

Koordinering av psykososialt arbeid

Erfaringer og resultater fra Josefinegate DPS med
bydelene Bygdøy/Frogner, Sogn og Sagene/Torshov

Prosjektnavn:

Innføring av koordinering av psykososialt arbeid (KPA) i

Josefinegate DPS og bydelene: Bygdøy-Frogner, Sogn og Sagene-Torshov

Prosjektperiode:

September 2001 – februar 2003.

Prosjektleder og ansvarlig for prosjektrapporten: Michael de Vibe

Prosjektmedarbeider Eli Ådnøy

Stiftelsen GRUK

Nedre Hjellegate 1

3724 Skien

Tlf. 35 58 40 40

firmapost@gruk.no

Rapporten kan lastes ned fra internett: www.gruk.no. Se KPA og IP.

Forord

”KPA-prosjektet er det beste som kunne hendt meg i denne fasen av mitt liv. Mitt liv har blitt mer strukturert og med klare mål.

Jeg har vært så heldig å få være med i prosjektet fra starten av og i ca. ett år. Jeg har fått hjelp og oppfølging av min koordinator som fungerer slik jeg gjorde som frisk. Jeg får all den hjelp jeg trenger for å komme igjennom til kommunale og statlige instanser og der er det opprettet kontaktpersoner for meg. Jeg har også fått hjelp til en mer ordnet økonomi, riktig kosthold, aktiviteter m.m. Koordinatoren min kaller inn til jevnlige møter med dem jeg har kontakt med i tjenesteapparatet, samt familien. På denne måten har min oppfølging blitt samordnet.

Jeg har i samarbeid med min koordinator skrevet ned mine kortsiktige og langsiktige mål. Dette har igjen hjulpet meg til å se hva jeg må jobbe med/mot for å nå mine mål. Samarbeidet med min koordinator har vært veldig fruktbart. Jeg ser fremgang.

Jeg vil takke dem som står bak utarbeidelsen av prosjektet samt bydel Bygdøy-Frogner for å satse på dette. Fortsett det gode arbeidet.

Takk

Nina Bachmann

Bruker

Sammendrag

Bydelene Bygdøy-Frogner, Sogn og Sagene-Torshov har sammen med Josefinegate DPS i Oslo, prøvet en ressursbasert arbeidsmodell for gjennomføring av samordnet oppfølging i tråd med forskrift om individuell plan. Modellen kalles koordinering av psykososialt arbeid (KPA) og er anbefalt av helsetilsynet.

Målet var å bedre oppfølgingen av brukere med psykisk funksjonshemning og langvarige og sammensatte hjelpebehov. 46 brukere fikk tildelt en personlig koordinator i bydelene. Koordinatorene fikk opplæring og veiledning i modellen gjennom å delta i tverrfaglige veiledningsgrupper. Disse møttes 1 1/2 time hver 14. dag i ett år, og fikk veiledning på oppfølging 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 brukernes tilfredshet med oppfølgingen. Veilederne kom fra spesialisthelsetjenesten, i hovedsak fra Josefinegt distriktpsikiatriske enhet og fikk opplæring i KPA og i metodeveiledning.

Hver bydel og lokalpsykiatrien opprettet en tilrettelegger som skulle forankre KPA i organisasjonen og sikre at koordinatorene og veilederne hadde nødvendig legitimitet og rammebetingelser for å gjennomføre arbeidet. Stiftelsen Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial og helsetjenesten (GRUK) ved prosjektleder Michael de Vibe og prosjektmedarbeider Eli Ådnøy har ledet prosjektet.

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

Koordinatorene lærer å arbeide etter KPA modellen selv om mange koordinatører ikke har sluttført arbeidsprosessen i løpet av 12 måneder. Koordinatorene er godt fornøyd med veiledningen og ønsker at denne skal fortsette. Veilederne opplever å bli bedre kjent med kommunens medarbeidere. De følte seg usikre på modellen, og på sin rolle som veiledere i KPA når de startet. Det tok tid før alle ble fortrolige med arbeidsmodellen og veiledning i denne

Tilretteleggerne og veilederne rapporterer om bedret samarbeid omkring brukerne på tvers av etater i kommunen og mellom 1. og 2 linjen. Psykiatrien og bydelene ønsker å fortsette med modellen. Det gjenstår en del arbeid før rollen som personlig koordinator og arbeidsbetingelsene for disse og for veilederne er godt nok forankret i de deltagende organisasjoner. Det er avgjørende at lederne aktivt støtter videreføring av KPA arbeidet. Videre må tilrettelegger funksjonen opprettholdes etter prosjektslutt om man skal lykkes i dette arbeidet. Det gjenstår et arbeid for å tilpasse KPA til andre brukergrupper i kommunen og utarbeide rutiner for dette arbeidet. Det må arbeides for å trekke med de etater som ikke deltok med koordinatører, slik at man i bydelene kan få en felles arbeidsmodell for å følge opp brukere som har rett til å få en individuell plan.

Innhold

1.0. INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET	5
1.2 MÅLSETTING.....	5
2.0 FORUTSETNINGER FOR GOD OPPFØLGING AV BRUKERNE	5
2.1 EGNET FAGMODELL	5
2.2 OPPLÆRING AV MEDARBEIDERE.....	6
2.3 ORGANISATORISK FORANKRING OG SAMARBEID MELLOM FØRSTE- OG ANDRELINJEN.	6
3.0 METODE	6
4.0 EVALUERING AV PROSJEKTET	7
4.1 EVALUERING AV PROSJEKTORGANISERING	7
4.2 EVALUERING AV GJENNOMFØRING AV LÆRINGSNETTVERKET.....	7
4.3 EVALUERING AV TIDSBRUK.....	8
5.0 RESULTATER	9
5.1 RESULTATER FRA KARTLEGGINGSPROTOKOLLERNE.....	9
5.1.1 <i>Koordinatorer</i>	9
5.1.2 <i>Valg av brukere og koordinatører</i>	10
5.1.3 <i>Problemer hos brukerne</i>	10
5.1.4 <i>Veilederne</i>	11
5.1.5 <i>Tidsbruk for koordinatorene:</i>	11
5.1.6 <i>Brukernes tjenestenettverk</i>	11
5.1.7 <i>Programoppfyllelse</i>	11
5.1.8 <i>Behovsdekning</i>	12
5.1.9 <i>Brukertilfredshet</i>	13
5.1.10 <i>Åpne kommentarer til kartleggingsprotokollen</i>	14
5.2 EVALUERING AV VEILEDNINGSGRUPPENE	15
6.0 ERFARINGER FRA BYDELENE	18
6.1 BYGDØY-FROGNER BYDEL.....	18
6.2 SOGN BYDEL	19
6.3 SAGENE-TORSHOV BYDEL.....	19
6.4 OPPSUMMERING AV ERFARINGER FRA TILRETTELEGGERNE I BYDELENE	20
7.0 ERFARINGER FRA KOORDINATORER OG BRUKERE	20
8.0 ERFARINGER FRA TILRETTELEGGERE OG VEILEDERE FRA DPS	24
9.0 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER	27
REFERANSER	30
VEDLEGG	30
VEDLEGG 1: EVALUERINGSPROTOKOLL FOR PERSONLIGE KOORDINATORER.....	31
VEDLEGG 2: EVALUERING AV VEILEDNINGSGRUPPA FOR KPA.....	41
VEDLEGG 3 RUTINER VEDR. INDIVIDUELL PLAN (IP) I BYDEL BYGDØY FROGNER	43
VEDLEGG 4; OPPSUMMERING FRA TILRETTELEGGER I SAGENE – TORSHOV NOV 01 DES 02.	44

1.0. Innledning

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Josefinesgate DPS ønsket å prøve ut en samarbeidsmodell for å bedre oppfølgingen for brukere med langvarige og alvorlige psykiske lidelser og behov for koordinerte tjenester. Arbeidet skulle bedre samarbeidet mellom tjenester i bydelene og psykiatrien, og legge grunnlaget for utarbeidelse av individuelle planer for felles brukere.

”Koordinering av psykososialt arbeid – KPA” var en aktuell modell (1). Den er anbefalt av statens helsetilsyn og prøvet ut flere steder ei landet (5). Gruppe for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (GRUK) ble invitert til å presentere KPA. Avdelingsledelsen ved Josefinesgate DPS arrangerte et orienteringsmøte for medarbeidere og ledere i DPS-et og bydelene Bygdøy-Frogner, Sogn og Sagene-Torshov den 8. mai 2001 med 50 deltakere. Ledelsen i DPS og bydelene inngikk deretter en samarbeidsavtale om utprøving av KPA i juni 2001, og kontrakt mellom Josefinesgate DPS og Stiftelsen GRUK for gjennomføring av prosjektet ble inngått i august 2001. Prosjektet fikk økonomisk støtte fra Oslo kommune og fylkeslegen i Oslo.

1.2 Målsetting

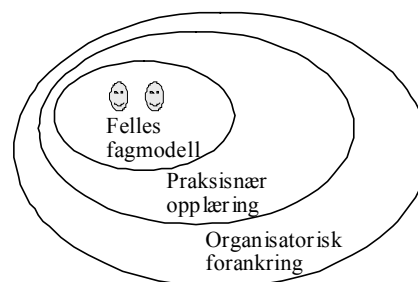
Hovedmål for prosjektet har vært å styrke tilbudet til brukere med alvorlige og langvarige psykiske lidelser ut fra deres behov og med deres medvirkning. Delmål har vært å samarbeide om utprøving av arbeidsmodellen KPA.

2.0 Forutsetninger for god oppfølging av brukerne

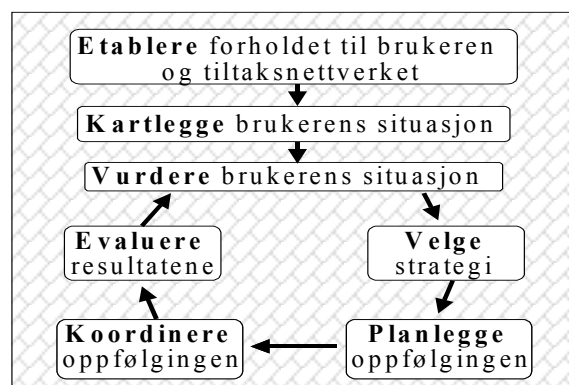
Tre elementer er nødvendig for å bedre oppfølgingen av brukerne; en egnet felles fagmodell, praksisnær opplæring i modellen og organisatorisk forankring av den i hele tjenestenettverket.

2.1 Egnet fagmodell

Dersom brukerne blir fulgt opp etter samme arbeidsmodell i hele tjenestenettverket ville deres situasjon endres dramatisk. Slik det er i dag blir brukere fulgt opp forskjellig når de har kontakt med ulike tjenester som for eksempel sosialkontor, fastlege, hjemmesykepleien, DPS og psykiatriske sengeposter. Stiftelsen GRUK har utviklet en ressursbasert arbeidsmodell tilpasset norske forhold. Denne kalles koordinering av psykososialt arbeid (KPA) og er beskrevet i et veiledningshefte utgitt av Statens helsetilsyn i 2000 (1). Tekstdelen er nå revidert for å passe alle brukere som trenger individuell plan. Hver bruker får oppnevnt en personlig koordinator i kommunen som følger opp brukeren. Arbeidsgangen i oppfølgingen er vist i figur 2. Hvert trinn er nøye beskrevet og det er utarbeidet arbeidsark for å sikre gjennomføringen.



Figur 1 Forutsetninger for oppfølging av brukere



Figur 2 Arbeidsgangen i koordinering av psykososialt arbeid

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 koordinatorene har derfor skjedd i tverrfaglige veiledningsgrupper med 6-8 deltakere fra forskjellige etater i kommunene. Disse har fått praksisnær opplæring og veiledning i KPA modellen av veiledere fra det lokale DPS. Veiledningen har hatt hovedvekt på metodeveiledning, men det har også vært gitt psykiatrifaglig veiledning etter behov. Som et viktig ledd i opplæringen har koordinatorene lært å måle sin egen arbeidsprosess og resultatet av denne for brukeren. Måleverktøyet er en evalueringsprotokoll som koordinatorene fylte ut etter to og ti måneders arbeid med brukerne (vedlegg 1). Gjennom måling av hvor langt de har kommet i gjennomføringen av KPA (programoppfyllelse), blir det tydelig hvilken del av arbeidsprosessen de trenger å få veiledning på. Forut for oppstart av gruppene hadde veilederne fått en kortfattet opplæring i metodeveiledning samt innføring i KPA.

2.3 Organisatorisk forankring og samarbeid mellom første- og andrelinjen.

Vellykket innføring av KPA er avhengig av full støtte fra ledere og mellomledere i de deltakende organisasjoner. Det ble derfor opprettet et læringsnettverk bestående av 3 bydeler og tilhørende psykiatriske tjenester (Josefinesgate DPS). Nøkkelpersoner i læringsnettverket var 1-2 tilretteleggere i hver bydel, og en tilrettelegger i spesialisthelsetjenesten. Disse hadde ansvar for å informere egen organisasjon om KPA, sørge for rekruttering av brukere, koordinatorene og veiledere, og sikre at koordinatorene og veiledere fikk nødvendige arbeidsbetingelser. Fra GRUK deltok en prosjektleder og en prosjektmedarbeider, supplert av andre medarbeidere fra GRUK ved behov. Hovedaktiviteten i prosjektet framgår av plan for læringsnettverket, tabell 1.

3.0 Metode

Prosjektet er gjennomført med aktiv deltakelse 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 data som gis tilbake til prosjektdeltakerne (3). GRUK samlet inn data fra anonymiserte kopier av evalueringsprotokollene som koordinatorene fylte ut. De målte her sin egen programoppfyllelse og tidsbruk. De intervjuet sine brukere etter to og ti måneder for å kartlegge brukerens tjenestenettverk, udekkede behov hos brukeren og brukertilfredshet. I tillegg fylte koordinatorene ut en skriftlig evaluering av veiledningsgruppene etter seks og ti måneders veiledning (vedlegg 2). Dataene ble også brukt av GRUK til å justere det faglige innholdet på samlingene ut fra hvilke læringsbehov deltakerne hadde.

Erfaringsseminarene hver 3 måned gav tilretteleggere og veiledere anledning til å legge fram sine erfaringer og problemer, og lære av hverandre. Evalueringen av seminarne var positiv. Innholdet i samlingene ble justert i forhold til hva som var de mest aktuelle utfordringene for deltakerne. Oppmøtet var meget godt fra tilretteleggerens side, noe mer varierende fra veilederne. Tilbakemeldinger fra veiledere og tilretteleggerne ble gitt videre til mellomledere og ledere slik at disse kunne sikre nødvendige rammebetingelser for KPA i tjenestenettverket.

For å sikre god informasjon og forankring deltok også en del mellomledere fra bydelene på ett av erfaringsseminarene.

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

4.0 Evaluering av prosjektet

4.1 Evaluering av prosjektorganisering

Stiftelsen GRUK var ansvarlig for gjennomføring av prosjektet. De var ansvarlig for det faglige programmet på samlingene i læringsnettverket og for opplæring og av tilretteleggere og veiledere. De samarbeidet tett med tilretteleggerne i bydelene og DPS. Dette fungerte meget tilfredsstillende.

Prosjektarbeiderne fra GRUK og tilretteleggerne i DPS og bydelene fungerte som prosjektgruppe. Ledelsen i DPS-et var initiativtaker for prosjektet, men prosjektet hadde ikke noen formell styringsgruppe eller referansegruppe med felles deltakelse fra DPS og bydelene. En felles styringsgruppe kunne kanskje styrket samarbeidet mellom DPS og bydelene under prosjektperioden og i videreføringen etter prosjektslutt. Dette kunne også bidratt til sterkere forankring av KPA-arbeidet i organisasjonene, og støttet tilretteleggerne i deres arbeid.

Tilrettelegger i DPS var plassert i administrasjonen i DPS-et, og hadde gode kommunikasjonslinjer både til ledelse og til ulike avdelinger og medarbeidere. Dette var gunstig for gjennomføringen av prosjektet.

Vi har erfart i tilsvarende prosjekter at aktiv tilslutning og støtte fra ledelsen er avgjørende for å skape gode resultater, og spesielt for videreføring etter prosjektslutt. Dette kunne vært styrket om det hadde blitt opprettet formelle styringsgrupper for hele prosjektet og i hver bydel med ledere for deltagende enheter.

4.2 Evaluering av gjennomføring av læringsnettverket

Tidsplan for KPA var lagt inn i milepelsplanen for prosjektet og ble gjennomført stort sett etter planen. Ut fra erfaringer fra tidligere nettverk ble det avholdt et koordinatorseminar i starten av prosjektperioden for å gi koordinatorene en felles innføring i hovedelementene i KPA modellen. I tillegg ble det avholdt et seminar om målarbeid for koordinatorene utenom prosjektplanen etter ønsker fra tilretteleggere. Dette ble godt mottatt og evaluert. Det ble også avholdt et evalueringsmøte for bydelsdirektører for å styrke forankringen til ledelsen, men kun 1 av 3 møtte opp. I tillegg avholdt GRUK og tilretteleggerne et liknende møte for mellomledere i to bydeler mot slutten av prosjektperioden for å diskutere videreføring av prosjektet.

Hovedaktivitetene i prosjektet er vist i tabell 1.

Tabell 1 Plan for læringsnettverket

FASE	MND	AKTIVITET	DELTAKERE
Etablering	Mai 2000	Orienteringsmøte (1/2 dag)	Ledere i første og andrelinjen
	Juni 01	Vedtak om å starte og oppnevning av tilretteleggere i bydel og DPS	Ledere i første og andrelinjen
	Aug 01 - okt 01	Orienteringsmøter i bydeler, DPS og Ullevål sykehus, psyk avd.	Tilretteleggere og veiledere Ledere og medarbeidere og potensielle koordinatore
Gjennomføring	Okt 01	Opplæringsseminar (2 dager)	Tilretteleggere og veiledere Mellomledere
	Nov 01	Oppstartkonferanse i hver bydel (1/2 dag)	Ledere, medarbeidere, bruker- og pårørende- representanter, tilretteleggere og veiledere
	Jan 02	Veiledningsgruppene starter	Personlige koordinatore og veiledere. Praktisk støtte fra tilretteleggere

	Mars 01	1. Erfaringsseminar (1 dag)	Tilretteleggere og veiledere
	Juni 02	2. Erfaringsseminar (1 dag)	Tilretteleggere og veiledere
	Sept 02	3. Erfaringsseminar (1 dag)	Tilretteleggere og veiledere Mellomledere
	Jan 03	Erfaringskonferanser i hver bydel (1/2 dag)	Ledere, medarbeidere, bruker- og pårørende- representanter, tilretteleggere og veiledere
Avslutning	Jan/feb 03	Sluttkonferanse (1/2 dag)	Linjeledere i bydelene og andrelinjen. Bruker- og pårørende- representanter. Tilretteleggere og veiledere

Prosjektleder fra GRUK har deltatt på alle samlingene i prosjektperioden sammen med 1-2 medarbeidere fra GRUK.

Utenom samlingene har prosjektleder fra GRUK hatt regelmessige møter med tilretteleggere i bydelene og Josefinesgate DPS. I tidligere nettverk har denne kontakten for det meste skjedd per telefon separat til hver tilrettelegger, mens vi denne gang har hatt månedlige fellesmøter med alle tilretteleggerne. Dette har bidratt til å skape en arena for erfaringsutveksling og samarbeid, og har opprettholdt entusiasmen i prosjektet. Tilretteleggerne laget egen informasjonsbrosjyre om prosjektet som ble sendt ut halvveis i prosjektperioden.

Oppfølgingen av veilederne kunne også vært bedre. Det tok tid før alle veiledere var i gang med å veilede på metoden. Noe av dette skyldes at en del veiledere ikke møtte opp på erfaringsseminarene der mye av læringen skjedde. Videre inviterte tilrettelegger fra DPS veilederne til egne møter mellom samlingene, men også her var det få som møtte. Ved en sterkere styring fra ledelsen ved DPS overfor veilederne kunne dette blitt bedre. Muligens er dette medvirkende til at en del veiledere ikke ønsket å fortsette med veiledningen etter prosjektperioden var over.

4.3 Evaluering av tidsbruk

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

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

- Tilrettelegger fra DPS har brukt ca 1-2 dager per uke
- Tilretteleggere i bydelene har brukt ca 1 dag per uke
- Veiledere har brukt ca ½ dag annen hver uke til veiledning, forberedelse og reise, totalt ca 20 dager i prosjektperioden. Videre har de deltatt på samlingene i nettverket og møter med tilrettelegger fra DPS, totalt 7 dager. Gjennom dette arbeidet har de mottatt opplæring og erfaring i metodeveiledning og KPA.
- Koordinatorene har brukt ca 3/4 time ukentlig sammen med sin bruker. Tid til forberedelse, skrivearbeid og møter med samarbeidspartnere har vært 40 minutter per uke. Resultater fra andre læringsnettverk og fra liknende prosjekter fra Sverige har vist at det går ½ - ¾ time i uken til dette (5,6). I tillegg har de brukt 1 ½ time annen hver uke på veiledning og deltatt på to dagseminarer om KPA modellen. Total tidsbruk i prosjektet blir derfor ca 96 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 brukerne i sitt vanlige arbeid. Gjennom deltagelse i prosjektet har de mottatt opplæring, veiledning og erfaring i KPA, som er en modell for gjennomføring av individualisert oppfølging i tråd med forskrift og veileder om individuell plan.

5.0 Resultater

5.1 Resultater fra kartleggingsprotokollene

46 brukere og 44 koordinatorene deltok i prosjektet. To koordinatorene fikk nye brukere fordi brukeren de hadde fått tildelt ikke lenger var aktuelle. Koordinatorene fylte ut en evalueringsprotokoll to og ti måneder etter oppstart av veiledningsgruppene. Den inneholdt opplysninger om bruker, koordinator og tiltaksnettverket for brukerne, en sjekkliste for å måle arbeidsgangen i KPA og et intervju med brukeren om udekkede behov og brukertilfredshet (Vedlegg 1). En ny utfylling ble gjort 8 måneder senere. Første gang ble det fylt ut 46 protokoller mens det siste gang kom inn 31 protokoller. Årsaker til manglende protokoller er vist i tabell 2

Tabell 2 Årsaker til manglende 2. gangs protokoll

Koordinator (9)	
Langtidssykmeldt	3
Sluttet/byttet jobb	5
Gått ut i utdanning	1
Bruker (2)	
Døde	1
Flyttet	1
Annet (4)	
Ukjent årsak	2
Nye brukere høsten -02	2
Sum	15

Ni koordinatorene avbrøt koordineringen i løpet av 10 måneders oppfølging. Dette er en høyere andel enn det vi har sett i fem nettverk utenfor Oslo, og viser at det er nødvendig å ha klare rutiner for hvem som skal overta koordineringen når koordinator faller ut. Dette manglet ved de fleste tjenestesteder.

Det gjensto da 31 brukere der begge protokollene var ferdig utfylt, og hvor man kunne sammenlikne situasjonen etter to måneder og 10 måneder.

5.1.1 Koordinatorene

Det startet 44 koordinatorene som hver hadde ansvar for oppfølging av en bruker hver. Yrkesbakgrunn til koordinatorene er vist i tabell 3.

Tabell 3 Yrkesbakgrunn for koordinatorene

Psykiatrisk sykepleier	9
Sykepleier	3
Sosionom	12
Ergoterapeut	3
Fysioterapeut	3
Hjemmehjelp	3
Omsorgsarbeider	2
Hjelpepleier	2
Psykiatrisk hjelpepleier	1
Barnevernspedagog og miljøterapeut	2
Annet (jurist, økonom, "Livets skole" og lærer)	4
Sum	44

Koordinatorene ble valgt fra forskjellige etater i bydelene for å spre kunnskapen om KPA, og for å sikre at veiledningsgruppene ble tverrfaglige og tverretatlige. Erfaringer fra tidligere læringsnettverk har vist at

dette øker læringsutbyttet i gruppene og bedrer samarbeidet mellom tjenestestedene. Valget av koordinatorene ble gjort av linjelederne, og dette er viktig for å synliggjøre at de arbeider på delegasjon fra sin leder. Lederen er ansvarlig for å legge arbeidsforholdene til rette for koordinatorene.

I forhold til andre nettverk har bydelene med flere koordinatorene fra sosialkontorene, og det er færre psykiatriske syke- og hjelpepleiere. Koordineringskompetanse er ikke en yrkesspesifikk kompetanse, og tverrfaglig opplæring i dette egner seg derfor svært godt.

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

5.1.2 Valg av brukere og koordinatorene

Brukere og koordinatorene ble valgt ut av mellomledere i samarbeid med tilretteleggerne. De fleste kommuner valgte først koordinatorene for å få med deltakere fra forskjellige etater i bydelene. Disse ble ofte koordinatorene for en bruker i målgruppen som de allerede hadde en naturlig kontakt med i kraft av sin stilling. De fleste koordinatorene hadde derfor fagspesifikke roller og oppgaver overfor brukeren i tillegg til koordinatrollen. Dette var sjelden problematisk.

Det ble lagt stor vekt på tverrfaglighet i gruppene for å sikre et best mulig læringsmiljø, og samtidig sikre tverretattlig samarbeid og gjensidig informasjonsutveksling. Veiledere gav tydelig tilbakemelding om hvordan koordinatorene delte individ- og systemkunnskap med hverandre og med veilederne.

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

Alle bydelene valgte som målgruppe personer over 18 år med psykisk lidelse, men to bydelene valgte å ha med brukere med annen primærlidelse (hjerneskada og psykisk utviklingshemning), men med psykiske tilleggspolmer. Noen av veilederne hadde forventet at bydelene skulle velge flere personer med de alvorligste psykiske lidelsene (psykoser), mens bydelene i større grad gikk ut fra funksjonshindring og behov for koordinering av tjenester som et viktig valgkriterium.

5.1.3 Problemer hos brukerne

Det var i alt 46 brukere som fikk koordinatorene, 27 kvinner og 19 menn. Gjennomsnittsalder var 49 år med spredning fra 22 til 84 år. Fordelt på bydelene var brukernes gjennomsnittsalder 48 år i Sagne-Torshov, 50 år i Bygdøy-Frogner og 52 år i Sogn bydel.

Tabell 4 viser oversikt over brukernes hovedproblemer.

Tabell 4 Hovedproblemer hos brukerne

Affektiv/Manisk depressiv psykose	3
Schizofreni	10
Annen psykose	4
Personlighetsforstyrrelse	6
Depresjon og angst	16
Annen psykisk lidelse	3
Ingen diagnose	4
SUM	46
TILLEGGSPROBLEMER	
Psykisk utviklingshemning	1
Rus	5
Somatiske problemer	16

En stor andel av brukerne har tileggsproblemer i form av rus og kroniske somatiske sykdommer. Dette 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. Ellers ser vi at dette nettverket har valgt færre brukere med psykoseproblematikk, og at andelen kvinner er noe større enn i andre nettverk.

5.1.4 Veilederne

Det ble startet syv veiledningsgrupper for de tre bydelene. I Sagene-Torshov startet tre veiledningsgrupper, og to i hver av de andre bydelene. Alle gruppene startet med to veiledere. Det var 13 veiledere med fra starten. Syv var psykiatriske sykepleiere, hvorav 3 hadde lederansvar. Fire var sosionomer og to var ergoterapeuter. Veilederne ble hentet fra DPS, både fra sengeavdelinger og poliklinikk. I tillegg var det en veileder fra akuttavdeling på Ullevål sykehus. Denne veilederen trakk seg underveis da hun følte at arbeidet var vanskelig å forene med jobben ellers. Det kom inn en ny veileder fra psykiatrisk ungdomsteam i løpet av prosjektet, og en av veilederne, som også var tilrettelegger på DPS var veileder i 2 grupper.

5.1.5 Tidsbruk for koordinatorene:

Etter 2 måneder oppga koordinatorene at de brukte 50 minutter per uke sammen med sin bruker (spredning 15-150 minutter). Etter 10 måneders oppfølging av brukerne var tidsbruken redusert til 39 minutter pr uke (spredning 5-150 minutter). Dette er noe lavere enn det som er funnet i andre læringsnettverk i Møre og Romsdal, Østfold og Akershus.(4,5), der tiden etter to måneder var ca 60 minutter og 45 minutter etter 10 måneder. En forklaring kan være at det i dette nettverket var færre brukerne med psykotiske lidelser som antagelig trenger mer oppfølging.

Tidsbruken til andre oppgaver som skriving av planer, telefoner og møter med samarbeidspartnere, og det å sette seg inn i KPA modellen var 60 minutter etter 2 måneder (spredning 15 - 200 minutter) og 48 minutter etter 10 måneders veiledning (spredning 10-300 minutter). Dette samsvarer med gjennomsnittet i andre nettverk, mens erfaringer fra liknende prosjekt i Sverige viser at etter 18 måneders oppfølging er tid til andre oppgaver ca 30 minutter (6).

5.1.6 Brukernes tjenestenettverk

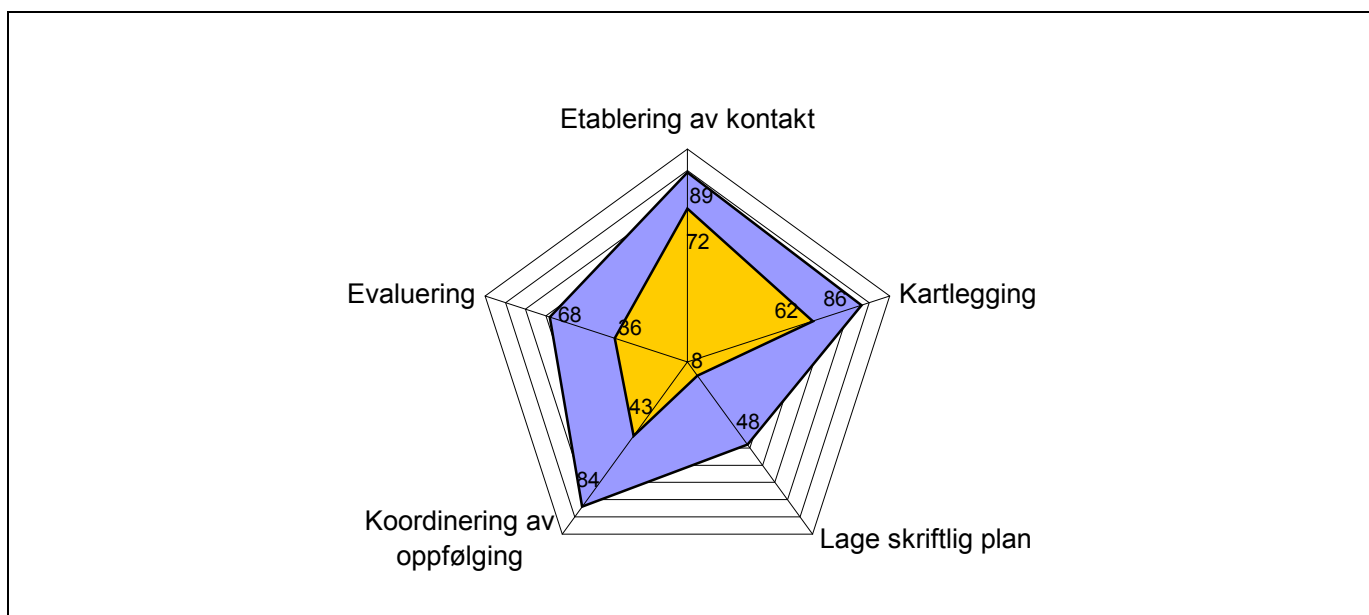
Hver bruker hadde kontakt med gjennomsnittlig 4.1 hjelpere ved start av veiledningen og etter 10 måneder. Ved første måling var 0.7 av disse fra spesialisthelsetjenesten og 3.4 var kommunale. Ved andre måling var antallet hjelpere innen spesialisthelsetjenesten gått ned til gjennomsnittlig 0.5. Når brukerne har 4.1 hjelpere i snitt, viser dette at man har valgt brukere med et omfattende hjelpebehov og behov for koordinering. Tallet på hjelpere ligger som i andre nettverk, men andelen som er fra spesialisthelsetjenesten er noe lavere (ca 1.0 andre nettverk). Dette kan også skyldes at færre brukere hadde psykotiske lidelser og derfor kanskje mindre behov for kontakt med spesialisthelsetjenesten. Den lille nedgangen i antall hjelpere fra spesialisthelsetjenesten etter 10 måneder kan tyde på at flere greier seg med kommunal oppfølging når de får en personlig koordinator, men dette må følges over lenger tid før man kan si noe sikkert om dette.

Ved start av veiledningen var det 7 brukere som hadde en etablert ansvarsgruppe, og dette steg til 15 etter 10 måneder. I KPA metoden skal ansvarsgruppe brukes av koordinator og bruker når dette er hensiktsmessig, og den skal alltid være målrettet og tidsavgrenset. Når mange tiltak skal samordnes, og mange tjenesteytere er involvert, kan det være hensiktsmessig å opprette en ansvarsgruppe. Det er derfor rimelig at antallet stiger i løpet av prosjektperioden, noe vi også ser i andre læringsnettverk for KPA. Men det er viktig å merke seg at over halvparten av brukerne som får en personlig koordinator greier seg uten ansvarsgruppe, og dette er trolig ressursparende. Flere undersøkelser tyder på at ukritisk bruk av ansvarsgrupper ikke er den beste måten å styrke brukerens medvirkning i egen oppfølging (7).

5.1.7 Programoppfyllelse

Opplæring og veiledning i KPA skal hjelpe koordinatorene i å gjennomføre oppfølgingen av brukerne etter en bestemt fagmodell. Koordinatorene lærer å måle hvor langt de har kommet i sitt arbeid ved å krysse av hvilke elementer i arbeidsprosessen de har gjennomført (helt, delvis eller ikke utført). Dette

summeres til en score som gir prosentvis oppfyllelse av hvert hovedledd i arbeidsprosessen. Figur 3 viser utviklingen av programoppfyllelse over 10 måneder fra start av opplæringen.



Figur 3. Programoppfyllelse etter to og 10 måneders opplæring i KPA-arbeid (N=28)

Gjennomsnittlig økning av programoppfyllelse er fra 44% til 75%

Det har vært en markert økning på alle områder, og gjennomsnittlig økning er størst i de læringsnettverk vi har gjennomført. Økningen er størst der utgangspunktet var dårligst; det å lage skriftlige planer som bruker og samarbeidspartnere har kopi av. Det er allikevel her mest gjenstår, og ut fra erfaringer fra andre læringsnettverk, kan vi nå si at dette er noe som tar tid. Det kan ta to år før denne prosessen er slutført. Det skyldes både at prosessen ikke kan gå fortere enn det brukeren er i stand til, men det er også klart at mange ansatte i helsesektoren er uvant med å lage skriftlige planer. Fra evalueringen av veiledningen (kapittel 5.2) ser vi at denne delen av arbeidet oppleves som vanskelig av mange koordinatorene. Til tross for at det tar tid å skrive ferdig en individuell plan, har koordinatorene gjennomført og evaluert oppfølgingen i stor grad. Dersom man lærer å arbeide systematisk etter en beskrevet fagmodell, viser det at man kan gjøre mye av dette arbeidet også uten en ferdig skriftlig plan. Mange brukere er også skeptisk til skriftlige planer og dette er noe som må modnes over tid.

5.1.8 Behovsdekning

Brukerne ble spurt om hvilke udekkede tjenestebehov de hadde på ulike livsområder. Hvert angitt behov ble gitt tallverdi 1.

Tabell 5 Udekkede behov for tjenester vurdert av bruker og koordinator (n=28)

	Brukers vurdering av udekkede behov	Koordinators vurdering av udekkede behov
Etter 2 mndrs oppfølging	123	111
Etter 10 mndrs oppfølging	82	78
<i>Av de udekkede behov etter 2 måneder er:</i>		
Behov som er dekket	61	58
Fortsatt udekkede behov	62	53
Nye behov etter 10 måneder	20	25

Tabell 5: Sum udekkede behov etter 2 og 10 måneders oppfølging (N= 28)

Brukerne oppga at de hadde til sammen 123 udekkede behov ved starten av veiledningen. 8 måneder senere var antallet udekkede behov redusert til 82, hvilket vil si en reduksjon i udekkede behov på en tredjedel. Halvparten av behovene som ble registrert etter to måneder var nå dekket mens det etter 10 måneder var kommet 20 nye behov hos brukerne. Dette kan skyldes at brukerne etter hvert blir mer klar over og greier å sette ord på andre behov som de ønsker å få dekket.

I dette KPA-nettverket har brukerne i utgangspunktet presentert noen flere udekkede behov enn koordinatorene deres gjør for dem. Dette er ulikt tidligere KPA-nettverk: Der har koordinatorene oppgitt flere udekkede behov enn brukerne. En forklaring kan være at koordinatorene i Oslo legger større vekt på begrensede ressurser i tjenestetilbudet når de vurderer brukerens behov. Det kan også skyldes at brukergrupper som hadde mindre andel med psykotiske lidelser er flinkere til å uttrykke sine udekkede behov.

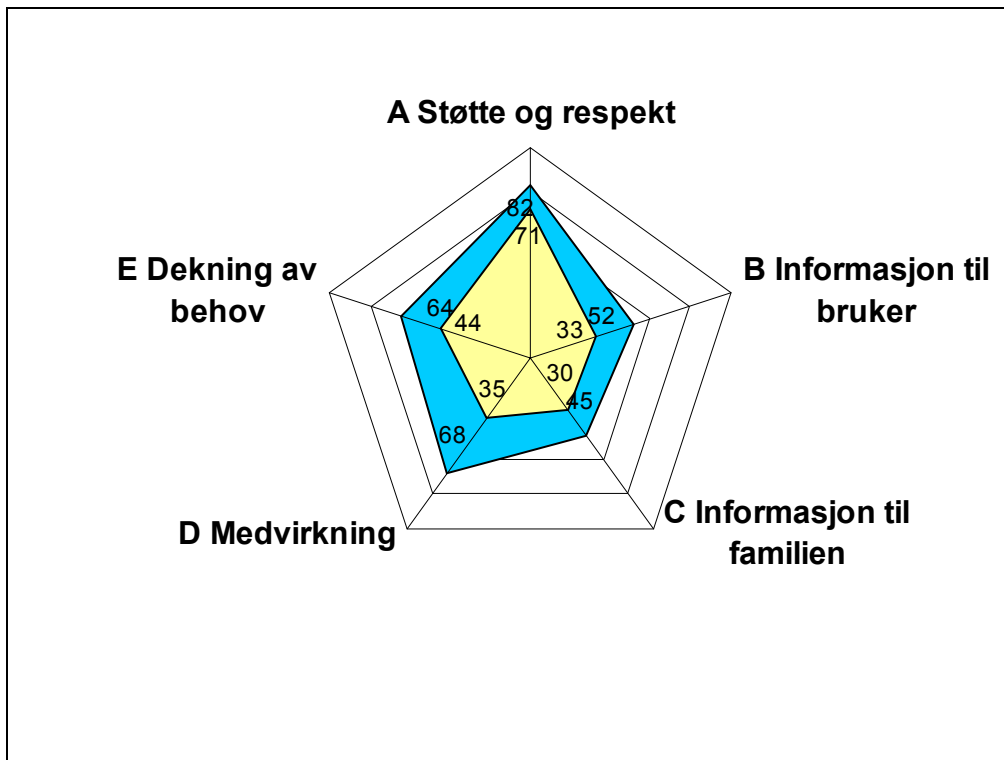
Vi ser at brukere og koordinatorene oppgir omtrent like mange udekkede behov etter 10 måneders samarbeid. Dette kan tyde på at brukere og koordinatorene arbeider seg fram til enighet om hva de anser som udekkede behov. Arbeidsmodellen bygger på at brukere og koordinatorene er likeverdige parter, og at det er av betydning å kunne se ulikt på en situasjon. Ulikhet er en kilde til vekst for begge parter.

Hver bruker hadde omtrent 4 udekkede behov i starten. Etter 10 måneder var dette tallet redusert til 2.9 udekkede behov per bruker. Antall udekkede behov per bruker er tilsvarende det vi fant hos brukere på Sunnmøre og i Akershus med unntak av i Asker og Bærum som lå noe lavere i udekkede behov, muligens fordi det kommunale tjenestetilbudet der er mer utbygget.

Brukerne har fortsatt mange udekkede behov. Dette understreker både at dette er en brukergruppe med store behov, og at det tar tid å få dekket behovene. De største udekkede behov er innenfor området sosial kontakt og familie, og dette er behov som vi vet har stor betydning for brukernes livskvalitet. Imidlertid ser vi av brukertilfredshetsmålingene at brukerne er markert mer fornøyd med dekning av behov etter 10 måneder, noe som kan tyde på at de har fått dekket sentrale behov.

5.1.9 Brukertilfredshet

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



Figur 4 Brukertilfredshet i prosent etter 2 og 10 måneders oppfølging (n= 28)

Gjennomsnittlig økning av brukertilfredshet fra 43% til 62%

Økning i brukertilfredshet er størst for medvirkning i sin egen oppfølging. Dette samsvarer med det vi finner i alle nettverkene som er gjennomført, og viser at dersom man arbeider med individualisert oppfølging over tid, styrker det brukermedvirkning. Brukermedvirkning er sentral i KPA modellen.

Fortsatt gjenstår det en del før vi kan si oss fornøyd, og tilfredsheten bør ligge over 80% på alle akser. Både manglende programoppfyllelse og behovsdekning forklarer hvorfor brukertilfredsheten ikke er optimal, og dette bekrefter at man kan stole på det brukerne sier. Brukerne er minst fornøyd med informasjon til seg selv og familien og dette er et område som det er viktig å fokusere på i opplæringen av koordinatorene. Tilstrekkelig informasjon til brukere og pårørende er en forutsetning for å kunne delta aktivt i sin egen oppfølging.

5.1.10 Åpne kommentarer til kartleggingsprotokollen

Flere av delene i protokollen inneholdt rom for kommentarer fra bruker og koordinator. Stort sett gikk intervjuene bra og protokollene er godt utfylt. Det var utfordringer i forhold til enkelte brukere.

Eksempler på dette er:

”Bruker nekter å svare på mye. Antagelig fordi hun synes det er privat. Hun har i utgangspunktet lite sans for skjemaer, og sier at hun ikke har psykiske problemer.”

”Bruker har stort sett nektet intervju. Har da reist seg og gått eller sagt at han ikke orker. Har kun fått spurt rundt enkelte områder, på ekstra gode dager. Er innimellom glad i å prate, men ønsker kun samtale om det han for øyeblikket er opptatt av.”

”Bruker var sint og oppgitt når intervjuet ble gjennomført. Hadde nettopp fått beskjed om at vederlag for opphold i institusjon skulle trekkes fra hans uføretrygd.”

En del koordinatorene delte opp intervjuet over flere møter og noen memorerte spørsmål og flettet dette inn i samtalen med brukerne.

Etter hvert som bruker og koordinator ble bedre kjent var det også lettere å oppnå en felles forståelse av hva som var brukerens mål. Eksempel på dette er:

” Brukeren er denne gangen (2.gangs intervju) mer realistisk i forhold til mål som kan gjennomføres, med tanke på at han har en alvorlig sinnslidelse. ”

Mange kommentarer viser at brukerne er fornøyd med å få en koordinator og at samarbeidet utvikler seg i retning av større brukervedvirkning. Eksempel på dette er:

” Vi har en god samhandling og bruker tar imot utfordringer om å ordne mest mulig selv. Hun har hatt en fin utvikling i forhold til å ta sjanser, prøve nye utfordringer og ikke gi opp. Har etter hvert fått en fin plan rundt hverdagene sine og virker fornøyd. Stor brukervedvirkning, men trenger mye motivasjon i perioder. Får støtte og anerkjennelse på alt hun får til.”

”Brukeren bestemmer hva som skal gjøres i samarbeid med koordinator. Brukeren er i dag meget fornøyd med det som er endret i forhold til bolig.”

Mange koordinatorene opplevde at intervjuene ga nyttig informasjon om brukerne og at brukerne selv opplevde det positivt å bli spurt grundig om sin situasjon.

5.2 Evaluering av veiledningsgruppene

Koordinatorer fylte ut en skriftlig evaluering av veiledningsgruppene etter 6 og 10 måneder (Vedlegg 2). Dette var tilbakemelding til veilederne og til prosjektledelsen. Evalueringene etter 10 måneder ble samlet inn og systematisert av GRUK.

Resultatene ble meldt tilbake til hele læringsnettverket på erfaringskonferansene i bydelene. 28 koordinatorene svarte. Spørsmålene var åpne og man kunne angi flere svar. Disse ble kategorisert og bearbeidet av GRUK. Svarene er vist nedenfor.

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

- Betydningen av regelmessig og langsiktig oppfølging (7)
- Systematisk arbeid etter KPA modellen (7)
- At arbeidet med disse brukerne tar tid (7)
- Å samarbeide på tvers av faggrupper og etater (6)
- Brukervedvirkning, og å lytte til bruker (5)

Det er interessant at mange koordinatorene fremhever betydningen av regelmessig og langsiktig oppfølging, og at dette tar tid. Denne brukergruppen er helt avhengig av langsiktighet og kontinuitet for å nå sine mål. Eksempler på dette er:

” At det å møtes jevnlig er fruktbart. å ha god tid.. Kontakten blir dypere og flere behov og ønsker kommer fram.”

”Koordinering tar tid. At jobbing jevnt og hyppig med en bruker styrker relasjonen og tillit og dette påvirker koordineringsarbeidet positivt. ”

” At ting tar tid og må ta tid dersom det skal bli vellykket.”

”Kontinuitet og stabilitet er viktig. Faste møter og å være konsekvent både i forhold til bruker og øvrige tiltaksnettverk.”

Å ta utgangspunkt i brukerens ønsker og behov er et sentralt element i KPA modellen og er med å sikre reell brukervedvirkning. Dette blir kommentert av flere koordinatorene:

”Fokuset på klienten og veiledningen har gjort at jeg har kommet lenger i arbeidet enn jeg hadde trodd var mulig.”

”Lytter mer til brukeren.”

2. Hva trenger du å lære mer om?

- KPA-modellen og bruk av den, herunder å skrive IP (11)
- Kunnskap om psykiatri (9)

- Tiltaksnettverk og tverrfaglig arbeid (3)
- Hvordan videreføre KPA (2)

Behovet for å lære mer om koordineringsarbeidet og individuell plan viser at dette er noe som må jobbes med langsiktig for at vi skal få et tjenestenettverk som samarbeider etter felles modell til beste for brukerne. Eksempler på utsagn om dette er:

”Bli mer konkret i målsettingsarbeidet.”

”Få metoden inn under huden. Hvordan ende opp med en individuell plan og hvordan den skal se ut.”

”Hvordan lage en kortfattet individuell plan som bruker er fornøyd med. Mange takker nei til en individuell plan.”

Det var flere i dette nettverket som ønsker mer psykiatrifaglig veiledning, og dette er muligens fordi færre av koordinatorene hadde videreutdanning i psykiatri enn det vi har sett i andre nettverk. Vi vet fra veiledningsgrupper som har fortsatt over flere år at når KPA modellen er innarbeidet, blir det plass til mer psykiatrifaglig innhold i gruppene.

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

- Åpent og godt klima (25)
- Tverrfaglighet øker læringsutbyttet (3)
- Varierende oppmøte (3)
- Annet:
- Lite ny læring, for lite om bruk av metoden i praksis
- Engasjerte og flotte veiledere
- God mulighet for refleksjon, støtte og respons

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

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

- Ønsker ingen endring (10)
- Mer konkret metodisk veiledning (4)
- Mer psykiatri (2)
- Annet:
- Mer ensartet brukerguppe
- Veiledning 1 gang per mnd nå
- Økonomi og personell for å gjennomføre opplegg for bruker
- Oppmøteplikt i gruppen
- Strukturert plan for bruk av KPA i veiledningen
- Ikke mer enn 6 i gruppen

De fleste virket godt fornøyd med veiledningen og på erfaringskonferansene ble det fremhevet fra alle gruppene at veiledning ble opplevd som en forutsetning for å lykkes i arbeidet med å følge opp denne brukerguppen.

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

Tabell 6 Vanskelighetsgrad i å gjennomføre arbeidsprosessen i KPA (n=28)

Faser i KPA- arbeide	Lett	Middels vanskelig	Vanskelig	Ikke utført	Ubesvart
Avklare rolle og ansvar som koordinator	8	15	5	0	0
Utvikle relasjon til brukeren	23	4	1	0	0
Sikre forholdet til tiltaksnettverket	9	18	1	0	0
Kartlegge brukers situasjon og personlige ressurser	6	19	3	0	0
Kartlegge mål og behov	7	15	6	0	0
Velge strategi og planlegge oppfølgingen	6	17	4	0	1
Koordinere tiltak	16	10	2	0	0
Vurdere resultat og justere planer	7	16	1	2	2

Tabellen viser at utvikling av relasjon til bruker vurderes som enklest av trinnene i arbeidsprosessen. Det kan delvis skyldes at mange av koordinatorene kjente brukeren fra før. Å utvikle relasjonen til nettverket var det heller ikke mange som fant vanskelig. Avklaring av rolle og ansvar som koordinator ble det arbeidet systematisk med i alle veiledningsgruppene, og dette ble vektlagt på alle samlinger for veiledere og tilretteleggere. Det at kun 8 fant dette lett er en bekreftelse på at det tar tid før rollen som koordinator blir kjent og får legitimitet i systemet. Forskning fra England viser at en klar rolle- og ansvarsdeling i tjenestenettverket er en nøkkelfaktor for å lykkes med oppfølgingen av brukerne(8).

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

Å lage en plan for oppfølgingen, vurderes også som middels vanskelig eller vanskelig av flertallet av koordinatorene. Dette er uvant for mange koordinatorene, og dette var den arbeidsfasen der programoppfyllelsen var lavest. Det vil kreve ytterligere opplæring og veiledning før dette blir fullstendig gjennomført. Siden utarbeidelsen av individuelle planer nå er en lovpålagt oppgave må dette prioriteres i veiledningsgruppene.

Evaluering av oppfølgingen og justering av planene var det flere som ikke hadde utført, og flertallet som hadde kommet så langt i arbeidsprosessen fant dette middels vanskelig eller vanskelig. Dette samsvarer med at programoppfyllelsen for denne delen av arbeidsprosessen er lav. Selve koordineringsarbeidet; det å få på plass tiltak og tjenester brukeren har behov for, ble vurdert som enkelt av flertallet, og samsvarer med at programoppfyllelsen for denne del av arbeidsprosessen var høyere.

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

Det var også en rubrikk for åpne kommentarer, og her er noen eksempler som viser utfordringene i arbeidet::

”Brukeren er motivert og positivt innstilt på endring og samarbeid. Vi har prøvd ny metode for å finne egnet jobbtrening. Utfordrende å ikke gjøre bruker mer hjelpetrengende enn nødvendig. Kartlegging tar tid”

”Første tiden svært begrenset nettverk som medførte mange roller og praktisk gjennomføring. Vi hadde en relasjon før oppstart, men flere ganger vanskelig å oppnå kontakt. Bruker er ambivalent til bruk av skjemaer. Mål kan variere og han har ambivalens som gjør gjennomføring vanskeligere.”

”Bruker og pårørende hadde urealistiske forventninger til meg allerede før jeg startet som koordinator.”

”Koordinator hadde god relasjon til bruker før, men nå enda bedre. Det har skjedd mye på 1 år, store forandringer i situasjon og tiltaksnettverk. Lite stabilitet. Mål og behov endrer seg kontinuerlig for brukeren. Når ett tiltak kom i gang endret livssituasjon seg og man måtte hele tiden tenke nytt.”

”Jeg oppfattet meg allerede som en koordinator for brukeren og var kjent med han fra før og hadde en god relasjon. Jeg opplevde nettverket som noe passivt og kanskje ble det litt lettere å få dem på banen når jeg var formell koordinator. Brukeren var verbalt god og hadde god selvinnsikt. Brukeren hadde ikke mange personlige mål og ønsket seg lite tiltak. Det var en utfordring å skille mellom mine og brukerens ønsker.”

”PU bruker. Jeg er leder for boligen, og har overordnet ansvar for alle tiltak til bruker. Samhandler godt men hun kan ikke forstå vanskelige spørsmål. Alle har vært positive til tiltaket og tiltaksnettverket har tatt initiativ i perioder der bruker var dårligere og tiltak måtte endres. Jeg kjente ikke brukeren fra før og hennes utviklingshemning gjorde at kartlegging tok lang tid. Bruker hadde store påkjenninger underveis og endringer er vanskelig for henne. Vi har kommet godt i mål men det er så mange aktører rundt brukeren at strategi og planlegging var krevende. Justering av planer vanskelig pga alle som skal samhandle.”

6.0 Erfaringer fra bydelene

Erfaringene på systemnivå blir framstilt separat for de 3 bydelene for å klargjøre forskjeller og tydeliggjøre erfaringene i lys av den situasjon bydelene befant seg i. Opplysningene kommer fra tilretteleggerne i bydelen samt det som kom fram på erfaringsseminarene og fra erfaringskonferansene som ble avholdt i hver bydel. Erfaringene fra brukere, koordinatorene og veiledere vil bli framstilt samlet.

6.1 Bygdøy-Frogner bydel.

Bydelen hadde to tilretteleggere med ulik fagbakgrunn og arbeidssted i organisasjonen. Begge var involvert i bydelens arbeid med koordinering av tilbud til mennesker med sammensatte problemer og hadde en bred kontaktflate til ulike tjenester. Dette gjorde det lettere å informere om prosjektet, og å finne fram til egnede koordinatorene og brukere. Underveis i prosjektet kunne disse to drøfte og følge opp erfaringer i bydelen, og gi innspill til organisasjonens formelle struktur: Gode rutiner for individuell planarbeid i bydelen ble utviklet og vedtatt i løpet av prosjektperioden..

Bydelens direktør var positiv til prosjektet og holdt en engasjert innledning ved startkonferansen i bydelen hvor han ga full støtte til prosjektet. Han oppnevnte tilretteleggerne. Videre deltok han som eneste bydelsdirektør på en halvveisevaluering for lederne og tilretteleggerne. Det var i perioden omorganisering i bydelen og begge tilretteleggerne sto i fare for å miste jobben. Begge fikk nye stillinger i bydelen og fortsatte som tilretteleggere. De var dessuten begge også med som koordinatorene for egne brukere.

Bydelen fikk ny direktør i prosjektperioden og denne ble satt godt inn i prosjektet og holdt et engasjert innlegg på erfaringskonferansen i bydelen ved prosjektslutt.

Informasjonsarbeidet i bydelen om prosjektet var godt og det var stort fram møte på start- og erfaringskonferanse. Videre tok tilretteleggerne initiativ til eget møte for mellomledere og bestillerkontoret og i samarbeid med disse laget rutiner for det videre KPA arbeidet i bydelen.(se vedlegg 3). Dette knytter KPA-arbeidet til individuell plan og det ble laget en håndbok for alle ansatte som skal arbeide på denne måten (*Håndbok for koordinator og individuell plan*). Den inneholder rutiner, skjemaer som er vedtatt innført, generell informasjon og statlige føringer. Videre ble det igangsatt tverrfaglig videreutdanning for 40 medarbeidere i rehabilitering.

Det ble opprettet to veiledningsgrupper med 8 koordinatore i hver gruppe. To trakk seg tidlig; en var ny i jobben og følte det ble for mye å sette seg inn i. Den andre mistet motivasjonen og greide ikke å prioritere tid til dette arbeidet. Gruppene var tverrfaglig og tverretattlig sammensatt. Etter prosjektslutt ønsker 9 videre veiledning og 4-5 ønsker seg ny bruker i tillegg til den de har. Videre er det nye interesserte som ønsker å starte som koordinatore. Bydelen ønsker etter hvert å tilby veiledningsgrupper til alle personlige koordinatore som har behov for dette.

6.2 Sogn bydel

Det ble valgt en tilrettelegger som også var koordinator for rehabilitering. Hun var leder av bydelens fagråd og dette fungerte som en uformell styringsgruppe. Hun var plassert sentralt i avdeling for hjemmebaserte tjenester, noe som var gunstig for gjennomføringen av prosjektet I prosjektperioden var det en omfattende omorganisering i bydelen og tilrettelegger byttet arbeidssted og var da ikke i lederteam eller organisert sammen med dem. Dette vanskeliggjorde informasjonsarbeidet og samarbeidet med ledelsen i bydelen. Det var nedsatt et STA utvalg (samarbeidsutvalg mellom sosialetat, trygd og a-etat), men det lykkes ikke for tilrettelegger å få diskutert prosjektet i dette utvalget. Tilrettelegger var også koordinator for en bruker. Prosjektet hadde full formell støtte fra bydelsdirektør som deltok på start og evalueringskonferansen i bydelen, men ikke på halvveisevalueringen.

Det ble opprettet 2 veiledningsgrupper i bydelen med til sammen 14 koordinatore. Ved avslutningen var det en gruppe igjen med 6 deltagere. Hovedårsaken var at flere byttet jobb og fire sluttet i sin stilling etter omorganisering bydelen. I tillegg falt en fra på grunn av sykdom og to fordi prosjektet ikke samsvarte med deres forventninger. I tillegg valgte bydelen kun å ta med koordinatore fra en av to fagavdelinger noe som svekket forankringen av prosjektet i bydelen.

I tillegg til systemproblemer viste det seg at bydelen hadde problemer med å finne brukere med psykisk funksjonshemming og omfattende behov for koordinering. Dette førte til at noen av brukerne som ble valgt var lite egnet for prosjektet.

Til tross for disse vanskelighetene var tilbakemeldingene gode fra koordinatore og brukere som var med. På erfaringskonferansen ble det uttrykt ønske om å fortsette med KPA og for å innarbeide dette i den ordinære driften. Det ble lagt fram forslag til rutiner for individuell plan og koordineringsarbeidet i bydelen, der ansvaret blir lagt til bestillerkontoret, og der ansatte som tar på seg koordineringsarbeid vil få tilbud om å delta i veiledningsgruppe.

6.3 Sagene-Torshov bydel

Bydelen valgte en tilrettelegger som var konsulent for vurderingsteamet, og ansatt innen helse- og sosialavdelingen. Selv om bydelsdirektøren var med på informasjonsmøtet om prosjektet, var det helse- og sosialsjefen som skrev under for bydelen og formelt sett var prosjektet derfor kun forankret i en av de fire tjenesteavdelingene i bydelen (de andre avdelingene var barn- og ungdom, kultur- og utvikling, og pleie, rehabilitering og omsorg). Når tilrettelegger i tillegg måtte gå tjenestevei med informasjon og spørsmål angående prosjektet, resulterte dette i manglende forankring og kjennskap til prosjektet i deler av bydelens administrasjon. Bydelsdirektøren var heller ikke til stede på start eller erfaringskonferansen, og ikke på halvveisevaluering for bydelsdirektører og tilretteleggere. Tilrettelegger prøvde å innkalle

mellomledere fra alle avdelinger til et informasjonsmøte, men kun 2 av 24 møtte. I starten av prosjektet var det mening at vurderingsteamet i bydelen skulle fungere som referansegruppe for prosjektet men dette fungerte ikke.

Tilrettelegger var ikke selv koordinator, men deltok som observatør i en veiledningsgruppe gjennom hele prosjektperioden. Hun sluttet i sin stilling 2 måneder før prosjektslutt og ny tilrettelegger, som hadde fulgt prosjektet, kom inn i stedet.

Det ble startet 3 tverrfaglige og tverretatlige veiledningsgrupper med 24 koordinatore. Fire sluttet i sin stilling og forlot gruppene av den grunn, og en ble langtidssykmeldt. To trakk seg før de fikk en bruker å koordinere, og en trakk seg fordi hun vurderte å skifte stilling. Det har kommet 3 nye koordinatore i løpet av prosjektperioden slik at det ved prosjektslutt fortsatt er 3 veiledningsgrupper med til sammen 18 deltagere som ønskes videreført.

Det er utarbeidet rutiner i bydelen for hvordan henvendelser om koordinering og individuell plan skal mottas og behandles, og det er i dag en adresse for dette i bydelen. Men det er ikke besluttet hvordan KPA arbeidet skal videreføres.

For en grundigere beskrivelse av tilretteleggers erfaringer i Sagene-Torshov henvises til vedlegg 4 som også omhandler hvordan koordinatore og brukere ble valgt ut.

6.4 Oppsummering av erfaringer fra tilretteleggerne i bydelene

Det er tydelig fra dette og andre nettverk hvor sentrale tilretteleggerne, og deres posisjon i organisasjonen, er i gjennomføringen av læringsnettverket og de langsiktige resultatene som oppnås.

En viktig oppgave for tilretteleggerne var å sikre støtte fra ledere og mellomledere for prosjektet. I en bydel var det to tilretteleggere og dette sikret kontinuitet og gav tilretteleggeren en person å samarbeide med. Tilretteleggerne i bydelene var ikke i lederroller og hadde oftest begrenset tilgang til ledelsen i sin bydel. Det hadde derfor vært en fordel om det hadde blitt dannet en lokal styringsgruppe i hver bydel av ledere for de ulike tjenesteavdelingene.

Noen tilretteleggere var også personlig koordinatore og arbeidet aktivt med KPA og deltok i veiledningsgruppen. Dette var en klar fordel. De lærte å kjenne modellen godt, og de så lettere hvilke systemproblemer de andre koordinatorene slet med.

Forankringsprosessen var også avhengig av stabiliteten i organisasjonen og hvor mange andre prosjekter som var i gang i samme tidsperiode. Den store omorganiseringen i Oslo kommune har helt klart komplisert arbeidet for tilretteleggerne.

Støtte fra ledere og mellomledere var avgjørende for at koordinatorene skulle få legitimitet i kommunen og få nødvendige arbeidsbetingelser for å gjennomføre oppfølgingen. Noen steder manglet dette, og koordinatorene følte at det var vanskelig å få nødvendig tid til arbeidet. Noen koordinatore trakk seg fra veiledningsgruppene på grunn av en belastet arbeidssituasjon.

7.0 Erfaringer fra koordinatore og brukere

På erfaringskonferansene i bydelene deltok brukere og koordinatore og fortalte om sine erfaringer. Disse gjengis samlet for bydelene av hensyn til personvernet.

Koordinator (psykiatrisk sykepleier i hjemmetjenestene) som forteller om sitt arbeid med Caroline. Hun har lest gjennom og gitt sin tilslutning til at dette skrives i sluttrapporten.

”CAROLINES LIV BESTÅR AV BEKYMRINGER, GLEDER, SKUFFELSER, DRØMMER, MOTLØSHET og HÅP FOR FREMTIDEN!

Caroline er en 29 år gammel kvinne. Hun har et nydelig vesen, men ser det ikke selv. Hun er stillferdig, liker ikke å gjøre vesen av seg og er sjenert. Hun har et tillitsvekkende, mildt ansikt; viser sjelden - eller aldri (dessverre) tegn på sinne. Høsten 2001 var hun innlagt 3 mnd. på Modum. Før innleggelsen var hun sengeliggende mesteparten av døgnet! Hun så liten mening med å leve. Hadde ingen ting å gjøre og ingen ting å gå til. Selvtilliten var på bønn.

Hun ble svært engstelig og nedstemt av dette; hun isolerte seg mer og mer og til slutt ble hun redd for å treffe og være sammen med mennesker. - Hun kom inn i en vond sirkel som hun ikke klarte å komme ut av alene. På Modum fikk hun diagnosebildet; unnvikende personlighetsforstyrrelse, angst, moderat depresjon, noe tvangspreget og sosial fobi.

Caroline hadde god effekt av behandlingen på Modum. Psykiatrisk sykepleier i bydelen fikk henvendelse fra sykehuset; Caroline trengte en kontaktperson i bydelen for støtte, oppfølging og bli bedre kjent i bydelen etter utskrivelsen fra Modum. Caroline kom hjem i november 2001. Hun ønsket at psykiatrisk sykepleier skulle komme HVER morgen. Hun ønsket tilsyn og samtale så ofte som mulig. Caroline var redd hun skulle legge seg til i

senga uten å orke å stå opp. Vi; (dvs. Caroline og psykiatrisk sykepleier), ble enige om EN intensiv uke med oppringing hver morgen kl. 9.00; Trappet så dette helt ned til å møtes

en gang pr. uke for sammen å planlegge og motvirke hvordan hun kunne unngå å falle tilbake i samme mønster med å bli liggende utover dagen. Først måtte vi i fellesskap finne ut hva hun konkret ønsket å gjøre for å komme seg opp; få mer mening og positive opplevelser i hverdagen. Caroline hadde et fantastisk utgangspunkt for å få det bedre; Hun virkelig

ønsket forandring i livssituasjonen og hadde i utgangspunktet flott motivasjon og engasjement for samspill, støtte og endringsarbeid i forhold til å få det bedre i livet på tross av sine psykiske plager. Caroline hadde tre hovedønsker som hun håpet å få gjennomført med støtte, tilrettelegging og samarbeid med psykiatrisk sykepleier.

Ønske 1: Få noen nye venner og bli kjent med bydelen; Øke nettverket.

Ønske 2: Struktur i hverdagen; Ha noe meningsfullt å gjøre og - å gå til...

Ønske 3: "En liten jobb, kanskje"....

. Vi måtte lage en god plan og strategi med en gang, mens motivasjonen og lysten var "blomstrende". Vi gjennomførte en grundig kartlegging rundt flere viktige livsområder; Boligsituasjon, økonomi, familie, venner, personlig ressurser, hindringer og styrker, utdanning, tidligere eventuelle jobberfaringer, interesser og fritidsaktiviteter. Ved første hjemmebesøk oppdaget jeg raskt at Caroline er en ordensdame med estetisk sans; Hjemmet bærer preg av at hun liker å pynte; Fargene er i sart pastell; hun har florlette gardiner, tynne porselenskopper; Hun selv ser ordentlig ut; Hun har en forsiktig, sart stemme som hun ofte har en opplevelse av nesten forsvinner helt når hun snakker. Unngikk av den grunn ofte å snakke med folk før.

Samtidig med omfattende kartlegging startet vi med en gang på ønsket om å bli kjent med mennesker og tilbud som finnes i bydelen; Vi har et fint utgangspunkt for å imøtekomme dette ønske i bydelen; Et aktivitetssenter med kafé, datatilbud, matlagingskurs osv. for folk med psykiske problemer. De første gangene trengte hun følge - og behov for at jeg var til stede mens hun var de. Hun ble etter hvert tryggere og besøker kafeen jevnlig, alene

nå; er med på matlaging, servering osv. Hun opplever at andre syns det er hyggelig at hun kommer. Hun har fått, nye bekjente og noen hun prater litt ekstra med. Den første tiden hadde vi ukentlig tid til samtaler, refleksjoner, vurderinger, støtte og motivasjon. Nå møtes vi en gang hver 14 dag; Hun ønsker etter hvert også å forholde seg mer aktivt og selvstendig

til andre mennesker. Dette er imidlertid en lengre prosess som krever mye hard jobbing fra Carolines side. Hun har før vært vant til å holde seg i bakgrunnen og heller gjemme seg bort.

Caroline trenger for tiden hjelp fra psykiatrisk sykepleier som er Carolines kontaktperson, koordinator og tilrettelegger i bydelen. Videre trengte hun et kulturtilbud ved Dag og aktivitetssenteret, hjelp fra trygdekontor ift. økonomi og rehabiliteringspenger, og sosialkontor ift. bostøtte, og fra fastlege ift. medisiner, og fra psykolog ift. samtalerterapi

I tillegg; tilrettelegging og samarbeid mellom psykiatrisk sykepleier, leder/eier av en stor blomsterbutikk

i annen bydel i Oslo - og Caroline i forhold til arbeidstrening og jobbkompetanse.

På våren 2002 tok Caroline og psykiatrisk sykepleier fatt på ønsket om å ha en liten jobb; Hun hadde allerede oppnådd bedre struktur på hverdagen, selv om hun enkelte dager kunne bli liggende utover. Hun hadde fått flere bekjente via aktivitetssenteret; Noen å ringe til, få telefon fra.. Noen å møte av og til... Noe å se frem til i løpet av dagen. Caroline hadde selv forslag til noen områder hun kunne tenke seg å arbeide innenfor; 1) I barnehage med bitte små barn som hun kunne stelle og gi omsorg..2) I blomsterbutikk - for hun er så glad i vakre blomster, planter, farger, dufter osv. Ønske om å lære mer om blomster og planter.3) I bibliotek i barneavdeling... Interesse for barne - og billedbøker. Vi ble enige om at Caroline skulle undersøke konkrete jobbsteder med adresse og telefonnr. som var interessante steder for henne. Hun skulle skrive en liste med arbeidsstedets navn, adresse og telefonnr. -

Så skulle jeg ringe og legge frem hennes ønske om jobbtrening på akkurat disse stedene og evt. samarbeide om egnet opplegg for/sammen med Caroline og leder for det aktuelle arbeidsstedet. Caroline synes dette var spennende; Fant frem en aktuell barnehage i nabobydelen; Jeg ringte, avtalte, og - vi var på møte der. Hun fikk se leder og barna i en avdeling. Barna var dessverre litt større enn Caroline hadde ønsket seg; De var fra 3-5 år og ganske bråkete, som barn i den alderen skal være. Caroline hadde imidlertid ønsket seg spedbarnsstue så vi undersøkte litt videre. Det viste seg vanskelig å finne avdelinger som hadde spedbarn. Neste skritt var navn, adresse og telefonnr. til 6 blomsterbutikker i nabobydelen. Vi ringte flere; Blomsterbutikkene med to ansatte synes det ble for stort prosjekt å ta imot en på arbeidstrening. Vi fikk imidlertid avtale om møte og arbeidstrening i en stor og fin blomsterbutikk med 6 ansatte. En spennende utfordring både for Caroline, lederen i blomsterbutikken og psykiatrisk sykepleier. Dette fungerer veldig fint! Caroline er fast i butikken to dager i uken fra kl.9.00 - 13.00. Nå møter hun utfordringer i to forskjellige miljøer; Et beskyttet miljø i aktivitetssenteret og et ubeskyttet miljø ute i samfunnet - via blomsterbutikken. Hun opplever forskjellige mennesketyper; I blomsterbutikken travelhet, kunder, samspill, diskusjoner de ansatte imellom osv. Psykiatrisk sykepleier og Caroline bruker tid på refleksjoner, motivasjon og oppmuntring i forbindelse med denne jobbtreningen. Noen dager er veldig bra og spennende; Andre dager er såre og vonde; Hun opplever seg annerledes enn de andre ansatte og føler seg av og til litt utenfor fellesskapet, men har for det meste gode opplevelser og føler seg inkludert. Blomsterbutikken skulle imidlertid ha julebord. Caroline ønsket seg veldig å bli invitert, og jeg ønsket også for henne at hun skulle bli det! Hun ble dessverre ikke spurt om å bli med. Vi brukte da mye tid på å snakke om at det er normalt å bli såret hvis en ikke blir invitert til en fest en skulle ønske en ble buden til. Alle opplever det en gang iblant; Caroline tar stadig nye sjanser og møter nye utfordringer. Hun har i det siste ønsket å få gjøre litt andre oppgaver i blomsterbutikken enn hun har hatt til nå. Etter en del motivering, ble vi enige om at vi skulle ha møte med lederen i blomsterforetningen om dette. Caroline spurte på sin forsiktede måte om det var mulig med litt flere og varierte oppgaver. Lederen i blomsterbutikken var positiv til forespørselen og arbeidsdagen til Caroline er blitt mer spennende. Nå ønsker hun å begynne på blomsterbindingskurs etter sommeren. Hun har fremdeles vanskelige dager med nedtrykthet, initiativløshet og motløshet; men hun kjemper virkelig mot å legge seg til. Har hun en dårlig periode, avtaler vi litt hyppigere møter for støtte, samtaler, og motivasjon. På tross av sine psykiske vanskeligheter opplever hun nå HÅP for fremtiden og MENING i hverdagen.... Hun har utvidet horisonten, MESTRER mer og utvikler stadig nye ønsker og behov. Det er god bevegelse i livssituasjonen. Hun uttrykker at når hun har klart å overvinne isolasjonstendens og sengeleie, er det håp om at andre kan klare det samme med støtte, motivasjon og systematisk planlegging og gjennomføring av en del tiltak for å oppfylt sine ønsker og behov.

Bydelen var med i et prosjekt om KPA-modellen akkurat da Caroline trengte hjelp og støtte i sin vanskelige livssituasjon. Caroline takket ja til å utforme en individuell plan; Både hun som bruker og jeg som støttespiller, koordinator og tilrettelegger synes det var fint og være med i prosjektet og ser resultatet av systematisk fremdrift for å nå en persons ønsker og behov.”

Koordinator (sosionom) legger fram arbeidet med en bruker og brukeren og søster har skrevet et brev som hun leser opp og som vi har fått lov å referere i rapporten:

”Det er himmelvid forskjell på erfaringene nå mot tidligere. Holdningene er helt forandret, det er nå åpenhet og effektivitet, de pårørende blir hørt i langt høyere grad, samordningen mellom de forskjellige instanser er mye mer vektlagt. Vi takker for en utrolig god ivaretagelse.

Koordinator gjøre det lettere å forholde seg til systemet, hun har trådene i sin hånd og kjenner kanalene. Det skaper trygghet og gjør ting enklere. Vår kontakt med koordinator har vært udelt meget bra.

Koordinator har lyttet og forklart, har gitt gode ideer, og løsninger og oppmuntret til det som blir gjort etter våre egne ideer og samarbeid. Det er viktig at pasient og de pårørende blir støttet i det en selv kan gjøre for å bli bedre.

Vi mener KPA må passe bra for de aller fleste. Vi har inntrykk av at KPA er i en utviklingsprosess og samler erfaring. Hva vi føler som et skisma er forholdet til psykiatrisk medisin, som ikke viser samme åpenhet og menneskerespekt (for pasientens egne følelser, behov og erfaringer).”

Koordinator i hjemmetjenesten:

”Jeg dro hjem til bruker i går for å oppsummere hva som er annerledes enn det ville vært uten KPA. Hovedmålet til brukeren var å bli så frisk at hverdagen føles som god. Brukeren sier at det har vært trygt og godt å ha faste trefftider. Da har jeg noe å forholde meg til. Jeg visste at koordinator var der for å hjelpe meg. Hadde nok ikke kommet så langt hvis jeg ikke hadde skrevet ned målene mine. Vi har brukt verktøy fra KPA for å kartlegge mål. Noe må modnes; og noen ganger går det og noen ganger ikke. Det er nødvendig med tålmodighet.”

Koordinator fra sosialkontor:

”Jeg kjente brukeren fra 98 med en del avbrudd. Bruker opplevde hjelperne i bydelen som moraliserende, urett var blitt begått. Flere av hjelperne var oppfordret til å være koordinator for denne brukeren. Brukeren tente på å ta i bruk metoden. Det ga tillit. Jeg hadde tidligere ikke klart å gjøre noe for henne, men var ikke blitt hennes motstander. Brukte mange av skjemaene i arbeidet med brukeren. Nettverkskartet først. Det var sterkt for brukeren å gjøre det. Vanskelig for henne å være nær, hun har behov for avstand. Hjelperen var den personen som var lengst inn i sirkelen (nærest henne); hun kunne tegne det, men ville ikke si mer..

Var glad for å bli spurt om hva hun mente. Kom opp tanker som ikke hadde vært framme før. Koordinator hadde selv tenkt at spørsmålene var invaderende for bruker, men hun reagerte ikke slik. Hennes mål var å reise til Karibien – og der er hun nå på et midlertidig opphold.”

Koordinator fra sosialkontor:

”Prosjektet har satt tankene i system, spesielt i forhold til kartlegging. Både bruker og jeg har blitt mer bevisste på hva vi jobber med, og hva som har vært utgangspunktet for hvert møte. Det har vært brukt mer tid og jeg har mottatt veiledning. Det har gitt oversikt og tydelighet, og det har gjort det enklere og klargjort hensikten med samarbeidet og min rolle overfor brukeren. Arbeidsarkene er flittig brukt og de begynner å komme innunder huden, fordi jeg merker at jeg anvender dem i møtet med nye deltakere. Jeg kan sende noen skjemaer til samarbeidspartnere med spørsmål om de kan fylle det ut sammen med bruker, for eks. skjema om varselsignaler for en ustabil periode.

Brukeren opplever at nytten for han mye ligger i at han har fått et sted å komme med det han er opptatt av. Det å ha faste møtetider og forutsigbarhet.

Han har lært brukermedvirkning og vi har sammen innkalt til ansvarsmøter, skrevet sakslistene og han hatt hjemmelekser med å lage liste over det han lurte på.

Jeg har lært at det er viktig å bruke tid og at det kreves en stor porsjon tålmodighet i prosessen. Videre å sette grenser. Det har ikke alltid vært lett men metoden klargjør hva den enkelte skal gjøre. Jeg har lært å trekke meg mer tilbake, tro mer på brukerens ressurser og gi mindre råd. På mange måter har det blitt sånn at jo mer avslappet jeg har vært, jo mer ansvarsfull og aktiv har min bruker vært. Videre ser jeg at jeg ikke trenger å gjøre alt selv. Med systematisert oppfølging har det vært mindre tvil om hvem som skal gjøre de ulike tingene.”

8.0 Erfaringer fra tilretteleggere og veiledere fra DPS

Tilrettegger fra DPS var meget sentral i prosjektet og var som navet i et hjul der eikene var bydelstilretteleggere, veiledere, GRUK og lederne i DPS. Hun har gjort en stor og viktig jobb i å rekruttere veiledere, inspirere ledere og medarbeidere, samarbeide med bydelene og informere andre deler av psykiatrien om prosjektet. Sammen med GRUK ble det gjennomført informasjonsmøte for 50 medarbeidere ved akuttpsykiatrisk avdeling ved Ullevål sykehus. Videre har hun hatt informasjons møter på avdelingene i DPS og i bydelene sammen med tilretteleggerne. Her er hennes oppsummering som tilrettegger.

Mine oppgaver har vært:

- *Å holde lederne motivert for KPA. Å finne veiledere. Å søke om penger.*
- *Jobbe gjennom ledere og mellomleder og direkte mot klinikerne for å finne veiledere. Vi ønsket å ha veiledere fra alle enheter i DPSen, og helst å ha med samarbeidspartnere innen psykiatrien. Allmenpsykiatrisk kunne ikke stille med veileder av praktiske grunner, men var veldig velvillige i forsøket på å løse oppgaven. Vi fikk en veileder fra PUT, som vi er veldig glad for.*
- *Å arrangere opplæringsdager for veilederne i starten av prosjektet, og for de veilederne som kom med etter hvert.*
- *Å samle veiledere og tilretteleggere jevnlig igjennom året. GRUK har stått for innholdet i samlingene.*
- *Sende ut informasjon om prosjektet, til samarbeidspartnere og Ullevål nytt.*
- *Hjelpe veilederne underveis.*
- *Samarbeide med tilretteleggerne i bydelene.*

Hva har jeg lært?

Metoden KPA

- *At det er lett å miste den av syne. Prosessen er så sakte at man kan lure på hva man gjør. Den er lett og veldig vanskelig på samme tid. Jeg lurar stadig på hva som inngår som metode, og får stadig ny forståelse for metoden.*

Veiledningsgruppene

- *Man er helt avhengig av motivasjon. Det er som om de ikke kan forberedes godt nok. Hele dette året har vært en stor læringsprosess.*
- *Mange av koordinatorene hadde ingen erfaring med psykiatri fra før. Det var derfor problematisk med utvelgelsen av brukere. Når mange nå synes de har valgt for enkle eller feil brukere kan det henge sammen med at de har fått avmystifisert noe av psykiatrien i løpet av dette året. Mange ville ikke ha så kompliserte saker for et år siden.*

Rammebetingelsene for veileder og koordinatører

- *Veilederne har ofte vært ledere eller nær lederne. De har absolutt fått aksept for å bruke tid annenhver uke til veiledning. Men, det har ikke ført til noen reduksjon av andre oppgaver, slik at KPA har blitt et ekstra ansvar. DPSen er i forandring hele tiden, noe som gjør det vanskelig å beregne arbeidsbelastningen over tid.*
- *Koordinatorerne har også måttet leve med en for stor arbeidsbyrde. For noen er det lederne som kan beskytte dem, for andre er det egen samvittighet og arbeidsmoral. De kan la oppgaver være ugjort, men det er alltid vanskelig i en omsorgshverdag.*

Samarbeid første og andrelinjen

- *Vi har mye å lære av hverandre og om hverandre. Jevnlige møter med de andre tilretteleggerne har vært nyttig. Jeg har blitt litt skamfull over DPSens tilbud når jeg ser alt bydelens ansatte må ta på seg. Samtidig har vi enkeltsaker som fungerer veldig godt. Det er som om vi er lite samkjørt på systemnivå. Det er også vanskelig å forstå hva bydelens ansatte ønsker seg fra DPSen, og hva brukerne ønsker seg. Dette er et felt som krever mer arbeid.*

Forankring i min organisasjon

- *KPA har vært viktig for DPS ledelsen helt fra første stund. Prosjektet sprang ut av en satsing på rehabilitering – hvor IP ble nevnt av hver foreleser. Mellomlederne kan nok føle at de ble dratt med*

uten så mye rom for diskusjon. De har støttet opp rundt prosjektet og funnet veiledere, og har også brukt KPA-metoden internt i DPSet i utviklingen av IP. Vi har fått ny leder for DPSet, som har vært positiv til KPA, og som støtter meg internt, men som hittil ikke har samme driv over satsingen i forhold til mellomlederne.

- DPS lederen har vært min styringsgruppe i hele prosessen, noe som har sikret en god forankring.

KPA – samsvar med DPSet's arbeid med IP

- For alle enhetene som dag- eller døgntilbud med noe vekt på rehabilitering, ser det ut til at KPA har vært en god hjelp i arbeidet. De har hatt KPA-veiledning internt, og har fått IP mer på dagsorden. I poliklinikken er det nok mange pasienter som ikke trenger individuelle planer. For de som trenger det virker det som om poliklinikken syns KPA er for omfattende redskap til å være nyttig i deres travle hverdag.

Videreføring av KPA og IP

- Jeg mener det er helt nødvendig med veiledningsgrupper på tvers i bydelene. Bare det å skille roller, sette av tid til koordinering, lære seg å se brukerens mål, uansett hva de er – som utgangspunkt for samarbeid fører oss i retning av gode individuelle planer. Kunsten blir å finne fleksible løsninger på veiledningsgruppene som lar seg forene med en travel hverdag.
- Veiledningen kan være sjeldnere, eller tidsavgrenset, eller på andre måter tilpasset en travel hverdag, men jeg tror at uten den mister vi prosessen av syne, og gir opp eller begynner å forte oss. Det er mye støtte i gruppene.”

Tilrettelegger ved DPS var også veileder i to grupper og fikk gjennom dette svært godt grep på metoden. Her er hennes vurdering som veileder:

Hva kjennetegner denne form for veiledning ?

- Det å ha en så bredt sammensatt gruppe. Koordinatorene har ikke annen felles bakgrunn enn at de jobber i samme bydel og skal lære en metode. Med ulik utdanning, erfaring, plassering i organisasjon og daglige oppgaver har de koordinering som felles fokus.

Hva har jeg lært i forhold til programbasert veiledning ?

- Å ha målene formulert i form av en sjekklister er nytt for meg. Veldig nyttig å kunne krysse av om noe er oppnådd eller ikke. Det har tatt tid å skjønne hvor nyttig det er å kunne måle sin egen fremgang. Det er OK å vite hva som er forventet. Samarbeid med pårørende blir mye mer synlig i denne metoden. Metoden legitimerer å bruke tid på etablering av kontakt. At det krever struktur i gruppen. Det krever at deltakerne er forberedt til veiledning, og at de er villige til å prøve noe nytt.

Kunnskap om kommunens tilbud

- Jeg har lært masse! Jeg er veldig imponert over bydelens innsats for denne pasientgruppen, gjerne med veldig lite ressurser. Det finnes alt fra utdanningstilbud til lavterskel tilbud til personer med rus og psykiatri problemer. Det er synd at det er så veldig forskjellig fra bydel til bydel. Jeg har sett at det kan være en styrke å ikke ha for mye kunnskap om psykiatri – noen koordinatorene har hatt en veldig direkte og enkel kontakt med brukeren som jeg tror kunne forstyrres av alt vi tror vi vet om lidelsen. Det individuelle har kommet godt frem.

Samarbeid mellom første og andrelinjen

- Vi har mye å lære. Henvisningsrutiner er vanskelig å få tak i alle veier. Hvor i DPSet skal man henvende seg for hvilke problemer – hva henvises videre – hva kan DPSet tilby??
- Samme gjelder for bydelene – alle gjør det ulikt, og alle omorganiserer hele tiden. Informasjonen om hvordan man skal henvende seg kommer ikke ut til alle instanser. Det kan føre til avslag eller lang saksbehandling uten grunn.

Samarbeid internt i DPSet

- Jeg har inntrykk av at noe samarbeid går på skinner, mens man er i tvil om fordeling av oppgaver og ansvar i andre sammenhenger. DPSet er også i stadige små omorganiseringer.

Bruk av KPA i eget arbeid

- Fokus på brukerens ressurser og retten til å definere seg selv og sine problemer har vært en stor støtte i arbeidet i ESL grupper ('Et selvstendig liv', psykoedukative grupper). Der har ikke virkelighetsbeskrivelsen i kursmateriellet alltid passet med brukernes erfaringer, og jeg syns vi etter hvert respekterte at brukernes erfaring og kunnskap måtte telle mer enn teorien. Jeg følger opp

enkelte personer over mer tid, og merker at jeg er mer sikker på at brukeren skal og kan og må gjøre egne valg, og få støtte på den vanskelige veien livet går.

Nytten av veiledningsgruppene – hva har fungert godt / vært vanskelig

- *Jeg har vært helt avhengig av koordinatorenes ønske om å prøve ut noe litt annerledes. De som åpnet seg for å følge modellen selv om den så ut som noe de allerede gjorde, fikk veldig ofte noen aha-opplevelser. Særlig syns jeg det å kartlegge brukerens ressurser, og å være åpen og leken i forhold til hva som kan være en ressurs, så ut til å ha en effekt på relasjonen bruker - koordinator. Der hvor man ikke inntok en eksperimenterende rolle ble det vanskelig å prøve ut metoden. Man stod fast i startgropen. En litt uforståelig logikk – fordi det er dette jeg alltid gjør – så nekter jeg å gjøre det.*
- *Jeg er mindre strukturert enn jeg trodde jeg var som veileder. Vi har fulgt prosessen i metoden og brukt heftet, men jeg tror vi kunne brukt sjekklisten mer. Vanskelig å holde folk til en metode hvis de selv ikke vil det.*
- *Fint med skriftlighet – brev til alle i nettverket om at koordinator finnes, og måneder senere kommer det en telefon fra mor.*
- *Det har vært veldig bra med jevnlig veiledning. Koordinatorene har sett hverandres fremgang, og vært veldig oppmuntrende i forhold til hvert lille skritt i riktig retning. Ved å være flere sammen kunne vi se endringer, og se at de kunne henge sammen med koordinatorens innsats. Ikke lett å se hva man gjør annerledes, men noe forandrer seg. Hvis man hadde 1:1 veiledning da kunne forandringene blitt tilskrevet tilfældigheter.*
- *Tidsaspektet er viktig fordi hver av forandringene er så små.*
- *Fint at man ikke møtes oftere – tid til å jobbe litt imellom. Tid for forandring.*

KPA-metoden og forankring

- *Siden jeg sitter med ledelsen var det tydelig for meg at metoden var forankret hos dem.*

KPA – forenlig med mitt andre arbeid

- *Alt mitt arbeid handler om samarbeid mellom sykehus, bydel og DPS, og om brukerens rolle, slik at KPA er helt vevd inn i mitt andre arbeid. Jeg er tilrettelegger også, og det har vært en veldig god kombinasjon.*
- *Jeg vil gjerne fortsette å veilede selv om jeg har startet med andre prosjekter. Det er bare et spørsmål om tid, som for alle andre. Jeg er noe mer min egen herre enn de fleste, i og med at lite av min tid er bundet opp i faste avtaler. Jeg har lyst til å fortsette med veiledning også for å bruke det jeg har lært dette året.”*

Her er noen inntrykk fra 4 andre veiledere:

1. *”Hva har jeg lært; Programbasert veiledning (KPA) kan være en hjelp for å holde fokus på det arbeid gruppen er satt til å gjøre, med en fare for å bli altfor sneversynt. Jeg hadde ønsket meg noe mer erfaring på metoden før jeg startet som veileder. Dette tror jeg hadde kommet medlemmene i gruppen til gode. Min kjennskap til bydelen er blitt mye bedre, ikke bare når det gjelder tjenestetilbudet men også medarbeiderne. Bedre kjennskap til bydelen, gjør selvfølgelig samarbeidet mot bydelen og arbeidet innad i DPS lettere og forhåpentligvis gir det pasientene et bedre tilbud.*

Å se medlemmene i gruppen lykkes sammen med brukeren i å bruke KPA og komme i gang med individuell plan er en positiv driv for videre arbeid. Jeg mener at alle i gruppen lyktes i sitt arbeid med å være koordinator; at medlemmene er på ulike steder i prosessen er naturlig. Når du har høy grad av bruker medvirkning vil dette være det riktige, men er vanskelig for oss som ”flinke hjelpere”. Dette har vært en viktig prosess. En ivrig positiv gruppe men ikke alltid like lett for veiledere. Det er viktig å være to veiledere og min erfaring som alene veileder ikke bare positiv.”

2. *”Annen veiledning fokuserer på problemer. KPA konsentrerer seg på hvilke muligheter og ressurser brukeren har og ut fra det hvilke tiltak skal til for å nå brukerens mål.*

I mitt arbeid med individuelle planer for egne pasienter har jeg brukt deler av KPA og fått verdifulle tips av skjemaene samt sjekklistene.

Vi avtalte i sluttet av veiledningsmøtet hvem som skulle legge frem arbeidet med sin bruker neste gang. De første gangene skrev vi opp på papir hvem brukeren var: bakgrunn, diagnose, udekkede behov og ressurser samt hvor i arbeidet koordinator og bruker var (etablerings-, kartleggingsfasen etc). Videre brukerens personlige mål og ressurser. Vi hengte opp papiret hver gang koordinatoren la frem i veiledningsgruppen samt brukte skjemaene etter behov. Det fungerte godt. Det var en prosess og viktig for å finne ut hva brukeren selv hadde behov for uten å ta over styringen. For brukeren var det positivt å bli tatt på alvor.”

3”. KPA er et nyttig verktøy for å veilede tverrfaglig. Metoden har gyldighet uavhengig av yrkesbakgrunn, og dette gjør at en tenkning kan samle ulike faggrupper og bli et felles eie. KPA har en måte å tenke på som også har blitt del av mitt arbeide som avdelingspsykepleier ved institusjon.

KPA er ikke nok forankret i min organisasjon. Grunnlagstenkningen er til stede, men prosjektet kommer mitt oppe i implementering av mye nytt i Ullevål universitetssykehus, som for eksempel elektronisk dokumentasjonsverktøy. Faglig og organisatorisk omstrukturering trengs for å sikre en slik forankring. ”

4.” Veiledningen skiller seg fra annen prosessveiledning, ved at den er ren prosessveiledning på konkret arbeid. Slik skiller den seg ikke så mye fra studentveiledning der veiledningen går på å lære studenten gode arbeidsmetoder og arbeidsrutiner. Den har også mye til felles med temaveiledning. Jeg har lært viktigheten av å holde progresjon i programmet og det å være målstyrt gjennom hele programmet. Det har vært viktig med milepæler som innlevering av evalueringsprotokoller og evaluerings skjemaer. Jeg har også lært hvor viktig det er at veilederne kan metoden før de går i gang. Jeg har forsøkt å integrere KPA i veiledningen jeg har med miljøpersonalet på avdelingen, men det har vært lite vellykket da KPA som metode og tenkning er lite integrert her. Skal dette skje må KPA forankres i DPS, og da må det gis opplæring til personalet.”

9.0 Konklusjon og anbefalinger

Innføring av KPA modellen i 3 bydeler og Josefinegt DPS er gjennomført etter planen. Erfaringer fra bydelene og psykiatrien er overveiende positive. Psykiatrien har vedtatt å fortsette og gi veiledning i modellen ut fra bydelenes behov, og bydelene har sagt at de ønsker å videreføre modellen. Det er ikke skrevet noen samarbeidsavtale om hvordan dette skal skje.

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

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

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

øvrige arbeid og sier at det blir vanskelig å prioritere dette i fortsettelsen. Dersom dette skal skje fordrer det at ledelsen gir klare styringssignaler om at veiledning overfor bydelens ansatte skal prioriteres. Det blir viktig for bydelene å etterspørre denne type veiledning fra psykiatrien.

Veilederne trenger også oppfølging og dette vil være en viktig oppgave for tilrettelegger i DPS framover. Etablering av et forum for tilretteleggere og veiledere, som kan møtes for gjensidig støtte, faglig påfyll og erfaringsutveksling har vært prøvet med hell i andre områder av landet. Dersom DPS viderefører tilretteleggerfunksjon og opprettholder veilederkorpset, vil de kunne bli en viktig drivkraft i å sikre at bydelene makter å følge opp brukere med psykisk lidelse og behov for koordinerte tjenester. Dette vil i neste omgang høyst sannsynlig redusere behovet for reinnleggelser i DPS.

Tilretteleggerne har gjort en stor jobb med å tilrettelegge arbeidet i egen organisasjon. Det gjelder i særlig grad tilrettelegger i 2.linjen som på en fremragende måte har utført sin rolle i prosjektet. En bydel har fått på plass rutiner som skal sikre det videre KPA arbeidet, og dette kan vise vei for øvrige bydeler. Skal KPA kunne videreføres, og etter hvert bli den måten brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester og individuell plan følges opp, må tilretteleggerfunksjonen opprettholdes i de deltagende organisasjoner. Det er nødvendig at noen har fokus på dette arbeidet og gjeter den videre prosessen dersom den skal kunne utvikle seg i tråd med de behov brukere og tjenestenettverk har. For å sikre tilretteleggerfunksjonen, bør den knyttes tett opp mot ledelsen, slik at ledelsen får nødvendig informasjon om hvordan arbeidet utvikler seg, og kan gi den støtten og styringen nedover i organisasjonen som er avgjørende for å videreføre prosjekterfaringene. Det vil også være nødvendig for tilretteleggere i bydelene å utarbeide rutiner for hvordan man tar vare på brukere som mister sin koordinator, hva man gjør overfor nye brukere som ønsker en koordinator, og hvilken opplæring nye koordinatorene skal få når de starter opp i eksisterende veiledningsgrupper. Å skape en adresse for henvendelser om koordinator og individuell plan er anbefalt i sentrale føringer, og dette er påkrevet dersom man skal lykkes i å realisere forskriften om individuell plan. Å videreføre KPA arbeidet og evaluering av dette, vil kunne bidra til en nødvendig kvalitetsutvikling av tjenesteytingen overfor den aktuelle målgruppen.

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

Oppsummering av konklusjoner:

- KPA er innført i tre bydeler og ett DPS i tråd med prosjektplanen
- Brukerne har fått redusert sine udekkede tjenestebehov
- Brukernes rapporterer økt medvirkning i egen oppfølging og deres tilfredshet med oppfølgingen har økt
- Koordinatorene har gjennomført tre fjerdedeler av oppfølgingsprogrammet
- Veiledningsgrupper for kommunens koordinatorene blir meget positivt evaluert
- Koordinatorene og veiledere angir bedret samarbeid mellom bydeler og DPS

Oppsummering av anbefalinger for å sikre videreføring av KPA:

- Samarbeidsavtale mellom bydeler og DPS om videreføring
- Ledere i bydeler og DPS arbeider aktivt for å sikre arbeidsbetingelser for koordinatorene og veiledere og for videre evaluering av deres arbeid
- Veiledningsgruppene må fortsette for å støtte koordinatorene i deres arbeid

- Tilretteleggerfunksjon opprettholdes i bydeler og DPS
- Veilederforum opprettes for å styrke oppfølging av veiledere
- Bydeler og DPS utarbeider felles rutiner for KPA og IP
- Sentralsykehusavdelinger trekkes inn i videre samarbeid

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

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; Toward a new design for teaching and learning in the professions. San Francisco: Jossey-Bass, 1987
3. Øvretveit J. Coordinating community care. Multidisciplinary teams and care management. Buckingham/Philadelphia:Open University Press 1993.
4. Pedersen OB, Fiskum H, Howatson H, Evenstad AM, Vibe MF de. Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser: Opplæring i kommunebaserte tjenester. Dialog 1998;3:14-20
5. Koordinering av psykososialt arbeid. Erfaringer og resultater fra Østfold og Akershus læringsnettverk ligger på GRUKS hjemmesider www.gruk.no
6. Personlig ombud for psykisk funksjonshindrede personer. Stockholm; Socialstyrelsen, Psykiatrioppfølgingen 1999:3
7. Thommesen Hanne. Virkemiddelet individuell plan. Dialog 2, desember 2002.
8. Onyett S. Making community mental health teams work. London: The Sainsbury Centre for Mental Health, 1995

Vedlegg

1. Evalueringsprotokoll for personlige koordinatører
2. Evalueringsskjema for veiledningsgrupper
3. Individuell plan rutiner Bygdøy Frogner
4. Oppsummering av erfaringer fra tilrettelegger i Sagene Torshov

Vedlegg 1: Evalueringsprotokoll for personlige koordinatører

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 brukes til:

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

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

Innholdet i protokollen

Protokollen består av fire deler:

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

Utfylling

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

Utfyllingen bør gjentas etter ½ - 1 år for å vurdere hva som er oppnådd og hva som gjenstår i arbeidet med brukeren.

Deretter bør den fylles ut en gang i året for å:

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

Hvem skal bruke informasjonen i protokollen?

Personlig koordinator bruker protokollen i sitt arbeid med brukeren og i veiledningsgruppen.

Veilederne gir kopier av protokollene til tilrettelegger i andrelinjen som sender disse til GRUK. GRUK bearbejder data fra evalueringsprotokollene og presenterer disse på kommunens konferanse om erfaringene med KPA. Denne konferansen holdes ca. ett år etter oppstart av veiledningen.

Oppbevaring av protokollen

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

Bruker kan gjerne få kopi av protokollen.

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

Dato for utfylling:

Kommune/bydel:

OPPLYSNINGER OM BRUKEREN

<p>1. Brukerens kjønn: Mann <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/></p> <p>2. Brukerens fødselsår: <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>3. Diagnose/problemdefinisjon: (Ett eller flere kryss)</p> <p>Schizofreni: <input type="checkbox"/></p> <p>Affektiv psykose <input type="checkbox"/></p> <p>Annen psykose <input type="checkbox"/></p> <p>Personlighetsforstyrrelse <input type="checkbox"/></p> <p>Depressiv lidelse <input type="checkbox"/></p> <p>Angstlidelse <input type="checkbox"/></p> <p>Tvangslidelse <input type="checkbox"/></p> <p>Annen psykisk lidelse <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>4. Tilleggsproblemer:</p> <p>Psykisk utviklingshemning <input type="checkbox"/></p> <p>Rusproblem <input type="checkbox"/></p> <p>Somatiske sykdommer <input type="checkbox"/></p> <p>5. Brukerens medikamenter, navn og dosering:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>6. Under tvungent ettervern? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

OPPLYSNINGER OM PERSONLIG KOORDINATOR

<p>1. Koordinators navn.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>2. Koordinators utdanning:</p> <p>Psykiatrisk sykepleier <input type="checkbox"/></p> <p>Sykepleier <input type="checkbox"/></p> <p>Sosionom <input type="checkbox"/></p> <p>Barnevernpedagog <input type="checkbox"/></p> <p>Vernepåleier <input type="checkbox"/></p> <p>Psykiatrisk hjelpepleier <input type="checkbox"/></p> <p>Hjelpepleier <input type="checkbox"/></p> <p>Annet:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>3. Når startet du å arbeide med brukeren? (måned/årstall) <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>4. Når startet du som koordinator for brukeren? (måned/årstall) <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>5. Hvor ofte har koordinator avtale med brukeren? <input type="text"/><input type="text"/> ganger pr. måned</p> <p>6. Hvor lenge varer møtene med brukeren? Gjennomsnittlig <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> minutter pr. gang</p> <p>7. Hvor mye tid går med til koordinator-arbeidet 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 BRUKERENS TILTAKSNETTVERK

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

DEL 2. VURDERING AV UDEKKEDE BEHOV PÅ ULIKE LIVSOMRÅDER (FYLLES UT PÅ GRUNNLAG AV INTERVJU MED OG KJENNSKAP TIL BRUKEREN)

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

Dato for utfylling:

Område	<u>Brukerens</u> vurdering av udekkede behov på hvert område (behov som ikke dekkes i dag).	<u>Koordinator</u> s vurdering av udekkede behov på hvert område (behov som ikke dekkes i dag).
Sosial kontakt: Støttekontakt, trening av sosiale ferdigheter?		
Utdanning: Søke på utdanning, oppfølging av skolegang?		
Arbeid: Ordinært eller vernet arbeid, arbeidstrening?		
Fritid: Utvikle interesser, finne miljøer, få støtte i å delta i fritidstilbud?		
Bolig: Behov for utbedring, ny bolig?		
Personlig stell, matlaging, husarbeid: Praktisk hjelp,		

opplæring?		
Kommunikasjon: Behov for telefon, transport?		
Økonomi: Hjelp til økonomistyring, sikring av trygderettigheter?		
Kroppslig helse: Legeundersøkelse, tann-pleie, hjemmesykepleie, behandling i sykehus?		
Psykisk helse, tilbud fra førstelinjen: Psykiatrisk sykepleie, dagsenter, bokollektiv, sykehjem?		
Psykisk helse, tilbud fra andrelinjen: Vurdering ved spesialist, samtalebehandling, opp- hold i sykehus eller DPS?		
Rusproblemer: Behandling i poliklinikk eller institusjon, støtteopplegg med urinprøvekontroll?		
Familietilbud: Avlastning, rådgivning, informasjon, pårørende-gruppe, hjelp med omsorg for egne barn?		

DEL 3 BRUKERENS ERFARINGER MED TJENESTETILBUDET FYLLES UT PÅ GRUNNLAG AV INTERVJU MED BRUKEREN

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

Dato for utfylling:

A: Støtte og respekt fra hjelperne i brukerens tjenestetilbud

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

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

Sum

Kommentarer fra brukeren om dette området:

.....

.....

B: Informasjon til brukeren

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

medisiner og hvordan de virker?	<input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
5. Det hender at jeg får motstridende informasjon	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer

Sum

Kommentarer fra brukeren om dette området:

.....

.....

C: Informasjon til familien.

Dersom brukeren ikke har pårørende eller andre nære personer, eller ikke ønsker at de skal informeres, brukes svaralternativ "ikke relevant".

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 <input type="checkbox"/> Ikke relevant
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 <input type="checkbox"/> Ikke relevant
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 <input type="checkbox"/> Ikke relevant
4. Mine pårørende har fått informasjon om hva som kan forebygges at jeg får problemene tilbake	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> Ikke relevant
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 <input type="checkbox"/> Ikke relevant

Sum

Kommentarer fra brukeren om dette området:

.....

.....

D: Medvirkning i egen oppfølging

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

 Sum
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

 Sum

Kommentarer fra brukeren om dette området:

.....

.....

Kommentarer fra koordinator om intervjuet:

.....

.....

.....

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

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

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

Dato for utfylling:

1. ETABLERE FORHOLDET TIL BRUKEREN OG TILTAKSNETTVERKET				
	Opp- nådd 2	Delvis oppnådd 1	Ikke Oppnådd 0	Kommentar
1. Koordinator kan følge brukeren over lang tid (minst to år)				
2. Koordinator og bruker har faste avtaler om hvor og når de skal møtes				
3. Navnet til koordinator er kjent for brukeren, familien og faste kontakter i tiltaksnettverket				
4. Det er gjort avtale om hvordan brukeren kan kontakte koordinator mellom avtalene				
5. Brukeren har skrevet under samarbeidsavtale med koordinator og fått kopi av denne				
Sum fase 1:				

2. KARTLEGGE BRUKERENS SITUASJON, PERSONLIGE MÅL OG BEHOV FOR TILTAK				
	Opp- nådd 2	Delvis oppnådd 1	Ikke oppnådd 0	Kommentar
1. Koordinator har oversikt over brukers historie og situasjon på sentrale livsområder*				
2. Koordinator har oversikt over brukers personlige mål og egne ressurser				
3. Koordinator har oversikt over brukers behov for tiltak på sentrale områder*				
4. Koordinator har oversikt over brukers behov for behandlingstiltak				
5. Koordinator har oversikt over brukers behov for støtte for å kunne delta i oppfølgingen				
Sum fase 2:				

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

3. PLANLEGGJE OPPFØLGINGEN				
	Oppnådd 2	Delvis oppnådd 1	Ikke oppnådd 0	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				
Sum fase 3:				

4. KOORDINERE PLANLAGTE TILTAK				
	Oppnådd 2	Delvis oppnådd 1	Ikke oppnådd 0	Kommentar
1. Koordinator har gitt bruker støtte til 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*				
Sum fase 4:				

*Kryss av for "oppnådd" hvis behovet ikke er til stede.

5. EVALUERE RESULTATER OG JUSTERE PLANER				
	Oppnådd 2	Delvis oppnådd 1	Ikke oppnådd 0	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				
Sum fase 5:				

Vedlegg 2: Evaluering av veiledningsgruppa for KPA

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

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

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

.....

2. Hva trenger du å lære mer om?

.....

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

.....

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

.....

5. Andre kommentarer

.....

Vend

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

1. Avklare mitt ansvar og mine arbeidsforhold som personlig koordinator

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

Årsaker:.....
.....

2. Utvikle en god relasjon til brukeren

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

Årsaker:.....
.....

3. Sikre et godt arbeidsforhold til det øvrige tiltaksnettverket

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

Årsaker:.....
.....

4. Kartlegge brukerens situasjon og personlige ressurser

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

Årsaker:.....
.....

5. Kartlegge brukerens personlige mål og behov for tiltak

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

Årsaker:.....
.....

6. Velge strategi og planlegge oppgaven

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

Årsaker:.....
.....

7. Koordinere planlagte tiltak

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

Årsaker:.....
.....

8. Vurdere resultater og justere planer

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

Årsaker:.....
.....

Takk for hjelpen!

Vedlegg 3 Rutiner vedr. individuell plan (IP) i Bydel Bygdøy Frogner

Disse rutinene gjelder også i de tilfellene bruker kun har behov personlig koordinator/ansvarsgruppe.

En adresse

Det anbefales at Bydelen har en adresse hvor brukere og samarbeidspartnere kan henvende seg for å få vurdert behovet for utarbeidelse av individuell plan (§§ 8-13, forskrift om habilitering og rehabilitering). *I vår bydel er dette Søknadskontoret. Søknadskontoret har et overordna koordineringsansvar. Det har også et pådriver-ansvar for at de brukerne som har behov for IP, får det.*

Hvem skal avdekke behov for individuell plan?

- Brukere og pårørende kan selv ta initiativ til å få vurdert behovet for individuell plan, men hovedansvaret ligger på tjenesteapparatet.
- Alle tjenesteytere som er i kontakt med personer som har sammensatte behov for tjenester, har et ansvar for å vurdere om det foreligger et behov for en individuell plan.
- I enkelte tilfeller vil det være søknadskontoret som avdekker behovet ved første kontakt brukeren.
- I andre tilfeller må behovet avdekkes underveis av tjenesteutøverne som ser at saken er kompleks. Det må derfor være en kontinuerlig dialog mellom søknadskontoret og tjenesteutøverne.

Oppnevning av personlig koordinator

- Når det er avklart at brukeren har rett til en individuell plan, skal det oppnevnes en *personlig koordinator* som har ansvaret for å lede planarbeidet. Hvis brukeren selv har et ønske om hvem som skal være personlig koordinator, må dette imøtekommes så langt det er mulig. Således er ansvaret for utarbeidelsen ikke lagt til bestemte tjenestesteder eller faggrupper.
- Oftest vil det si seg selv hvilke tjenestested som naturlig bør ta ansvaret med å opprette personlig koordinator og IP. Søknadskontoret har et koordinerende ansvar, og må derfor ha myndighet til å pålegge ett tjenestested å ta denne oppgaven. Søknadskontoret skal derimot ikke oppnevne den personlige koordinatoren.
- Det er viktig at det er lederen på tjenestestedet som avklarer hvem som skal være personlig koordinator. Det er lederens ansvar å legge til rette arbeidsforholdene for dette arbeidet og gi rom for den tiden det tar.

Utarbeidelse av planen

Mht. selve utarbeidelsen av IP, forholder bydelen seg til statlige føringer.

- Bydelen har utarbeidet ”*Håndbok for personlig koordinator og individuell plan*” som skal være tilgjengelig på hvert enkelt tjenestested. Permen skal inneholde rutiner, materiale fra sentralt hold, samt skjemaer som skal benyttes i vår bydel. En ”VERKTØYKASSE” med ulike kartleggingsredskap er også tatt med
- Sosial- og helsedirektoratet har utarbeida en veileder og en forskrift for individuell plan, denne er med i håndboka.
- Statens helsetilsyn har gitt ut utredningsserie 2-2000: ”KOORDINERING AV PSYKOSOSIALT ARBEID (KPA) for personer med langvarige og psykiske lidelser” som mange i bydelen har fått veiledning på i ”KPA-prosjektet”. Dette verktøyet kan også brukes til andre brukergrupper.

Oversikt

Søknadskontoret skal ha oversikt over hvem som har behov for IP og personlig koordinator, og hvem som har fått utarbeidet plan. Hvis behovet blir avdekket underveis av ett tjenestested, skal dette meldes til søknadskontoret. Søknadskontoret har et overordna koordineringsansvar. De skal sikre at ansvaret for IP ikke skyves fra ett tjenestested til ett annet. Likeledes skal de sikre at det ikke jobbes parallelt, ved at to ulike instanser tar ansvaret uten å vite om hverandre. Disse rutinene er godkjent av Bydelens ledergruppe januar 03

Vedlegg 4; Oppsummering fra tilrettelegger i Sagene – Torshov nov 01 des 02.

Bakgrunn for oppsummering

Tilrettelegger slutter i stillingen i bydelen – før prosjektet avsluttes. Slutt – oppsummeringen er et ledd i formidling av tilretteleggers erfaringer – til ny tilrettelegger, til helse- og sosialsjef og til GRUK.

Forankring

Avtalen om prosjektet med DPS er fra bydelens side ikke underskrevet av bydelsdirektøren, slik som det er i bydel 22 og bydel 1. DPS var ikke klar over dette før de ble gjort oppmerksom på det. Det var DPS (og GRUK) sin intensjon å forankre prosjektet i bydelens øverste ledelse. Undertegnede kan ikke påstå at dette er årsaken til en opplevelse av manglende engasjement fra bydelsadministrasjonen ifht prosjektet, men en medvirkende årsak kan det være. GRUKs erfaring tilsier at forankring i bydelens øverste ledelse er avgjørende for prosjektets resultater. Jeg er av den formening av manglende forankring av prosjektet helt klart har påvirket prosjektets gang. Blant annet ved at tilrettelegger ved flere anledninger har blitt bedt om å forholde seg til tjenestevei. Engasjement og velvillighet fra tjenestesteder til å velge ut koordinatorene, legge arbeidsforhold til rette, oppmøte på møter o.l var i det første halve året av prosjektet, lav. Fra januar til mai måned hadde tilrettelegger mange henvendelser fra koordinatorene som opplevde at de ikke fikk anledning til å utføre koordinatorrollen tilfredsstillende på sin arbeidsplass – på bakgrunn av signaler fra nærmeste og øverste tjenestestedsleder på sitt tjenestested. Mellomledere ble senest i september måned innkalt til møte med tilrettelegger og GRUK, for å diskutere videre utvikling av prosjektet, og videre bruk av koordinatorenes nyervervede kompetanse. 24 mellomledere ble innkalt, 6 meldte forfall og 2 møtte til møtet. Det er mulig å trekke slutning om at dårlig forankring på toppledelse vil gi seg liknende utslag også lenger ned i organisasjonen.

Jeg mener at det er verdt et forsøk å få bydelsdirektøren til å underskrive invitasjonen til siste erfaringskonferanse 28.januar, samt få hans bistand til åpning og avslutning av denne konferansen. Det er også svært viktig at bydelsdirektøren deltar i sluttkonferansen.

Oppgavene til tilrettelegger i bydel Sagene – Torshov

1. Informasjon til egen organisasjon
2. Løpende kontakt med veiledere, andre tilretteleggere og GRUK
3. Finne aktuelle brukere og personlige koordinatorene
4. Opprette veiledningsgrupper for personlige koordinatorene som skal følge opp brukere i målgruppen.
5. Vurdere administrative rutiner og prosedyrer omkring koordineringsarbeidet for å sikre ansvars- og rolleavklaring for koordinatorene
6. Utarbeidelse av skriftlige rutiner / maler
7. Viktige oppgaver for ny tilrettelegger i sluttfasen

1. Informasjon til egen organisasjon

Følgende er gjennomført:

- Informasjonsmøte med ledelse
- Oppstartskonferanse
- Skriftlig informasjon utsendt som brev
- Bekreftelse på utnevning av koordinatorene til tjenestestedsleder i brev form
- Informasjonsmøte med koordinatorene
- Skriftlig oversikt over kriterier for utvelgelse av brukere i prosjektet
- Skriftlig informasjon på bydelens intranettsider
- Møter med koordinatorene og nærmeste ledelse
- Tilbud om tilstedeværelse på personalmøter o.l (Ikke fått innpass.)
- Statusrapport (april og desember)utsendt til alle som var invitert på oppstartskonferansen (ca 80 personer / instanser / etater)
- Informasjon i form av foredrag på bydelens psykiatridager
- Laget KPA- logo på brevark

Kommentar: Ekstern informasjon til A-etat og trygdekontor har kun blitt gjennomført skriftlig i form av statusrapporter og invitasjon til oppstartkonferanse. Kunne blitt gjort bedre. Kanskje via STA – utvalget. Intern info: Tilrettelegger har ikke fått innpass til å fortelle om KPA-prosjektet i personalmøter o.l i oppstart av prosjektet. Burde nok vært enda mer pågående. I sluttfasen er det nå kommet ønske fra en leder om at 2 koordinatorene legger fram på personalmøte. Noe en søker å få til.

2. Løpende kontakt med veiledere, andre tilretteleggere og GRUK

Tilrettelegger har i hele prosjektperioden deltatt i prosjektgruppe med de andre tilretteleggerne og GRUK. Det har vært nødvendig å justere kursen underveis i prosjektet. Disse møtene har vært en viktig kvalitetssikring av fremdrift i prosjektet.

Kontakt med veilederne har vært ivarettatt gjennom jevnlig erfaringskonferanser og telefonmøter ved behov.

Kontakt med veiledere, tilretteleggere og Gruk har fra undertegnedes synspunkt fungert svært tilfredsstillende.

Referansegruppe i bydel Sagene – Torshov bestod av medlemmer i vurderingsteamet. Referansegruppen avholdte ikke mange møter, og etter april/mai har prosjektet i bydelen ikke hatt referansegruppe. Forslag til forbedring: referansegruppe bør oppnevnes av bydelens bydelsdirektør, og være sammensatt på tvers av avdelinger – minst en av medlemmene bør være en person i bydelsdirektørens ledergruppe. Referansegruppe bør være forpliktet til hele prosjektperioden.

3. Finne aktuelle brukere og personlige koordinatorene

I vår bydel ble koordinatorene valgt ut før brukere. Ikke den ideelle situasjon, men prosjektet var avhengig av oppstart i rett tid. Tilrettelegger og referansegruppen tok en avgjørelse om å forsøke og rekruttere koordinatorene nok til tre veiledningsgrupper a åtte personer: totalt 24 koordinatorene. Antallet ble så delt ihht størrelse på tjenestesteder, og hvert tjenestestedsleder ble bedt om å ta ut ansatte som ble ansett som egnet til oppgaven. 24 koordinatorene ble rekruttert. En koordinator ble trukket av sin leder før oppstart av veiledningsgruppene, pga kapasitetshensyn. Koordinatorene arbeider i tre ulike avdelinger i bydelen (barne- og ungdomsavdeling, PRO-avdeling, helse- og sosialavdeling)

Bydelen hadde på den tid ingen samlet oversikt over brukere med alvorlig psykisk lidelse og med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Kriterier for utvelgelse av brukere ble skriftlig tydeliggjort, og informert om i møte med ledelsen og i møte med koordinatorene. Koordinatorene ble oppmuntret til i første omgang velge ut brukere med en forholdsvis enkel problematikk blant de brukere de kjente. Tilrettelegger var åpen for henvendelser fra koordinatorene som ønsket å diskutere mulige brukere. Fikk noen henvendelser ad dette i oppstart. Noen koordinatorene ved sosialkontorene hadde spesielle problemer med å velge ut brukere, og kom således noe senere inn i metodisk arbeid sammen med veiledningsgruppen. Tilbakemelding fra veilederne tyder på at koordinatorene har greid å velge ut brukere som for en stor del faller inn under målgruppen. Enkelte koordinatorene har valgt svært vanskelige saker – uten at jeg har fått tilbakemelding på at dette skal ha redusert disse koordinatorenes læring i KPA-metoden.

4. Opprette veiledningsgrupper for personlige koordinatorene som skal følge opp brukere i målgruppen.

24 koordinatorene ble satt sammen i tre veiledningsgrupper, hvor en tok hensyn til å spre kompetanse, erfaring, og avdeling. Dette for å øke muligheten for utvikling av et spennende læringsnettverk innad i bydelen. Tilbakemelding fra veiledere og koordinatorene kan tyde på at sammensettingen i veiledningsgruppene har vært vellykket. Som tidligere nevnt tyder tilbakemeldinger på at koordinatorene har greid å velge ut brukere som er innen målgruppen.

5. Vurdere administrative rutiner og prosedyrer omkring koordineringsarbeidet for å sikre ansvars- og rolleavklaring for koordinatorene

Se under pkt 6 for oversikt over skriftlige rutiner som er utarbeidet. Administrative rutiner er utarbeidet underveis i prosjektet og er beskrevet i dokumentet : Oversikt over viktige henvendelser fra

koordinatorene. I korthet kan det oppsummeres at nødvendige rutiner er avdekket underveis i prosjektet og også er beskrevet slik. Det har vist seg nødvendig å ha rutiner for mottak av henvendelsen, nedskrivning av hva saken gjelder, hvilke personer som er involvert og hva som er foretatt av handling i hvert enkelt tilfelle - Visse ting har utviklet seg som fast prosedyre:

Når koordinator har vansker med utøvelse av koordinatorrollen med bakgrunn i systemet:

Opprette kontakt med nærmeste ansvarlig leder. Avholde møte med ansvarlig leder, koordinator og tilrettelegger. Avklare situasjonen. Konkludere og avtale at koordinator kontakter tilrettelegger dersom avklaringsmøte ikke gav ønskede resultater.

Når koordinator har vansker med utøvelsen av rollen eller deltakelse i gruppen med bakgrunn i personlige momenter:

Møte mellom koordinator og tilrettelegger for avklaring om det er mulig å løse situasjonen, og med hvilke med hvilke midler.

Når koordinator ikke møter i veiledningsgruppen og gir ikke beskjed til veileder:

Veileder tar direkte kontakt med koordinator. Hvis saken ikke blir avklart på den måten tar veileder kontakt med tilrettelegger. Tilrettelegger tar kontakt med koordinator pr telefon for å avklare situasjonen, og minner om viktighet av stabilt oppmøte og gyldige fraværsgrunner. Ved gjentakende fravær innkaller tilrettelegger koordinatorene til møte med veileder og tilrettelegger. Saken legges fram. Koordinator får informasjon om konsekvenser av fraværet for veiledningsgruppen, og for den enkelte koordinator. Det åpnes for at koordinator kan få bistand fra tilrettelegger til å ordne opp i forhold på systemnivå som har vanskeliggjort full deltakelse i veiledningsgruppen. Koordinator får forklare seg, og man avtaler videre hvordan veileder og koordinator skal forholde seg. Avklaring av videre deltakelse i prosjektet eller ei.

Når koordinator slutter i arbeidet eller i prosjektet:

Koordinator eller nærmeste leder skal ta kontakt med tilrettelegger (har ikke fungert helt tilfredsstillende for tilrettelegger). Tilrettelegger søker å avklare hvorvidt samme tjenestested kan erstatte koordinatoren. Dersom dette ikke er mulig – søker tilrettelegger i andre deler av tjenesteapparatet i bydel etter ny koordinator. Forslag til forbedringer: Hadde vært ønskelig med nok frivillige koordinatorene, men det har vist seg i prosjektet at det ikke er tilfellet nå. Kunne vært ønskelig med en ordning som forplikter det enkelte tjenestested til å sikre bruker fortsatt oppfølging innen en viss tid, dersom opprinnelig koordinator slutter.

Når koordinator har andre forventninger til veileder, kompetanse hos veileder eller lignende:

Tilrettelegger tar kontakt med Tilrettelegger ved DPS. Tar opp saken til diskusjon. Tilrettelegger ved DPS innkaller ved behov de aktuelle veilederne til møte hvor saken blir klargjort

6. Utarbeidelse av skriftlige rutiner / maler

Følgende er utarbeidet (enten etter mal fra GRUK el. eget initiativ):

- Bekreftelse på utnevning av koordinator
- Samtykkeerklæring til deltakelse i prosjektet
- Melding til tjenesteapparatet om koordinator
- Adresselister over personer /etater / instanser (oppdatert gjennom prosjektperioden)
- Adresse og telefonliste over tre veiledningsgrupper (oppdatert gjennom prosjektperioden)
- Oversikt over viktige henvendelser fra koordinatorene (med beskrivelse av hva som er gjort i aktuell situasjon)
- Oversikt over koordinatorene som har sluttet (med beskrivelse av årsak og hva som er gjort for å sikre bruker videre oppfølging)

7. Viktige oppgaver til ny tilrettelegger i slutfasen

1. Bestille lokaler til siste erfaringskonferanse
2. Bestille bevertning til siste erfaringskonferanse
3. Planlegge erfaringskonferansens innhold : plenumsdiskusjon, paneldebatt ? Rekruttere deltakere (ledere) til panelet o.l
4. Sende ut invitasjon til siste erfaringskonferanse i desember. Invitasjonen er ferdig skrevet – men det trengs å påføre sted.

5. Rekruttere koordinator og bruker som kan legge fram sine erfaringer – helst både til sluttkonferansen og til erfaringskonferansen
6. Holde kontakt med veiledere og tilrettelegger ved DPS for videre avklaring av hvem av koordinatorerne som fortsetter og planlegge drift av prosjektet i januar/februar : Jeg foreslår at prosjektet tar en offisiell pause i januar / februar, mens man vurderer erfaringen og bestemmer veien videre. Med ny oppstart av veiledningsgrupper i mars.
7. Bestille møtelokaler for de nye veiledningsgruppene (for ett år om gangen)
8. Sikre post avsatt på budsjett til betaling av prosjektet, bevertning, leie av evt. lokaler til arrangementer, midler til innleie av eksterne foredragsholdere o.l til kursing for koordinatorerne, og informasjonsmateriell (internt og eksternt), tekniske hjelpemidler til veiledningsgruppene.

Ad Erfaringskonferansen og sluttkonferansen:

Mal for tilretteleggere i bydelene og psykiatrien: (Områder som bør belyses)

1. Hva har vært mine oppgaver som tilrettelegger i læringsnettverket? *Se ovenfor*
2. Hva har jeg lært med hensyn til: Metoden KPA, veiledningsgruppene, (forankring av KPA), rammebetingelser for koordinatorene og veiledere, samarbeid mellom etater i kommunen og med 2. linjen? *Ad samarbeid med 2.linjen har de siste ett og ½ årene vist at krav i loven om IP i psykisk helsevern har fungert svært positivt. Bydelen mottar mange henvendelser fra 2. linjen om samarbeid rundt IP til inneliggende pasienter. Mange forskjeller i metodevalg og formål med planen, men dog et bedre utgangspunkt nå. Mange problemstillinger viser seg, og loven burde kanskje bli mer entydig på forskjellen mellom IP og "individuell behandlingsplan / utskrivingsplan"*
3. Hvordan er KPA forankret i min organisasjon? På hvilken måte bør dette skje? *Se ovenfor*
4. På hvilken måte samsvarer KPA-arbeidet med kommunens øvrige arbeid med individuelle planer? *Kingosgt rehabiliteringssenter er med i STA-utvalget som utarbeider en felles mal for IP – for A-etat, trygdeetat og Oslo kommune. Kingosgt. er den instans i bydelen som metodisk har arbeidet ifht individuell plan.*
5. På hvilken måte kan arbeidet med KPA og individuelle planer videreføres?

Veiledningsgrupper /koordinatorer

På møtet med H. Bull og veilederne den 04.12.02 ble det ikke avklart hvor mange av koordinatorerne det er som fortsetter. Det vil være aktuelt å videreføre minst to veiledningsgrupper i bydel Sagene – Torshov. Pr i dag er det 18 koordinatorene (tre veiledningsgrupper), og en bør tilstrebe at alle fortsetter i veiledning enten hver 14. dag eller hver måned. Det er mulig å se for seg en modell hvor veiledningsgrupper som har gått over en periode på ett år, med veiledning hver 14. dag – kan fortsette med veiledning en gang pr måned. Noe som vil være avhengig av ganske stabile grupper.

I forbindelse med oppstart av Kyrre Greppsgt. 3 (bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser) vil det bli ansatt 5 personer som vil være aktuelle i en videreutvikling av prosjektet. Det er jo også stadig utskifting av ansatte på ulike tjenestesteder. Noe som er viktig i fortsettelsen er å ivareta den tverrfaglige sammensetningen i veiledningsgruppene – på tvers av tjenestesteder. Det utvikles unike læringsnettverk innad i bydelen. All erfaring i KPA viser også at man uten fast veiledning ikke vil kunne arbeide metodisk ifht IP. Etter undertegnede ståsted er det også i en opptrappingsfase i det psykososiale helsearbeidet på bydelsnivå svært viktig å ha et spesielt fokus på mennesker med psykiske lidelser i veiledningsgruppene. Veilederne er fortsatt tenkt rekruttert fra 2.linjen (evt. i kombinasjon med personer fra bydel), og gruppen mennesker med psykiske lidelser er en gruppe som helt klart vil profitere på at ansatte i bydel arbeider metodisk. Det er ikke motsetninger mellom å videreføre veiledningsgrupper med psykososial fokus, og å opprette evt. nye grupper for andre koordinatorene med fokus på sammensatte saker. På sikt (for eksempel etter opptrappingsperioden i 2006) kan man ha blandede grupper. Jeg foreslår også at bydelen fordeler koordinatoransvaret på alle sine tjenestesteder – hvor hvert tjenestested får et visst antall plasser i veiledningsgruppene – og at tjenestestedet blir forpliktet til å ivareta brukerens oppfølging/ koordinatorbehov dersom en koordinator slutter. Ordningen og drift av gruppene og tilretteleggerrollen må administreres. En person må få dette som en fast arbeidsoppgave, gjerne lagt til Kingosgt. rehabiliteringssenter. Som også er meldingsinstans. Det må diskuteres hvor myndighet til å oppnevne koordinatorene skal ligge.

