarbeide på tvers av etater og profesjoner
- Å arbeide med disse brukerne er tidkrevende

I følge koordinatorene og veilederne har gruppene jobbet mye med mål og med spørsmål om hva målsettingsarbeid betyr. Det har vært mange viktige etiske diskusjoner i gruppene, og koordinatorene har hatt flere a-ha opplevelser i forhold til hvem sin virkelighet de handler ut fra. Er for eksempel oppsatte mål brukers egne, eller er de et uttrykk for koordinatorenes verdier? I følge veilederne og koordinatorene har disse diskusjoner høynet den etiske og faglige bevisstheten i gruppa.

Et av KPAs kjernepunkter er å ha brukers mål og behov i sentrum, og det er tydelig at koordinatorene har tatt dette på alvor, selv om utfordringene for begge parter har vært store. Den økte programoppfyllelsen bekrefter også utsagnene om at de har lært å jobbe mer metodisk og systematisk.

Mange koordinatorene mente at de hadde fått større fokus på brukerperspektivet. I planarbeidet har brukers opplevde behov vært i sentrum, noe som har virket motiverende for brukeren. *Det kan også synes som om brukeren tåler mer press når de har vært med på å lage planene selv*, fortalte en av koordinatorene. Dialogen med brukeren er kommet mer i fokus og mange sa at de har lært ”å lytte til brukeren.” Flere koordinatorene i dette og andre nettverket bruker begrepet ”å lytte.” Dette er interessant da vel de fleste av oss vil si at vi lytter til brukeren. For mange har nok begrepet fått en ny og viktigere betydning; dvs at man har begynt å lytte mer aktivt enn før.

Men utfordringene har vært store. Utfordringen for koordinatorene har vært å gi brukeren noe av kontrollen og gi brukeren tid til selv å finne frem til sine egne behov og mål. Koordinatorerne



forteller at de ofte var *raske med å sette i gang tiltak slik at det ble for mye for brukeren, noe som lett kunne føre til en nedtur. Brukeren hadde heller ikke alltid helt klart for seg hva de kunne make. Viljen var noen ganger større enn evnen og motsatt. Den psykiske tilstanden kunne også variere veldig, noe som kunne gjøre det vanskelig å planlegge.*

Gjennom veiledningsgruppene opplevde koordinatorene å få bedre innsikt i tjenestenettverket. Gjennom veiledningsgruppene og tverrfagligheten i gruppene lærte koordinatorene mye om hverandres arbeids- og ansvarsområder. De fikk bedre innsikt i hva som eksisterte av tjenester i kommunen og hvordan de best kunne mobilisere disse tjenestene.

KPA ble brukt som en felles kunnskapsbase og som referanse i deltakernes refleksjon, og ble dermed et nyttig verktøy for å løfte frem mye av den tause kunnskapen. På denne måten utviklet koordinatorene og veilederne en større fellesfaglig forståelse og felles språk.

## 2. Hva trenger du å lære mer om?

- KPA-modellen og brukeren av den
  - *Utforming av mål og individuelle planer*
  - *Bruken av arbeidsarkene*
  - *Avklare roller*
- Tiltaksnettverket og mobilisering av dette
- Kunnskap om psykiske lidelser

Dette er en ny måte å arbeide på for mange koordinatorene, og det er påkrevet med langvarig metodeveiledning for å lære KPA fullt ut. Under evalueringen kom det frem at koordinatorene verdsatte den programbaserte veiledningen. De mente at det var en av nøkkelfaktorene for de resultater som var oppnådd, og at det var en forutsetning for å følge opp denne brukergruppen.

Det hersket mye frustrasjon rundt skjemaer i starten, mye vegring både hos veiledere og koordinatorene. Men etter hvert opplevde de at skjemaene fikk dem til å utvide perspektivene og sette fokus på det som var sentralt. Skjemaene fungerte også som et hjelpemiddel til å bli bedre kjent med brukeren og hans situasjon. Selv der koordinatoren hadde kjent brukeren over lang tid, bidro evalueringsprotokollen til å sette lys på blinde flekker.

Dette underbygges av svarene på spørsmål 4, der mange koordinatorene ønsker seg mer konkret metodisk veiledning. Utformingen av individuelle planer utgjør også en utfordring bla. pga mangel på rutiner i skriftlighet og at man vant med muntlige avtaler.

Dette tyder på at koordinatorene ser behovet for metodeveiledning og trenger dette for å kunne gjennomføre opplæringen i tråd med programmet.

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

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

Kunnskap om medisiner og bivirkninger ble også nevnt .

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

- Gruppen er en viktig læringsarena
- Tverrfaglighet øker læringsutbytte

- Klimaet i gruppene har vært støttende og godt
- Engasjerte og trygge veiledere
- Fravær i gruppen har forstyrret prosessen

Det er tydelig at veilederne har greid å skape et trygt klima i gruppene. Dette er en forutsetning for godt læringsutbytte. Noen koordinatorene viser til stort frafall i noen av gruppene som har skyldtes sykdom og andre nødvendige prioriteringer.

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

- Mer konkret metodisk veiledning
- Større tverrfaglighet i gruppene

Det vanligste svaret på hvilke endringer som kunne gjøre veiledningen mer nyttig, var økt fokus på modellen i veiledningsgruppene.

Stor tverrfaglighet i gruppene økte læringsutbytte. Gjennom veiledningsgruppene og tverrfagligheten lærte koordinatorene mye om hverandres arbeids- og ansvarsområder. De fikk bedre innsikt i hva som eksisterer av tjenester i kommunene og hvordan mobilisere tjenestene. Der tverrfagligheten var stor, var læringseffekten tilsvarende stor. De fleste fremhevet tverrfagligheten som en av nøkkelfaktorene for læringsutbyttet i veiledningsgruppene.

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

Svarene vises i tabell 5.

*Tabell 5. Vanskelighetsgrad i å gjennomføre arbeidsprosessen i KPA (n=25)*

<b>Faser i KPA-arbeidet</b>	<b>Lett</b>	<b>Middels vanskelig</b>	<b>Vanskelig</b>	<b>Ikke utført</b>	<b>Ubesvart</b>
Avklare rolle og ansvar som koordinator	10	11	4	0	0
Utvikle relasjon til brukeren	19	5	1	0	0
Utvikle relasjon til nettverket	9	12	2	0	2
Kartlegge brukerens situasjon og personlige ressurser	12	10	3	0	0
Kartlegge brukerens mål og behov for tiltak	10	11	3	0	1
Velge strategi og planlegge oppfølgingen	9	12	3	0	1
Koordinere tiltak	12	9	2	0	2
Vurdere resultater og justere planer	8	12	4	0	1

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

Tabellen viser at kun 1 av koordinatorene fant utvikling av relasjon til bruker vanskelig. De fleste opplevde det som enklest av trinnene i arbeidsprosessen. Det kan delvis skyldes at mange av koordinatorene kjente brukeren fra før. Å utvikle relasjonen til nettverket var det heller ikke mange som fant vanskelig. Dette svarer godt til programoppfyllelsen i denne delen av arbeidsprosessen.

De andre fasene fant koordinator lett eller middels. Ingen områder utpeker seg å være spesielt vanskelige.

## **6.0 Erfaringer fra kommunene**

Kunnskap om innføringsprosessen og erfaringene med KPA i hver kommune kom gjennom tilretteleggerne i kommunene og fra oppstart- og erfaringskonferansene som ble avholdt i hver kommune.

### **6.1 Organisatorisk forankring og tilretteleggers rolle**

KPA-modellen understreker betydningen av koordinators legitimitet. Ansvar for oppfølgingen av brukeren må være forankret hos ledelsen i den etaten der koordinator er ansatt. Likeledes må det lokale tiltaksnettverket både anerkjenne og støtte arbeidet som utføres av koordinator.

En viktig oppgave for tilretteleggerne var å sikre støtte fra ledere og mellomledere for prosjektet. Støtte fra ledere og mellomledere var helt avgjørende for at koordinatorene skulle få legitimitet i kommunen og få nødvendige arbeidsbetingelser for å gjennomføre oppfølgingen. Behovet for informasjon om KPA i egen organisasjon var stort. Tilretteleggerne ble oppfordret til å gi skriftlig og muntlig informasjon til lederne, og de fikk maler for egnede informasjonsskriv fra GRUK.

Det var god kontinuitet blant tilretteleggerne i de fleste kommunene i hele prosjektperioden. En tilrettelegger gikk i sykemelding tidlig i prosjektet. Kommunen hadde ingen personer å frigi til denne funksjonen før prosjektet nærmet seg avslutningen. Koordinatorene ivaretok i stor grad mange av tilretteleggers oppgaver. Man kunne derfor med fordel ha oppnevnt en vara for tilrettelegger fra starten av som hadde deltatt på alle fellessamlingene og sikret kontinuiteten, noe som to av kommunene gjorde. Det kan også tenkes at det ville vært hensiktsmessig å opprette en styringsgruppe/prosjektgruppe i hver kommune med deltakelse av ledere fra ulike deler av tjenestenettverket for å lette informasjonen og forankringen.

Mange koordinatorene opplevde at det hadde vært litt lite informasjon om KPA-prosjektet i avdelingen der de jobbet. Flere sa at de møtte manglende forståelse hos lederne for å bruke tid på koordineringsjobben.

I noen kommuner hadde ledere på ulike nivå sluttet eller gått ut i permisjon. Dette førte til at informasjon om prosjektet, og forståelsen for hva det innebærer av tidsbruk, ikke var god nok alle steder.

I flere kommuner uttrykte koordinatorene at det var vanskelig å tilpasse dette arbeidet for dem som arbeidet i turnus i hjemmetjenestene. Dette er et problem som går igjen i de fleste nettverk. Selv om koordinatorene hadde klarering fra sine ledere, følte de ofte dårlig samvittighet for å forlate kolleger som måtte gjøre deres oppgaver når de deltok på veiledning eller arbeidet med sin bruker. Det var derfor nødvendig med mye informasjon til disse tjenestene for å oppnå nødvendig aksept og forståelse. Koordinatorer forteller om arbeid som måtte gjøres i fritiden fordi det ikke var gode nok rammer innenfor prosjektet til å utføre jobben. Lojaliteten til brukerne var stor. Selv om systemet sviktet, ville ikke koordinatorene svikte.

Tilretteleggers rolle er avgjørende for å lykkes i arbeidet. Innføring av KPA er en prosess som må følges, gjetes og tilrettelegges for å lykkes. Tilrettelegger skal drive informasjonsarbeid, legge til rette for samarbeid innad i egen organisasjon og være bindeledd mellom aktuelle kommunale etater og spesialisthelsetjenesten. Her er det viktig å understreke at tilrettelegger jobber på delegasjon fra linjeledelsen i kommunen.

Når det gjelder å forankre prosjektet innad i egen organisasjon kan det se ut til å ha betydning hvilke nivå i organisasjonen tilrettelegger kommer fra. Der tilretteleggerfunksjonen er flyttet opp på et mer overordna nivå, kan prosjektets forankring synes bedre. Tilretteleggerne bør ha en posisjon som gir dem en autoritet i linjeorganisasjonen. I tillegg må de ha evnen til å tydeliggjøre at prosjektet er viktig. På den annen side kan det også se ut som der tilrettelegger er plassert lenger ned i organisasjonen og dermed har en nærmere tilknytning til praksisfeltet, har en bedre oversikt over koordinatorene og deres arbeid.

Men prosjektet er også avhengig av ildsjeler som ser betydningen av KPA og som har evne til å formidle dette tydelig til resten av organisasjonen. Tilretteleggers plassering i organisasjonen er ikke alene en avgjørende faktor. Det kan se ut som om personlige egenskaper også er en faktor som har betydning.

### 6.1.1 Erfaringer fra tilretteleggere:

#### ***Forankring***

- *På oppstart konferansen var alle avdelingsledere, enhetsledere og rådmannsgruppa invitert. Prosjektet var godkjent av administrasjonen helt opp til rådmann.*
- *KPA har vært oppe i lederteam. Helse-og sosialsjefen gir full støtte til prosjektet.”*
- *Forankringen av arbeidet har variert med hvilke tjenestestede koordinator har vært tilknyttet. Kommunen har hatt store utskiftninger på ledernivå i prosjektperioden. Fire av de aktuelle virksomhetsområdene har startet i kommunene etter at KPA-prosjektet var satt i gang. Dette har vanskeliggjort forankringsarbeidet.”*

- *Koordinatorene har legitimitet i kommunen, men det "glipper" lett, f. eks. når nye ledere/mellomledere kommer inn. Dette har skjedd, og misforståelser har blitt ryddet opp i. Det er viktig å "gjete" KPA-prosessen og holde den varm.*
- *Man valgte å være svært bevisst på å få en god forankring av prosjektet i kommunens ledelse og de forskjellige etater i kommunen. Man valgte også å invitere utenforstående samarbeidspartnere og organisasjoner. Det var derfor mange som ble invitert til oppstartkonferansen, og man snakket mye om KPA i kommunen. Tilrettelegger var opptatt av at alle koordinatorene skulle få tid til å jobbe med metoden. Dette var viktig da koordinatorene var rekruttert fra forskjellige etater og enkelte etater arbeidet under større press enn andre. Vi valgte å ha en reservetilrettelegger med tanke på at det kunne oppstå uforutsett fravær pga sykdom, flytting ut av kommunen m.v.*

### **Har vi valgt de riktige brukerne og koordinatorene?**

- *Vi startet med å velge ut 8 brukere som vi visste trengte bistand fra flere enheter, og valgte koordinatorene ut ifra hvem som hadde jevnlig kontakt med vedkommende. Samtidig forsøkte vi å fordele koordinatorene mest mulig fra de forskjellige avdelingene. Vi fikk med to fra hjemmetjenesten, en fra sosialkontoret og resten fra avdeling for psykiatri.*
- *Det kan se ut som om brukerne har vært svært krevende, og det har kanskje preget gruppa litt. Det har vært vanskelig å planlegge og være strukturert med så ustabile brukere, men det viser et bilde av virkeligheten. Det er viktig å bruke lang tid på de tyngste brukerne. Det er disse som trenger en koordinator.*
- *Det har vært en stor styrke å ha en så tverrfaglig veiledningsgruppe, medlemmene har spilt mye på hverandre og har lært mye av hverandre. De riktige brukerne er valgt ut, mye blanding av somatikk/psykiatri."*

### **6.1.2 Erfaringer fra koordinatorene**

Flere utsagn fra koordinatorene i kommunene understreker betydningen av forankring og betydningen av tilretteleggerens rolle i dette arbeidet.

- *Vi har i lange perioder vært uten psykiatrisk sykepleier og tilrettelegger. Dette har selvsagt vært merkbart og vi tilrettela så godt vi kunne selv. Vår kontakt oppover i systemet har vært borte, og det har gjort at vi har hatt problemer med å nå opp til ledelsen med informasjon og tilbakemeldinger. Innimellom har enkelte hatt problemer med å få frigitt tid til denne jobben og har måttet bruke av sin private fritid. Dette burde selvfølgelig ikke vært nødvendig da prosjektet er godkjent og velsignet helt opp til toppledelsen. Noen vil da si: Dere kan ikke bruke fritiden deres til dette. Det er lett å si, men vi er nærmest brukerne og føler en sterk lojalitet overfor dem. Om systemet svikter, vil ikke vi svikte. Vi har rett og slett ikke samvittighet til det. Med en så sterk involvering i brukeren som dette er lagt opp til, kan det være vanskelig å opptre bare profesjonelt. Vi viser oppriktig interesse i brukeren og da legger vi en god del av oss selv i det.*

- *Lurer på hvor gjennomtenkt prosjektet var fra kommunenes ledelse, bl. a i forhold til tilrettelegging av koordinators arbeidsbetingelser. Har opplevd manglende tilrettelegging. Koordinatorarbeidet har gått ut over kolleger i avdelingen. Koordinator- oppgaver kom i tillegg til andre oppgaver. Ledelsen har vært velvillig, men ressursituasjonen har vært vanskelig.*
- *Det har vært lite informasjon om KPA- prosjektet på arbeidssstedet, vanskelig å få forståelse for koordinatoroppgaven. Det er viktig å få til en aktiv tilrettelegging av dette arbeidet i den avdelingen koordinator jobber. Man må finne møtetidspunkter etc. som passer inn i arbeidsrytmen på det aktuelle arbeidssstedet.*

## **6.2 Erfaringer fra veiledningsgruppene**

Opplæring av koordinatorene ble gjort i veiledningsgruppene. Man tok utgangspunkt i deltakernes erfaringer, dvs at veiledningen ble knyttet til konkrete situasjoner som angikk den enkelte koordinator. Det ble veiledet på de problemer som ble presentert av koordinator. Dette skulle være gruppeveiledning og det ble viktig å få til en gruppe som skulle løse problemer i felleskap. Det ble derfor viktig å spille på deltakernes erfaringer og kunnskaper. I gruppa fantes det ulik språk, ulik kompetanse, ulik erfaringsbakgrunn, ulike faglige tradisjoner som til sammen gav ulike perspektiver og innfallsvinkler til problemstillinger. Ulikheten ble vektlagt og brukt aktivt som en ressurs i læringen.

Noen av **veilederne** sa det slik:

*I opplæringsmetoden ligger stor grad av erfaringslæring; man definerer hva problemet er, finner en løsning i felleskap og prøver ut. Læringsprosessen fortsetter gjennom videre handling og nye situasjoner. På denne måten utvidet koordinatorene sitt eget handlingsrepertoar.*

*Erfaringslæring er å tørre å ta valg i usikkerheten, prøve ut og finne ut av ting etter hvert. Dette innebærer også at man opparbeider seg en fleksibilitet og en endringskompetanse. M.a.o. lærer man seg å gi seg i kast med problemer ingen har noe forhånds svar på.*

*Samtidig opplever koordinatorene veiledningsgruppa som en slags ryggdekning for de tiltak man setter i verk, noe som gir en form for støtte og trygghet. Man får en type bekreftelse på at man er på rett vei. På denne måten utvikles en faglige identitet og en viss yrkesstolthet over å beherske noe.*

**Veilederne** rapporterte om usikkerhet og forvirring i starten, og det oppsto raskt en type forventning i gruppa om utvikling og bedring.

*Veiledningsgruppa virket forpliktende og det oppstod et mildt gruppepress som skapte fremdrift i usikkerheten Koordinator påtok seg ansvar og gjorde tingene. De fikk lov til å være flinke og fikk ros. Viktig at koordinatorene tok tak i ting de kunne gjøre noe med.”*

**Koordinatorene** var tydelige på at veiledningen er helt avgjørende for å lære seg modellen og for å jobbe etter prinsippene.

*Det ville vært vanskelig å starte som koordinator uten veiledning. Å jobbe så systematisk og planmessig på egenhånd, ville nok ikke blitt prioritert i det daglige arbeidet. Dessuten hadde det ikke vært noen å ta opp spørsmål/frustrasjoner og problemer med underveis.*

Mange **veiledere** opplevde det ubehagelig i starten å ikke kjenne bedre til metoden og være mer i forkant som veileder. Men det skapte allikevel en positiv gruppeprosess. Veilederne definerte seg ikke som ekspertene på 1.linjens tjenester. Deres oppgave som veileder var å sette i gang og støtte en gruppeprosess som fremmet læring, og å beholde fokuset på KPA-programmet.

**Koordinatorerne** gav også i dette nettverket uttrykk for at de savnet bedre opplæring i metoden før de startet opp med brukere. Ut i fra erfaringer og etter ønske fra tilretteleggere og koordinatorene holdt GRUK et seminar for koordinatorene da man var halvveis i prosjektperioden. De fleste koordinatorene var også med på startkonferanser i kommunene, og hadde dermed blitt informert om prosjektet og fått en samlet opplæring i hovedtrekkene i modellen.

### **6.3. Hvordan virket KPA i praksis?**

#### **6.3.1 Eksempler på erfaringer fra brukere**

En bruker fortalte at etter å ha vært syk noen år hadde han funnet tiden inne for å gå videre i livet, og deltakelse i dette prosjektet virket som en god mulighet. I forbindelse med etablering av egen leilighet, hadde koordinator vært en ivrig inspirator og hjelper i utforming av målsetting. De hadde også fått på plass en kriseplan, og den opplevde han som viktig. Han understreket behovet for å ta valg i eget liv. Av negative erfaringer ble nevnt at det ikke alltid virket som om alle hjelperne var godt nok informerte før de kom til ham. (han hadde flere tilbud i døgnet) Det opplevdes frustrerende å måtte gjenta eller ikke bli forstått av enkelte. Han poengterte sitt gode forhold til koordinator, og sa bla. annet at det er viktig å få slippe å ha dårlig samvittighet for at man ikke er frisk.

En annen bruker sa:

*Bruker og koordinator skaper et samarbeid, dette blir utgangspunktet for arbeidet med mål og plan. Det er viktig at brukere er aktiv med i sin egen prosess. Det er lærerikt, man lærer mye om seg selv underveis. Det er også viktig at prosessen må ta tid. Man må gå så sakte at man har seg selv med seg. Det er fort å få angst og vonde følelser igjen. KPA og en personlig koordinator er en hjelp for å få et bedre og tryggere liv.*

*Det har vært positivt at dette prosjektet har blitt satt i gang. Jeg som bruker har vært gjennom psykiske lidelser og angst og føler at jeg selv er den som kan beskrive hvordan jeg har det. Fagfolk i prosjektet kan bare bruke teori. Jeg har fått bra oppfølging i løpet av prosjektet, vi har lagt vekt på at teori og praksis skal følge hverandre. Vi har laget en plan som gjør det lettere for meg å følge med på det vi skal gjøre. Ingen brukere er like, derfor er det viktig å tenke individuelt. Psykiske lidelser er krevende og tar lang tid å jobbe med. Jeg føler at vi har fått god tid til å planlegge, det har vært viktig. Bruker og koordinator er avhengig av hverandre for å nå et felles mål. Man kan lære gjennom smerte og motgang ved å bruke seg selv.*

### 6.3.2. Eksempler på erfaringer fra koordinatorene

Koordinatorer fra ulike kommuner fortalte:

#### **Hva kjennetegner min rolle og mine arbeidsoppgaver som koordinator?**

- *Jeg er først og fremst brukers kontaktperson i hjelpetjenesten og har ansvar for å bidra til at bruker får det tilbud som han har behov for, dvs. koordinere tjenester og sikre kontinuitet.*

*Det første en må gjøre er å etablere kontakt med bruker, få en allianse, for så videre å starte et samarbeid. Jeg har så jevnlig møter med bruker for å kartlegge hvordan situasjonen til en hver tid er, få rede på hvilke mål han har og vurdere hans behov ut fra dette.*

*Sammen med bruker velger jeg aktuelle tiltak og prioriterer rekkefølgen av disse. Hva skal gjøres først og hvem gjør hva. Vi lager en tiltaksplan, en plan for oppfølgingen. Jeg har ansvar for å trekke inn andre hjelpepersoner som er aktuelle, og innkaller til samarbeidsmøter/ansvarsgruppemøter, hvor tiltakene blir fordelt og samordne. Vi avtaler også tidspunkter for videre møter og evaluering. Bruker og jeg lager også kriseplan sammen, dvs. en plan for hvordan vi alle skal forholde oss hvis hans psykiske tilstand forverrer seg, og hvem han skal henvende seg til.*

*Å være koordinator krever med andre ord at en må ha oversikt over brukers behov og at en vet hvor aktuelle tjenester finnes.*

- *Vår rolle som koordinator har vært å opparbeide et tillitsforhold til brukeren for å være en personlig støtte og en profesjonell hjelper. Forholdet har vært basert på kontinuitet og langsiktighet (avtale på 1-2 år), der vi har hatt regelmessige avtaler og klargjort en tydelig rollefordeling mellom oss. I samarbeid med brukeren har vi jobbet mot et felles individuelt mål.*

*Arbeidsoppgavene har i første omgang vært å etablere god kontakt og opprette et trygt og godt samarbeid med brukeren. Så startet vi å kartlegge brukerens egne mål og behov for ulike tiltak. Etter det utarbeidet vi i samarbeid en plan for hvordan disse målene og tiltakene skulle følges opp. Hvem gjør hva og hvilke samarbeidspartnere trenger vi å kontakte osv. En samordning av de planlagte tiltakene fikk vi i stand ved å samtale med andre instanser i kommunene eller ved innkalling til samarbeidsmøter. Der det var ønske om det, ble pårørende innlemmet. En nyttig ressurs til fordel for alle parter.*

*Vi koordinatorene har alle ulik bakgrunn, erfaring og utdanning. Derfor skiller det mye på hvordan vi er vant med å jobbe fra før. Noen er vant til å jobbe tilnærmet likt denne metoden, mens andre igjen ikke hadde jobbet slik. Vi støttet og hjalp hverandre så godt vi kunne og mener i dag at vi alle har lært mye både av hverandre og hverandres brukere.*

#### **Hvordan skiller dette seg ut fra slik jeg jobbet tidligere?**

- *Jeg opplever at jeg jobber mye likt slik jeg jobbet tidligere, men andre koordinatorene som har andre fagutdanninger, opplever kanskje noe mer forskjell. Blant annet er det ikke alle som har hatt ansvar for å innkalle til ansvarsgrupper tidligere og opplever dette som en ny erfaring.*



*Man har fått et verktøy til kartlegging og skriftlig dokumentering av behov, tiltak og planer. Vi mener at ved å bruke dette verktøyet, får en mer fleksible planer, noe som virker forebyggende. I metoden er det fokusert på samarbeidet med pårørende, og det syns vi er bra og nyttig å bli minnet på. Det gir familien økt mulighet til påvirkning, til å være støttespillere og til å få avlastning. Også positivt med fokus på ressurser.*

- *Vi har lært en metode og fått et verktøy. Mange skjemaer å forholde seg til, men individuelt hvilke skjemaer som brukes. Skjemaene skal ikke styre arbeidet, det skal bruker gjøre. Metoden er omfattende og ressurskrevende i starten. Den er mindre krevende etter hvert, og på sikt er den tidsbesparende.*
- *Noen av oss koordinatorene opplevde det som vanskelig å skille hvilken hatt en til en hver tid har på seg. Dette skyldes at en nå har flere roller i forhold til bruker; biveileder, terapeut, ansatt på dagsenter, sosialkurator, hjemmesykepleier osv. En kan oppleve rollekonflikter og at bruker kanskje har større forventninger til koordinator enn vedkommende kan innfri. Dette har gått bedre etter hvert, men det tar også litt tid for bruker å forstå at koordinator har ulike roller til ulik tid.*

#### ***Hva har jeg lært som koordinator med hensyn til kjennskap til tiltaksnettverket og mobilisering av dette / samhandling og samarbeid?***

- *Jeg har blitt mer kjent i tiltaksnettverket som finnes rundt bruker, hvilke ressurspersoner en kan spille på. Det er også flere av koordinatorene som opplever å ha fått økt kjennskap til tilbud som finnes i kommunen og i 2. linjetjenesten. Jeg har også erfart at det fortsatt er enkelte samarbeidspartnere som ikke ser nødvendigheten av et slikt samarbeid, og som dermed ikke er så positive til å bli med på møter etc. Dette kan kanskje skyldes lite kjennskap om denne måten å jobbe på, og at de har fått for lite informasjon om prosjektet, selv om jeg har forsøkt å gi dem denne informasjonen. Men jeg må jo si at jeg opplever at mange samarbeidspartnere er svært positive, og vi alle har sett nytten av å jobbe på denne måten. Blant annet syns jeg at vi har fått et økt samarbeid med 2. linjetjenesten. Det er positivt.*

*Jeg må jo også poengtere at det er store begrensninger i tiltaksnettverket blant annet fordi kommunen ikke får tak i støttekontakter. Det er mangel på heldøgnsstilbud til de som trenger det, og det ikke er penger eller ressurser til nok oppfølging. Det er også stor mangel på kommunale boliger.*

- *Vi har blitt mye bedre kjent med det kommunale tjenestetilbudet og tiltaksnettverket; med rådgivningsavdelingen og deres erfaring og tilbud, med de hjemmebaserte tjenestene og deres ulike oppgaver og tilbud, med psykiatrisk dagsenter og deres funksjon, arbeidssenteret og legetjenesten. Vi har brukt en del tid på å gjøre disse og andre i tiltaksnettverket kjent med hva en KPA-koordinator er, og hva slags rolle vi har. Vi skal ikke sette i gang alle tiltak, men koordinere ved å hjelpe til med søknader, opprette kontakter osv. Samarbeidet har stort sett gått greit når kontakten først ble opprettet.*

*Under planleggingen av tiltak brukte vi GRUKs metode, som var en grei måte å kartlegge på. Denne kartleggingen gav oss en del svar, med ønsker og behov fra brukeren, som vi satte opp tiltak etter, på brukerens premisser. Dette kunne oppfattes*

*som både slitsomt og utfordrende for brukeren, men også opplysende og som en aha-opplevelse for dem av og til.*

*Selve gjennomføringen av tiltakene: Vi sjekket de tilbudene kommunene hadde og hjalp brukeren til å søke om dekning av sitt behov. Noen behov kunne kommunene ikke dekke og vi prøvde å finne andre løsninger. For eksempel hadde ikke kommunene bo-veileder, noe som vi hadde trengt. Vi hadde heller ikke psykiatrisk sykepleier over en lang periode, så vi måtte være kreative og finne andre løsninger som brukeren kunne dra nytte av. I denne fasen hadde vi veldig god nytte av hverandre og veiledningsmøtene. Etter hvert som brukerens behov ble dekket, så vi tydelig lettelse og bedring av deres psykiske helse. De pårørende gav også uttrykk for lettelse når de så at ting fungerte. Andre ganger var vi for raske med å sette i gang tiltak og det ble for mye for brukeren. Da kunne det bli en psykisk nedtur som vi sammen måtte jobbe oss ut av.*

*Vi hadde ulik erfaring med evalueringen. Noen kjente brukeren sin veldig godt fra før, og kunne sette i gang tiltak etter tidligere erfaring. Andre kjente ikke brukeren så godt fra før, og måtte justere og evaluere tiltaksplanene flere ganger underveis. Brukeren har ikke alltid helt klart for seg hva han kan makte. Viljen er noen ganger større enn evnen og motsatt. Den psykiske tilstanden kan også variere veldig, og da kan tiltak som var planlagt ikke være helt riktige hele tiden. Men bruk av selve metoden er vi alle enige om at har vært til god nytte både for oss og for brukeren.*

*Samhandlingen og samarbeidet med 2.linjen og ellers i kommunen er vi stort sett fornøyde med. Når kontakten ble opprettet har vi hatt et godt samarbeid med de fleste.*

- *I forhold til tidligere har det blitt mer systematisk jobbing. Kartleggingsdelen har blitt grundigere og tiltakene tydeligere. Tidligere har det vært lett å overta der andre ikke har fulgt opp. Nå er det lettere å kunne kontakte involverte parter dersom oppfølgingen ikke fungerer*

*Som koordinator har jeg lært å sette jobben mer i system. Måten å jobbe på er ikke ukjent, men nå blir det mer strukturert og bedre planlagt. Ser enda tydeligere viktigheten av samarbeid med andre i tiltaksnettverket og hvor mye mer helhetlig oppfølgingen blir.*

### ***Hvordan har jeg opplevd å få være med i en veiledningsgruppe, og hva har det betydd for mitt arbeid som koordinator?***

- *Vi er alle veldig positive til hvordan veiledningsgruppa har fungert selv om vi famlet litt til å begynne med. Veiledningen har gitt oss trygghet til å tørre å ta opp vanskelige ting. Vi har lært mye om oss selv hele veien og av hverandre og om hverandres brukere. Vi er blitt godt kjent og trygge på hverandre. Vi er også enige om at det har vært en lærerik prosess som vi alle har utviklet oss i. 2.linjens veiledning har vært uunnværlig. Der vi har stoppet opp har de hjulpet oss å tenke videre eller annerledes slik at frustrasjoner underveis er blitt løst og forstått. Vi har alle hatt ganske tunge/syke brukere som har gjort oss både slitne, frustrerte og oppgitte i perioder. Her har veiledningen vært unik og gitt oss mulighet til å få utløp for dette, samt at vi har fått litt påfyll og ros for å klare å stå videre.*

- *Det har vært svært positivt og nødvendig for å klare å gjennomføre prosjektet i en travel hverdag. Det virker motiverende når en skal møtes hver 14. dag. Det blir mer forpliktende og da må en sette av tid til det. Det har vært trygt å ha et sted å ta ut frustrasjoner og få veiledning.*
- *Veiledningen har vært nødvendig, da en står ganske alene som koordinator og en har et stort ansvar. Særlig det at en har en så travel arbeidsdag, gjør at en trenger slike "lufterom". Videre virket veiledningsgruppen motiverende, en følte et ansvar for å ha gjort noe til neste gruppe. Og i perioder hvor en ikke fikk gjort så mye, kanskje pga. at bruker ikke møtte opp til avtaler, eller han ble innlagt osv., da fikk en støtte på at sånn er bare virkeligheten.*
- *Det har vært fint å være med i en gruppe med forskjellig bakgrunn og erfaringer. Det er positivt at veiledrene er fra 2.linjen, det kan føre til både økt samarbeid og forståelse for hverandre. Vi har alle vært preget av at dette er noe nytt, men det har vært interessant og lærerikt og bevisstgjørende.*

#### **Psykiatrifaglig kompetanse:**

- *Jeg har fått økt psykiatrifaglig kompetanse. I forhold til personlig selvutvikling er det også mange av oss koordinatorene som opplever at prosjektet har gitt oss økt kompetanse.*
- *Prosjektperioden har vært personlig selvutviklende for koordinatorene og den enkelte har fått hevet sin psykiatrifaglige kompetanse.*

#### **Veien videre**

- *Erfaringene sier oss at 1 år er nesten ingen ting. Vi har så vidt blitt godt kjent og trukket noen erfaringer. For denne gruppen pasienter vet vi at kontinuitet og forutsigbarhet er veldig viktig. Dersom det er mulig, bør KPA-koordinatoren være den samme (dersom brukeren ønsker det) så lenge som mulig.*

*Vi som er KPA-koordinatorer i dag, ønsker å fortsette såfremt vi fortsatt kan ha støtte i gruppa og veiledning fra 2.linjetjenesten. Den behøver ikke være så ofte som hver 14.dag, men kanskje en gang i måneden eller hver 6.uke. Vi i gruppa som nå kjenner hverandre, kan forsette å møtes og nye kan komme inn og dra nytte av vår erfaring.*

*Vår konklusjon er i grunn den at dette arbeidet hadde ingen av oss orket å ta på oss uten noen form for støtte, hjelp eller veiledning. Vi har sett at det nytter og tror faktisk at vi har hindret tilbakefall og innleggelse. Det ville være brukeren og deres pårørende som vil bli hardest rammet dersom dette prosjektet ikke videreføres eller fortsetter i en eller annen form. Vi har tro på denne form for jobbing, men det koster penger, utholdenhet og styrke fra oss, veiledning fra 2.linjen og forståelsesfulle ledere og arbeidsgivere.*

## 7.0. Erfaringer fra Jessheimklinikken

### 7.1. Erfaring fra tilrettelegger

- *Viktig å ha kort vei til ledelsen. Det har jeg hatt. Geografisk nærhet har vært positivt, men først og fremst imøtekommenheten.*
- *Viktig å ha kort vei til prosjektledelsen. Geografisk har det vært avstand, men på alle andre måter har det føltes veldig nært.*
- *Ledelsen må sørge for at informasjonen er god i egen organisasjon. Eller støtte tilrettelegger i informasjonsarbeidet. Jeg har nok opplevd det mye slik at KPA har vært min "greie".*
- *Viktig å ha stor frihet i hvordan legge opp arbeidet. Det har jeg absolutt hatt!!*
- *Oppgavene mine har gjort at kjennskapet til distriktet er mye bedre. Ikke bare hos meg, men også hos andre ved at jeg blir en formidler av kontakt/informasjon.*
- *Et nyttig og nødvendig prosjekt som vi ønsker å videreføre.*

### 7.2. Erfaringer fra veilederne

Her er noen erfaringer fra flere av veilederne i de ulike veiledningsgruppene:

- *Denne metoden gir et godt grunnlag for utarbeiding av lovpålagte individuelle planer. Metoden sikrer brukermedvirkning og at tjenestetilbudet samsvarer med den enkeltes personlige mål og behov. Metoden sikrer krav til dokumentasjon. Den sikrer en økt bevissthet på etikk i arbeidet, på den måten at brukeren selv skal definere sine mål og behov for tjenester. Hjelperne kan lett ha for høye ambisjoner og bedrive ønsketenkning når det gjelder målsettinger og tjenestebehov.*

*Innholder bl.a. tiltaksplan ved tegn på kriser og tilbakefall av sykdom. Det å ha en slik plan for slike situasjoner, gjør at hjelpeapparatet blir mindre kriserammet/krisepreget. Videre bidrar en slik kriseplan til at brukeren blir mer bevisst i forhold til hvordan brukeren selv kan takle såkalte kriser.*

*Metoden legger vekt på forskningserfaringer om at brukeren er mest kjent med at hjelpeapparatet fokuserer på vedkommendes mest sentrale problemstillinger og iverksetter tiltak i forhold til disse. Og altså ikke litt hjelp i forhold til alle problemområdene.*

*Tjenestene får bedre kunnskap om hverandres fagfelt, ansvarsområde, kompetanse. Dette gir bedre utnyttelse av ressursene. Dette kommer både brukeren og kommunen til gode.*

*Veiledning og avsetting av fast tid har vært helt nødvendig forutsetning for å sette seg inn i og lære seg å ta i bruk en slik metodisk arbeidsprosess. Spesielt med tanke på om metoden skal innføres som pålagt redskap/dokumentasjon i kommunen. I likhet med prosjektdeltakerne, er vi av den oppfatning at metoden bør forenkles noe når det gjelder bruk av skjemaer og sjekkpunkter. For mange skjemaer fører i praksis ofte til at de verken blir lest av medarbeidere eller at de blir tatt på alvor, rett og slett fordi det tar for mye tid å sette seg inn i dem i en travel hverdag.*

*Metoden bygger på vektlegging av struktur og etikk. Dette er avgjørende for kvaliteten på tjenestene og er i tillegg avgjørende for hva kommunen får igjen for pengene som avsettes til sektoren.*

- *Det har vært nyttig med konkret kunnskap om 1. linjens arbeid og om hvordan situasjonene er i den enkelte etat. Veiledningsgruppen har vært fin med engasjerte koordinatorene. Tverrfagligheten i gruppa har gitt spenst til diskusjonene. Gruppemedlemmene har blitt mer bevisste på sin egen kompetanse.*

*I ettertid kan man se at veiledningsprosessen har gått gjennom ulike faser, og at arbeide i gruppene har hatt rolleavklaring og målavklaring som noen "røde tråder". Avklaring av veilederrollen i KPA-prosjektet har også krevd tid. Kan i ettertid se at veiledningsarbeidet likevel har fokusert på KPA-metoden, og at utgangspunktet har vært brukers liv og mål.*

*KPA er en modell som virker i praksis. Den gir kontinuitet og sikrer at bruker blir betraktet som et helt menneske, dette gir bedring. Videre gir den et godt grunnlag for å jobbe med brukers mål.*

*Det har vært en del fravær i gruppa, veilederne har reflektert over mulige årsaker til dette. Det har vist seg at å ligge i forhold utenfor gruppa, som sykemeldinger etc. Prosessen i gruppa har blitt påvirket, det er beklagelig.*

*Betydningen av informasjon til tjenestestedene og forankring i ledelsen kan ikke understrekes sterkt nok. Informasjonsflyten må ikke tas som en selvfølge. Informasjonsarbeidet må gjøres aktivt gjentatte ganger.*

## **8.0 Videreføring av KPA**

Jessheimklinikken ser KPA-metoden som nyttig i samarbeidet med kommunene, ikke minst under utarbeidelse av individuelle planer. Alle fem kommunene ønsker å videreføre arbeidet. 2.linjen stiller med 1 veileder per veiledningsgruppe. Gruppene starter opp igjen i januar 2003. Det blir veiledning 1 1/2 time hver fjerde uke. Det skriftlige materialet vil bli vurdert, antagelig vil man nyttiggjøre seg evalueringsprotokollen i tillegg til KPA-heftet. Alle ønsker å forenkle arbeidsredskapene. Dette skal diskuteres videre.

Tilrettelegger i 2.linjen fortsetter og vil innkalle veilederne regelmessig til samlinger. Kommunene vil også beholde sine tilretteleggere.

## **9.0 Konklusjon og anbefalinger**

Innføring av KPA-modellen i 5 kommuner på Øvre-Romerike er gjennomført etter planen. Erfaringer fra kommunene og Jessheimklinikken er positive. Samtlige kommuner ønsker å videreføre modellen. Jessheimklinikken har vedtatt å gi veiledning i modellen fremover ut fra kommunenes behov.

Evalueringen av prosjektet viser at brukerne får et bedret tjenestetilbud og får dekket flere av sine behov. Brukertilfredsheten øker og på erfaringsseminarene kom det frem sterke meddelelser fra brukerne om betydningen av å ha en person i tiltaksnettverket å forholde seg til.

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

Medarbeiderne opplever modellen som en god støtte i sitt arbeid. Det gjenstår fortsatt en del før koordinatorene har fått full legitimitet i kommunene og fått den støtte de trenger i egen organisasjon for å utføre arbeidet. Koordinatorene understreker betydningen av veiledning fra 2.linjen og anser dette som helt nødvendig for å kunne lykkes i dette arbeidet.

Veilederne har gjennomført veiledningen på en meget tilfredsstillende måte selv om de ikke var kjent med metoden fra eget arbeid. Evalueringen av veiledningen viser at koordinatorene er meget fornøyde, selv om de ønsker enda mer fokus på KPA-modellen i veiledningen. Veilederne trenger også oppfølging, og dette vil være en viktig oppgave for tilrettelegger i 2.linjen fremover. Etablering av et forum for tilretteleggere og veiledere som kan møtes for gjensidig støtte, faglig påfyll og erfaringsutveksling, har vært prøvd med godt utbytte i andre områder av landet.

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

Både Jessheimklinikken og kommunene har vedtatt å beholde tilretteleggerfunksjonen.

Lederne som var tilstede på oppstart - og erfaringskonferanser, uttrykte varierende støtte til prosjektet. Vi ser at aktiv støtte er avgjørende fremover om man skal lykkes i videreføringen. Kvaliteten på de tjenester som brukerne mottar, er et lederansvar. Der hvor dette utøves, inspireres medarbeidere til å yte sitt beste.

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

## Referanser

1. Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser. Statens helsetilsyn, Oslo, 2000
2. Schön DA. Educating the reflective practitioner; towards a new design for teaching and learning in the professions. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
3. Personlig ombud for psykisk funksjonshindrede personer. Stockholm; Socialstyrelsen, Psykiatrioppfølgingen 1999:3
4. Pedersen OB, Fiskum H, Howatson H, Evenstad AM, Vibe MF de. Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser: Opplæring i kommunebaserte tjenester. Dialog 1998;3:14-20
5. Onyett S. Making community mental health teams work. London: The Sainsbury Centre for
6. Veileder for individuell plan 2001. Sosial- og helsedepartementet

# EVALUERINGSPROTOKOLL FOR KPA (KOORDINERING AV PSYKOSOSIALT ARBEID)

---

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

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

En slik oversikt kan gi svar på flere spørsmål:

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

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

## **Innholdet i protokollen**

Protokollen består av syv deler:

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

## **Utfylling i starten av veiledningen (Del 1-5 i protokollen)**

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

## **Senere utfylling (Del 1-7 i protokollen)**

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

## **Hvem skal bruke informasjonen i protokollen?**

Protokollen gir personlig koordinator en oversikt over hva som er gjort og hva som gjenstår i arbeidet med brukeren. Denne oversikten kan med fordel legges fram i veiledningsgruppen.

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

## **Oppbevaring av protokollen**

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



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

FYLLES UT AV KOORDINATOR

Dato:

**OPPLYSNINGER OM PERSONLIG KOORDINATOR**

<p>1. Koordinators navn</p> <p>.....</p> <p>2. Koordinators stilling og utdanning:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>3. Når fikk koordinator ansvaret for oppfølgingen?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>4. Hvor ofte har koordinator avtale med brukeren?</p> <p>.....</p> <p>5. Hvor lenge varer møtene med brukeren?</p> <p>Gjennomsnittlig <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> minutter pr. gang</p> <p>6. Hvor mye tid går med til arbeid utenom disse møtene? (som telefoner, skrivearbeid, kontakt med andre etater)</p> <p>Gjennomsnittlig <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> minutter pr. uke</p>
--	---

**OPPLYSNINGER OM BRUKEREN**

<p>1. Brukerens kjønn og alder:</p> <p>.....</p> <p>2. Bosituasjon:</p> <p>.....</p> <p>3. Utdanning og yrke:</p> <p>.....</p> <p>4. Hvor lenge har brukeren fungert adekvat i jobb eller utdanning etter fylte 15 år? <input type="text"/><input type="text"/> år</p> <p>5. Arbeidssituasjon:</p> <p>.....</p> <p>6. Sykdomsdebut (første sikre tegn) <input type="text"/><input type="text"/> år siden</p> <p>7. Hvem har stilt diagnosen(e), og når:</p> <p>.....</p> <p>8. Diagnose(r):</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>9. Somatiske sykdommer eller problemer:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>10. Navn og dosering på brukerens medikamenter:</p> <p>.....</p> <p>11. Under tvungent ettervern? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>12. Behandling og oppfølging siste året:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	---

**OPPLYSNINGER OM BRUKERENS TILTAKSNETTVERK**

<p>1. Brukerens kontakter i kommunale tjenester: (Lege, hjemmesykepleier, sosialarbeider, støttekontakt, dagtilbud m.v.)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>2. Brukerens kontakter i spesialisthelsetjenesten: (Terapeut, dagtilbud m.v.)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>3. Medlemmer av eventuell ansvarsgruppe:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	--

## DEL 2. BRUKERENS VURDERING AV BEHOV FOR TILTAK

### FYLLES UT PÅ GRUNNLAG AV INTERVJU MED BRUKEREN

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

Dato:

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

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

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

Dato:

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

.....

.....

.....

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

.....

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

.....

.....

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

.....

.....

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

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

## DEL 4. BRUKERENS ERFARINGER MED TJENESTETILBUDET

### FYLLES UT PÅ GRUNNLAG AV INTERVJU MED BRUKEREN

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

Dato:

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

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

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

Kommentarer fra brukeren om dette området:

.....

.....

#### B: Informasjon til brukeren

1. Jeg har blitt spurt om hva jeg ønsker å vite om mine psykiske problemer	<input type="checkbox"/> 2. Stemmer <input type="checkbox"/> 1. Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0. Stemmer ikke
2. Jeg har fått forståelig informasjon om årsakene til mine psykiske problemer	<input type="checkbox"/> 2. Stemmer <input type="checkbox"/> 1. Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0. Stemmer ikke
3. Jeg har fått forståelig informasjon om mine framtidsutsikter, med de problemene jeg har	<input type="checkbox"/> 2. Stemmer <input type="checkbox"/> 1. Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0. Stemmer ikke
4. Jeg har fått så mye informasjon som jeg ønsker	<input type="checkbox"/> 2. Stemmer <input type="checkbox"/> 1. Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0. Stemmer ikke
5. Det hender at jeg får motstridende informasjon	<input type="checkbox"/> <b>2. Stemmer ikke</b> <input type="checkbox"/> <b>1. Stemmer delvis</b> <input type="checkbox"/> <b>0. Stemmer</b>

Kommentarer fra brukeren om dette området:

.....

.....

### C: Informasjon til familien

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

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

Kommentarer fra brukeren om dette området:

.....

.....

### D: Medvirkning i egen oppfølging

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

Kommentarer fra brukeren om dette området:

.....

.....

**E: Dekning av opplevde behov**

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

Kommentarer fra brukeren om dette området:

.....

.....

**Avsluttende spørsmål om oppfølgingen**

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

.....

.....

Hva er du mest fornøyd med?

.....

.....

**Kommentarer fra koordinator om intervjuet:**

.....

.....

.....

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

**DEL 5. SJEKKLISTE FOR ARBEIDSGANGEN I OPPFØLGINGEN**  
**FYLLES UT AV KOORDINATOR**

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

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

Dato:

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

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

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

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

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

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



**DEL 6. PRAKTISKE OG SOSIALE FERDIGHETER****FYLLES UT AV KOORDINATOR**

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

Dato: 

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

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

Skårene fra hvert område summeres. SAMLET SKÅR:

## DEL 7. PROBLEMBELASTNING

### FYLLES UT AV KOORDINATOR

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

Dato:

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

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

Skårene fra hvert problemområdet summeres. SAMLET SKÅR:

## SKÅRINGSARK

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

Koordinators navn:	Dato:
--------------------	-------

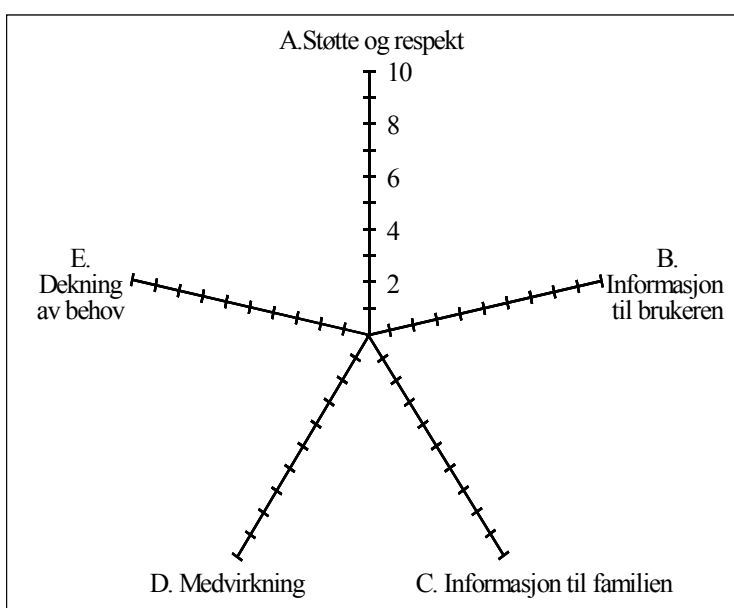
### DEL 2: BRUKERENS VURDERING AV BEHOV FOR TILTAK

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


### DEL 4: BRUKERTILFREDSHET

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

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



### DEL 5: ARBEIDSGANG I OPPFØLGINGEN

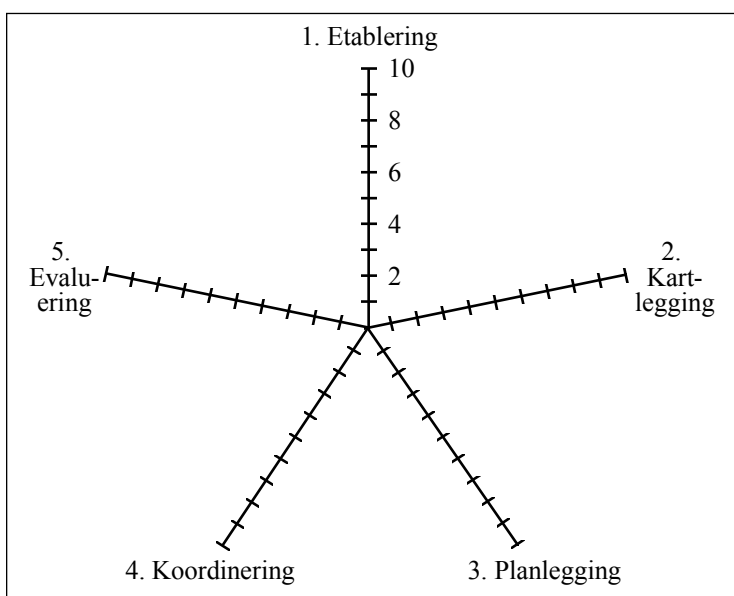
Summer skåringene for de ulike områdene i sjekklisten (se side 5).

**Oppnådd = 2**

**Delvis oppnådd = 1**

**Ikke oppnådd = 0**

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



## Vedlegg 2: Evalueringsskjema for veiledningsgruppene

### EVALUERING AV VEILEDNINGSGRUPPEN FOR KPA

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

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

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

..... ..... .....
-------------------------

#### 2. Hva trenger du å lære mer om?

..... ..... .....
-------------------------

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

..... ..... .....
-------------------------

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

..... ..... .....
-------------------------

#### 5. Andre kommentarer

..... ..... .....
-------------------------

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**6. Velge strategi og planlegge oppgaven**

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

**7. Koordinere planlagte tiltak**

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

**8. Vurdere resultater og justere planer**

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

Takk for hjelpen!