

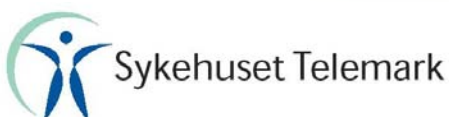
VIP

Veien til individuell plan

"Nå stoler vi på at tilbudet blir tilrettelagt..."

ISBN 978-82-8121-174-2

Prosjektrapport



Skien Kommune



Prosjekt: VIP - Veien til individuell plan

Tittel på rapporten: "Nå stoler vi på at tilbudet blir tilrettelagt..."

Rapporten er utgitt av: Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten

Utgivelsesår: 2007

ISBN 978-82-8121-174-2

Prosjektleder har vært Anders Vege, seksjonsleder, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – GRUK.

Rapporten er skrevet av Toril Bakke, seniorrådgiver, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – GRUK.

Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom Sykehuset i Telemark, Skien kommune og Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten, Seksjon for kvalitetsutvikling - GRUK.
Prosjektet er støttet økonomisk av Helse Sør Regionale Helseforetak.

Prosjektet ble innledet med oppstartskonferanse 15.mai 2006 og hadde sluttkonferanse 15. oktober 2007.

Takk til

Prosjektet vil takke veileder Frank Oterholt for gode råd og god veiledning av veiledere.

Videre har tilretteleggerne Anlaug Botnen ved STHF og Elizabeth Reiss-Andersen i Skien kommune vært uvurderlige. Veilederne Inger Haldis Bråtane, Ragna Grande, Ingvild Hårstad, Barbara Langslet, Ellen Svendsen og Anne Vad har vært fantastiske, Takk!

Pleie og omsorgssjef Synnøve Dale og Klinikkssjef Per Urdahl har valgt å satse tungt på veien til individuell plan. Takk for at dere har tro på dette arbeidet og fortsetter å gå veien.

Dette prosjektet er båret av de flotte koordinatorene som har vært villig til å endre sin måte å arbeide på. Takk til hver og en av dere for tålmodighet og solid innsats. Dere er gode!

INNHOLDSFORTEGNELSE

Sammendrag	4
1.0 Innledning.....	6
1.1 Bruk av begrep	6
1.2 Hva er gode tjenester?.....	6
1.3 Hensikten med individuell plan	7
2.0 Beskrivelse av prosjektet.....	8
2.1 Organisering.....	8
2.1.1 Betydningen av tett samarbeid mellom sykehus og kommune.....	9
2.2 Forankring i ledelsen.....	9
2.3 Opplæring og veiledning.....	9
2.3.1 Opplæring	9
2.3.2 Veiledning av koordinatorene.....	9
2.3.3 Veiledning av veilederne	10
2.3.4 Erfaringskonferanser.....	10
2.4 Tilretteleggerfunksjonen	10
2.5 Økonomi	11
3.0 Koordineringsarbeid.....	12
3.1 Hvem kan være koordinator?.....	12
3.1.1 Koordinators rolle og ansvar	12
3.1.2 Betydningen av tid, prosess og relasjon	12
3.2 Målinger/dokumentasjon av erfaringer.....	12
4.0 Resultat – hva har skjedd?.....	13
4.1 Har tjenestemottakerne fått et individuelt tilpasset og koordinert tjenestetilbud?	13
4.1.1 Tjenestemottakernes tilfredshet med tjenestetilbudet.....	14
4.1.2 Pårørendes tilfredshet med tilbudet	15
4.1.3 Oppsummering	18
4.2 Har koordinatorene fått en praksisnær opplæring i forhold til å koordinere tilbudet til tjenestemottaker?	19
4.2.1 Opplæring og veiledning	19
4.2.2 Hvordan fungerer koordinatorenes arbeidsprosess?.....	20
4.2.3 Utfordringer i koordineringsarbeidet	22
4.2.4 Oppsummering	22
4.3 Er VIP ved prosjektets slutt integrert og forankret hos ledere og medarbeidere?.....	23
4.3.1 ”Spredningsseminar”	23
4.3.2 Oppsummering	24
4.4 Er samarbeidet mellom tjenesteutøverne på tvers av avdelinger og mellom helseforetak og kommunen styrket?.....	24
4.4.1 Erfaringskonferansene	25
4.4.2 Tilretteleggerfunksjonen.....	25
4.4.3 Oppsummering	25
4.5 Avdekking av systemproblemer.....	26
4.5.1 Rekruttering av pasienter og koordinatører	26
4.5.2 Det å få med legene	26
4.5.3 Tilrettelegging av koordineringsarbeidet.....	27
4.5.4 Mal for individuell plan	28
4.5.5 Ledelsesutfordringer.....	28
4.5.6 Oppsummering og anbefaling.....	29
5.0 Anbefalinger.....	30
Litteraturliste	32
Vedlegg - Evalueringshefte	33

Sammendrag

For å styrke tilbudet til personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester, har Sykehuset Telemark HF og Skien kommune gjennomført et utviklingsprosjekt med navnet "Veien til Individuell Plan" - VIP. Prosjektet ble finansiert av Helse Sør RHF, og gikk over 3 år (2005 – 2007). Stiftelsen GRUK¹ (Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten) har ledet prosjektet.

Hovedmål:

Prosjektet hadde som hovedmål å utvikle en arbeidsmodell som kunne gi personer med sammensatte problemer og deres pårørende et individuelt tilpasset og koordinert tjenestetilbud.

Delmål:

1. At koordinatorene får en praksisnær opplæring i forhold til å utforme og koordinere tjenestetilbudet i tett samarbeid med tjenestemottaker.
2. At VIP ved prosjektets slutt er integrert og forankret hos ledere og medarbeidere, slik at modellen kan spres videre så alle tjenestemottakere som har behov for det får utarbeidet en individuell plan.
3. At samarbeidet mellom tjenesteutøverne på tvers av avdelinger og mellom helseforetak og kommunen styrkes.

VIP er bygget opp rundt følgende elementer:

- En styringsgruppe med representanter fra ledelsen i både sykehus og kommune, samt prosjektleder fra GRUK.
- To veiledere – en fra kommunen og en fra sykehuset, leder hver sin veiledningsgruppe. Det er til sammen tre slike grupper som hver består av ti koordinatorene fra Skien kommune og Sykehuset Telemark HF.
- Veilederne får felles veiledning av ekstern veileder.
- Fem felles erfaringskonferanser i løpet av prosjektperioden.
- Tilretteleggere på begge nivåene.
- To ledersamlinger for ledere i henholdsvis sykehus og kommune i løpet av prosjektet.

Målinger/dokumentasjon av erfaringer:

- Utfylling av evalueringssheft² som dokumenterer den enkelte brukers og pårørendes tilfredshet med tilbudet, samt koordinators tilfredshet med selve koordineringen. Evalueringssheftet har blitt fylt ut to ganger i løpet av prosjektperioden.
- Referat fra veiledningsgrupper, erfaringskonferansene og styringsgruppemøter.
- Avsluttende samtaler med sentrale personer i prosjektet.

Resultat.

Tjenestemottakernes og de pårørendes tilfredshet med tilbudet.

Tjenestemottaker og pårørende er de nærmeste til å uttale seg i forhold til om det tilbudet de mottar er individuelt tilpasset og koordinert – slik hovedmålet for prosjektet er formulert. Støtte og respekt, kontinuitet/tilgjengelighet samt behovsdekning, er områder hvor både pårørende og pasienter opplevde stor tilfredshet i evalueringsrunde 1 og 2. Dette er et viktig funn og kan tilsa at målet om et individuelt tilpasset og koordinert tilbud er på vei til å bli

¹ GRUK inngikk fra 1. januar 2007 i Nasjonalt Kunnskapsenter - seksjon for kvalitetsutvikling.

² Vedlegg 1.

oppfylt for tjenestemottakerne i prosjektet. Medvirkning og informasjon peker seg ut som to områder med potensial for forbedring, selv om tilfredsheten hadde økt i evalueringsrunde 2.

Koordinatorernes tilfredshet med arbeidsprosessen.

Arbeidsprosessen består av følgende trinn – etablering, kartlegging, planlegging, koordinering og evaluering. Kartlegging, koordinering og etablering skårer høyest på tilfredshet i første evalueringsrunde, evaluering skårer lavest. Dette resultatet er naturlig i og med at det tok såpass lang tid å komme i gang med arbeidet at koordinatorene ikke hadde rukket å lage planen og evaluere arbeidet da evalueringsheftet skulle fylles ut første gang. Stor tilfredshet når det gjelder kartlegging er et viktig funn, fordi det handler om å gi et godt grunnlag for det videre planarbeidet. Planlegging handler om at det er utarbeidet en individuell plan og at de involverte parter har fått kopi av planen. Dette er et område med lav tilfredshet i første evalueringsrunde.

I andre evalueringsrunde har kun tre koordinatører fylt ut sjekklisten for koordineringsprosessen. Enkeltstående høye eller lave poengsummer vil derfor slå uforholdsmessig sterkt ut. Resultatet må ses i lys av dette faktum. Programoppfyllelsen gikk litt ned i forhold til kartlegging, mens planlegging og ikke minst evaluering har hatt stor fremgang. Dette funnet er ikke uventet ettersom koordineringsprosessen hadde kommet lenger. Det betyr blant annet at pasienten faktisk har en individuell plan, at involverte parter har fått kopi av planen og at samarbeidet har kommet godt i gang.

Utfordringer i koordineringsarbeidet.

- Koordinatorere arbeider i en travel hverdag hvor de allerede har omfattende oppgaver og ansvar for mange pasienter. Det å sette seg inn i hva en individuell plan er, hvordan en slik plan lages, og opprette en god relasjon til en bruker som også trenger mye informasjon om det samme, tar tid.
- Intensjonen med individuell plan er at tjenestene skal koordineres og samordnes på tvers av nivå, sektorer og etater. Selv om helsepersonell er vant til å samarbeide med andre, er det å løfte blikket fra den praktiske hverdagen på egen arbeidsplass til å se pasienten i et helhetlig system noe som krever en økt grad av bevisstgjøring, tid, og mot til å ta kontakt og fremme pasientens behov.

Systemproblemer dokumentert gjennom VIP.

I løpet av VIP-prosjektet har det blitt identifisert følgende systemproblemer: Rekruttering av pasienter og koordinatører, det å få med legene, tilretteleggingen av koordineringsarbeidet, malen for individuell plan, og ledelsesutfordringer.

Anbefalinger for det videre arbeidet.

- Det anbefales at det nedsettes en gruppe med representanter fra både kommunen og sykehuset. Gruppen bør bestå av toppledere, tilretteleggere, og representanter for koordinatorene og legene. Gruppen gjennomgår alle forslag til forbedringer som har kommet frem, og lager en fremdriftsplan for det videre arbeidet med individuell plan.
- Det anbefales at brukermedvirkning og informasjon til pasienter og pårørende vektlegges i det videre arbeidet.
- Det anbefales at alle nye koordinatører får tilbud om et opplæringsprogram som skritt for skritt gjennomgår hva det vil si å arbeide med individuell plan.
- Det anbefales at veiledningsgruppene for koordinatører og veiledere opprettholdes.

1.0 Innledning

For å styrke tilbudet til personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester, har Sykehuset Telemark HF og Skien kommune gjennomført et utviklingsprosjekt med navnet ”Veien til Individuell Plan” - VIP. Prosjektet ble finansiert av Helse Sør RHF, og gikk over 3 år (2005 – 2007). Stiftelsen GRUK³ (Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten) har ledet prosjektet som har hatt tre faser. I fase 1 – forprosjektet, ble det arbeidet med å tilpasse metoder og verktøy. I fase 2 ble det gjennomført et felles opplæringsprogram for 30 medarbeidere fra Sykehuset Telemark HF og Skien kommune. I fase 3 – hovedprosjektet, ble metoden innført for tjenestemottakere som trengte individuell plan, uavhengig av diagnose. Denne rapporten beskriver fase 3 med resultater.

Hovedmål:

Prosjektet hadde som hovedmål å utvikle en arbeidsmodell som kunne gi personer med sammensatte problemer og deres pårørende et individuelt tilpasset og koordinert tjenestetilbud. Modellen skulle bygge på nasjonale føringer i forhold til individuell plan som blant annet vektlegger medvirkning av tjenestemottaker i planprosessen.

Delmål:

1. At koordinatorerne får en praksisnær opplæring i forhold til å utforme og koordinere tjenestetilbudet i tett samarbeid med tjenestemottaker.
2. At VIP ved prosjektets slutt er integrert og forankret hos ledere og medarbeidere, slik at modellen kan spres videre så alle tjenestemottakere som har behov for det får utarbeidet en individuell plan.
3. At samarbeidet mellom tjenesteutøverne på tvers av avdelinger og mellom helseforetak og kommunen styrkes.

Delmål 3 har vært underliggende i utformingen av prosjektet fra starten av, men ble først definert eksplisitt etter oppstart av prosjektet fordi samarbeidsaspektet står så sentralt i alt arbeidet med individuell plan.

VIP bygger på erfaringer fra arbeidet med Koordinering av psykososialt arbeid (KPA). Denne modellen ble utviklet og prøvd ut i forhold til personer med psykiske lidelser, og er videreutviklet og prøvd ut i forhold til voksne personer med kreft i palliativ fase. Modellen er også revidert og tilpasset arbeidet med barn og unge.⁴

1.1 Bruk av begrep

I rapporten brukes følgende begrep om den personen som mottar tjenester: ”Pasient”, ”bruker” og ”tjenestemottaker”. Valg av begrep har sitt utgangspunkt i den sammenhengen begrepet benyttes. Begrepene ”tjenesteyter” og ”koordinator” blir begge brukt om den personen som yter tjenester. Igjen er det sammenhengen som bestemmer valg av begrep.

1.2 Hva er gode tjenester?

Sosial og helsedirektoratet har for perioden 2005 – 2015 kommet med en ny, nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten: ... *og bedre skal det bli!*⁵ Strategien presiserer at tjenester av god kvalitet:

³ GRUK inngikk fra 1. januar 2007 i Nasjonalt Kunnskapssenter - seksjon for kvalitetsutvikling.

⁴ www.gruk.no Her kan du lese mer om våre metoder, blant annet om erfaringer med KPA.

⁵ Strategien kan lastes ned fra www.shdir.no. Den er lettlest, praktisk og god!

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

For å nå målene skal det fokuseres på følgende innsatsområder: Styrke brukeren og utøveren, forbedre ledelse og organisasjon, styrke forbedringskunnskapens plass i utdanningene, og følge med og evaluere tjenestene. Når det gjelder kvalitet i helsetjenesten understrekes betydningen av sammenhengende og helhetlig behandlingstiltak på tvers av tjenestetyper og nivåer. I tillegg understrekes det at brukerne skal medvirke og ha innflytelse både i planlegging av tjenestene og i den enkelte konsultasjon/samtale. Brukerne opplever hvordan tjenesten fungerer i praksis og kan derfor bidra når det gjelder forbedringer av systemet. I møte mellom den enkelte utøver og bruker skal brukernes innsikt i egen sykdom eller livssituasjon anerkjennes (1).

VIP er bygd opp i tråd med ... *og bedre skal det bli!*:

- Hovedmålet er å samordne tilbudet og sørge for sammenhengende og koordinerte tjenester.
- Tjenestemottakerne styrkes gjennom å medvirke i utarbeidelsen av sin egen individuelle plan – brukermedvirkning på individnivå.
- Utøverne styrkes gjennom systematisk og regelmessig undervisning og veiledning.
- Ledelse og organisasjon utvikles blant annet gjennom tettere samarbeid mellom ulike avdelinger og nivåer, deltakelse på felles erfaringsseminar, og ved tilretteleggelse av koordinatararbeidet. I tillegg er det et sterkt fokus på systemforbedringer og ledernes rolle i prosjektet.
- Evalueringen sikres gjennom regelmessige målinger av tilfredshet og tilbakemeldinger til styringsgruppen, samt konferanser med utveksling av erfaringer.

VIP bidrar dermed til å gjennomføre den nye nasjonale strategien i praksis!

1.3 Hensikten med individuell plan

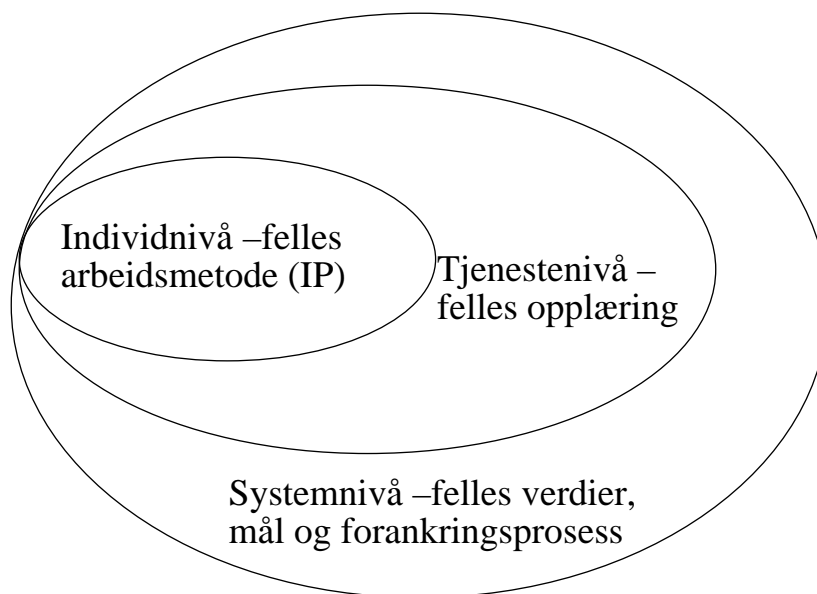
Hensikten med individuell plan er å sikre pasienter som trenger det et helhetlig og koordinert tilbud fra helse- og sosialtjenesten. Mange tjenestemottakere, eller deres pårørende, må selv fungere som koordinator i en uoversiktlig og byråkratisk jungel av tilbud. Stortingets ønske i forbindelse med å lovfeste rett til individuell plan var nettopp å avlaste brukere og pårørende i koordineringsarbeidet (2). Samtidig som pasienter med rett til individuell plan har omfattende behov for tjenester, har mange stor innsikt og mye kunnskap om egen sykdom og situasjon. Denne kunnskapen er det viktig å få frem i arbeidet med individuell plan – ikke minst fordi det er tjenestemottakers egne mål som skal være styrende når det gjelder utforming av tiltak. Koordinators faglige kunnskaper og erfaring må virke sammen med tjenestemottakerens kunnskap og erfaring for å sikre helhetlige og sammenhengende tjenester. Veileder for individuell plan (2005) beskriver betydningen av rolleendring for å sikre likeverdighet i arbeidet. Koordinatoren skal lytte til tjenestemottakeren og høre hele personens historie.

Det er en viktig oppgave for en koordinator å motivere tjenestemottakeren til å engasjere seg i koordineringsarbeidet. Enkelte tjenestemottakere har imidlertid ikke krefter eller vilje til å delta i arbeidet. I slike situasjoner blir samarbeidet med de pårørende ekstra viktig. I evalueringsskjemaet

til VIP-prosjektet er det lagt inn muligheter for både pasienter og pårørende til å skåre tilfredsheten med det tilbudet som mottas.

2.0 Beskrivelse av prosjektet

VIP-prosjektet inneholder tiltak rettet både mot individnivå, tjenestenivå og systemnivået i helsetjenesten. Dette kan illustreres på følgende måte:



I de følgende punktene vil organiseringen av prosjektet bli gjennomgått.

2.1 Organisering

VIP er et samarbeidsprosjekt mellom Skien kommune og Sykehuset Telemark HF. Det formelle samarbeidet er bygget opp rundt følgende elementer:

- En styringsgruppe med representanter fra ledelsen i både sykehus og kommune, samt prosjektleder fra GRUK.
- To veiledere – en fra kommunen og en fra sykehuset, leder hver sin veiledningsgruppe. Det er til sammen tre slike grupper som hver består av ti koordinatore fra Skien kommune og Sykehuset Telemark HF.
- Veilederne får felles veiledning av ekstern veileder.
- Tre felles erfaringskonferanser i løpet av prosjektet i tillegg til felles opplæringskonferanse som oppstart av prosjektet, samt en sluttkonferanse.
- Tilretteleggere på begge nivåene. Funksjon: Sikre samhandling/kommunikasjon mellom nivåene, lederne og koordinatorene, og i tillegg kunne ha en del praktiske oppgaver i forbindelse med konferansene.
- To felles ledersamlinger i løpet av prosjektet for ledere i sykehus og kommune.

2.1.1 Betydningen av tett samarbeid mellom sykehus og kommune.

Både praktisk erfaring fra arbeidet med individuell plan og forskning på området, har vist at tett samarbeid mellom sykehus og kommuner er helt nødvendig for å oppnå et helhetlig og sammenhengende tilbud til tjenestemottakerne (3,4,5). Manglende samarbeid mellom disse to nivåene har gjennom en lang periode vært en av de største utfordringene for helsetjenesten i Norge, og noe av bakgrunnen for å lovfeste rett til individuell plan (2). Det var derfor en bevisst strategi i planleggingen av VIP at det måtte satses på et tett samarbeid mellom Skien kommune og Sykehuset Telemark HF. Samarbeidet ble tydeliggjort allerede i forprosjektet hvor kommunen og sykehuset deltok på et likeverdig grunnlag. I tillegg har ledere fra kommunen og sykehuset sidd i styringsgruppen, veiledere fra kommune og sykehus har sammen ledet veiledningsgruppene, og koordinatorene har deltatt i felles veiledningsgrupper.

2.2 Forankring i ledelsen

Erfaringer når det gjelder implementeringen av individuell plan har vist at uten en sterk forankring i ledelsen vil ikke tiltakene som iverksettes oppnå det som er hensikten med planen (3,4). Selv om koordinering av tiltak for pasienter som trenger det ikke er noe nytt i seg selv, handler individuell plan om noe mer – brukermedvirkning satt i system, holdningsendring og endring i roller. Den kunnskapen som finnes når det gjelder individuell plan så langt, viser at hele systemet må gjennom en lærings- og utviklingsprosess (2,3,4). Det handler om:

- Bevisstgjøring av felles mål, verdier og arbeidsformer.
- Utvikling av system for samarbeid mellom ulike nivå, enheter og etater.
- Sikring av legitimitet og rammebetingelser.
- Systemproblemer løftes opp til ledelsen og tas tak i så raskt som mulig.

God forankring i ledelsen er derfor helt nødvendig for å lykkes med individuell plan.

2.3 Opplæring og veiledning

2.3.1 Opplæring

I fase 2 ble det gjennomført et opplæringsprogram for deltagerne i prosjektet med tema som - det å lytte til bruker og la brukers mål styre arbeidet, det å tilegne seg kunnskap om andre etaters arbeidsområder, hvordan jobbe systematisk, hvordan utarbeide individuell planer, og det å samarbeide på tvers av profesjoner og nivå. I opplæringen ble det vektlagt at planprosessen skulle gjennomføres i et så tett samarbeid som mulig mellom tjenestemottakeren, eventuelle pårørende og koordinator.

2.3.2 Veiledning av koordinatorene

Koordinatorene i VIP-prosjektet fikk veiledning i gruppe hver 14. dag i starten, og deretter ca. hver 3. uke. Det har vært 2 veiledere i hver av gruppene – en fra kommunen og en fra sykehuset, og veilederne har samarbeidet mellom samlingene.

Et sentralt og gjennomgående tema i veiledningsgruppene har vært den utfordringen det er å delta i et prosjekt, samtidig som man skal ivareta sitt daglige arbeid. Selv om deltagerne har vært vant til å tenke koordinering og samarbeide med brukere og pårørende fra før, var den strukturerte måten å tenke på når det gjelder individuell plan både ukjent og krevende. Det å minne hverandre på at de faktisk deltar i et banebrytende arbeid innenfor helsetjenesten, var et

verktøy til å opprettholde motivasjonen i en travel hverdag. At deltakelse i prosjektet ga faglig påfyll, og ikke minst økte kvaliteten på tjenestene overfor den enkelte bruker, var også en motiverende faktor.

2.3.3 Veiledning av veilederne

Veilederne i VIP-prosjektet har mottatt veiledning av ekstern veileder i hele prosjektperioden. Det har til sammen vært gjennomført 15 veiledninger à 2 timer. Veiledningen har hatt fokus på veilederne og de utfordringene de møtte i gruppene. Målet var å hente og dele erfaringer med hverandre. Refleksjonene i veiledningstimene dreiet seg mye om ”*egen rolle som veileder*” og ”*hvordan lede prosesser*”. Veilederne hadde ulik erfaring med veiledning fra før av. Noen hadde en formell veilederutdanning, mens andre viste seg å være ”*naturligent*”! Tema som hyppig har vært brakt inn i veiledningen:

- Hva bidrar til en god ”*gruppekultur*”?
- God struktur i veiledningene er viktig for å få til gode prosesser.
- Hvor tydelig kan en være på forventninger når en vet hvor travle koordinatorene er i det daglige?
- Det er naturlig og vanlig å være opptatt av egen rolle som veileder når en er ny i rollen. Trøsten er at det går over...
- Det er viktig å sikre at gruppen har en felles begrepsforståelse i forhold til temaer som drøftes.
- Hvordan kan vi hjelpe og motivere koordinatorene til valg av pasienter – særlig dem som har vanskelig for å komme i gang?
- Veiledning er å bidra til framdrift i koordineringsarbeidet.

2.3.4 Erfaringskonferanser

Et sentralt element i VIP er de felles erfaringskonferansene som ble gjennomført i prosjektperioden. Hensikten med konferansene har vært å dele erfaringer og synspunkter, kompetanseutvikling, møteplass – bli kjent, og inspirasjon til videre arbeid. Her møttes ledere, veiledere, koordinatorene, tilretteleggere, prosjektleder- og medarbeidere, og ekstern veileder. Antall deltakere har ligget stabilt mellom 50 og 60. Den første konferansen ble avholdt 15. mai 2005. Det har til sammen vært avholdt 5 konferanser, inkludert oppstarts-, sprednings- og sluttkonferanse.

Tema som har vært tatt opp: Dele historier om koordineringsarbeid som virker for å lære av de gode grepene, gjennomgang av evalueringsheftet, opplæring i forhold til lovverk og føringer når det gjelder brukermedvirkning, hvordan opprettholde implementeringen av individuell plan etter at prosjektperioden er over, og hvordan spre resultatene til andre deler av helsetjenesten. En viktig ingrediens på alle seminarer har vært gruppearbeidet hvor deltagerne har delt erfaringer og drøftet aktuelle utfordringer. Metoden som ligger til grunn for innholdet i erfaringskonferansene er Appreciative Inquiry (AI): Det handler om å legge merke til og anerkjenne det beste hos hverandre, undersøke og oppdage gjennom å stille spørsmål, og å lære av de gode eksemplene.

2.4 Tilretteleggerfunksjonen

Tilretteleggerfunksjonen har vært en grunnpilar i VIP-prosjektet. Bakgrunnen for denne funksjonen er blant annet erfaringene fra KPA-prosjektene, som viste behovet for å ha en person som kunne sikre samhandling/kommunikasjon mellom nivåene, lederne og

koordinatorene, og i tillegg ha en del praktiske oppgaver (6). Tilbakemeldinger fra tilretteleggerne viste at det var noe usikkerhet i forhold til hva rollen som tilrettelegger egentlig innebar i begynnelsen, men rollen ble tydeligere etter hvert:

- Bidra til å finne koordinatører.
- Erfaringskonferansene: Organisere påmeldingen, lage permer og kopiere alt materialet som skulle deles ut til deltagerne, bestille frukt og mat, sørge for at alt var ivaretatt i forhold til lokaler og catering, og rydde etter at konferansene var ferdige.
- Oppfølging av veilederne: Formidle beskjeder etc. til ledere, alt fra å melde fra at noen ikke har møtt på veiledning over en periode til hvordan man skal få frigjort tid.
- Oppfølging av koordinatører og ledere: Kontakt med koordinatører pr. telefon. Ofte praktiske ting som kan løses der og da. Være behjelpelig med å finne brukere som har behov for koordinering. Samtaler med alle lederne og koordinatorene for å høre hvordan det går. Undervisning der hvor koordinatorene ikke fikk med seg opplæringsseminaret.

2.5 Økonomi

Hovedprosjektet i VIP har blitt støttet av Helse Sør med kr. 580.000. Disse midlene har gått med til å dekke:

- Ekstern prosjektledelse og veiledning.
- Praktiske utgifter til materiell.
- Kostnader i forbindelse med fem konferanser.
- Noe dekning for innleie av ekstravakter i forbindelse med koordinatørers deltakelse i prosjektet.

Når det gjelder det siste punktet er det langt mellom de reelle kostnadene og kompensasjonen. Men styringsgruppa ønsket å gi noen midler som skulle stimulere til å sette av tid for koordinatorene. Ledere ble oppfordret til å søke om dekning av dokumenterte utgifter i forbindelse med koordinatorenes aktivitet. Det kan også nevnes at forprosjektet også fikk økonomisk støtte fra Helse Sør.

3.0 Koordineringsarbeid

Helse- og sosialarbeidere læres opp til å ”se hele pasienten”, dvs. ikke kun fokusere på sykdom/lidelse/problem/funksjonshemming, men også på ressurser/nettverk og familie – hele livssituasjonen. I lys av denne tenkningen er det å koordinere – dvs. prøve å få brukerens totale tjenestetilbud til å henge sammen, ikke noe nytt. Det nye er at helse- og sosialtjenesten nå har fått en lovbestemt plikt til å koordinere brukernes tilbud. Bestemmelsene har blitt tatt inn i lovverket ikke minst på bakgrunn av kunnskap om den store påkjenningen det er for brukere og deres pårørende å ha ansvaret for selv å koordinere tilbudet.

3.1 Hvem kan være koordinator?

Koordinering handler i korthet om å sikre oppfølgingen av tjenestemottakeren (2). Det stilles ingen formelle kompetansekrav i lovverket til hvem som skal være koordinator. Men i Veileder for individuell plan (2005) understrekes behovet for kontinuitet og stabilitet hos de som påtar seg en slik oppgave. Koordinatorrollens betydning og omfang tilsier dessuten at personen som innehar denne rollen både må ha kjennskap til helsetjenesten, høy faglig kompetanse og personlig egnethet. Både sykepleiere, hjelpepleiere/omsorgsarbeidere, vernepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter har vært koordinatorene i VIP.

3.1.1 Koordinators rolle og ansvar

I koordinatorfunksjonen slik den beskrives i VIP inngår følgende oppgaver:

- Opprette en god relasjon til brukeren.
- Samarbeide med pårørende.
- Etablere kontakt og samarbeid med tjenestenettverket.
- Kartlegge tjenestemottakerens situasjon, ressurser, mål og behov for tiltak.
- Utarbeide en skriftlig individuell plan for oppfølgingen.
- Samordne og gjennomføre planen.
- Evaluerer arbeidet.

Beskrivelsen er en utdypning av Veileder til forskrift om individuell plan (2005) som understreker at koordinatorens arbeidsoppgave er å sikre oppfølgingen av tjenestemottaker og en god framdrift i planprosessen.

3.1.2 Betydningen av tid, prosess og relasjon

Veileder for individuell plan (2005) understreker at ingen brukere er like og at planprosessen derfor må ha et individuelt perspektiv. Det understrekes dessuten at det må brukes tid på oppbyggingen av en god relasjon mellom brukeren og koordinator. Denne tankegangen er en bærebjelke i VIP-prosjektet og tydeliggjøres både i opplæringen, veiledningen og på erfaringskonferansene.

3.2 Målinger/dokumentasjon av erfaringer

Det har vært en forutsetning i VIP-prosjektet at resultatene skal dokumenteres. Dette har blitt gjort på følgende måte:

- Gjennom utfylling av evalueringsheftet⁶ som dokumenterer den enkelte brukers og pårørendes tilfredshet med tilbudet, samt koordinators tilfredshet med selve

⁶ Vedlegg 1.

koordineringsprosessen. Evalueringsheftet har blitt fylt ut to ganger i løpet av prosjektperioden.

- Gjennom referat fra veiledningsgrupper, erfaringskonferanser og styringsgruppemøter.
- Gjennom avsluttende samtaler med sentrale personer i prosjektet.

Presentasjonen av resultatene i neste kapittel tar utgangspunkt i hovedmålet og delmålene for prosjektet.

4.0 Resultat – hva har skjedd?

I prosjektperioden har 30 koordinatorene jobbet systematisk for å sikre helhetlige og sammenhengende tjenester for sine pasienter/brukere. Verktøyet som har blitt benyttet er individuell plan. Resultatene er innhentet på den måten som ble beskrevet i punkt 3.2 Målinger. Vi har valgt å belyse de ulike punktene i kapitlet ved hjelp av sitat innhentet både fra åpne kommentarer i evalueringsheftet, og de avsluttende samtalene med to ledere og to koordinatorene.

I første runde fikk vi inn 11 evalueringshefter – 36 %, og i andre runde 5 – 17 %. Til sammen var fem hefter ufullstendig utfylt fordi koordinatorens evaluering av egen arbeidsprosess – del 4, manglet. Årsaken som ble oppgitt til dette, var at koordinator ikke hadde kommet langt nok i prosessen til å evaluere alle punktene. Flere koordinatorene ga tilbakemelding om at de hadde liten tid til å sette seg ned med skjemaet, og opplevde usikkerhet i forhold til hvordan det skulle fylles ut. Dessuten har det i ettertid kommet frem usikkerhet fra veilederens side i forhold til om evalueringsheftet skulle fylles ut en eller to ganger. Det kan være at prosjektledelsen/styringsgruppen burde hatt større fokus på evalueringsheftet i løpet av prosessen. Selv om antall utfylte hefter er lavt, kan det likevel si noe om tendenser når det gjelder tilfredshet med tilbudet og koordineringsprosessen. Resultatet er dessuten vurdert opp mot tidligere rapporter når det gjelder koordineringsarbeid, og erfaringer innhentet i konferansene. Tidligere KPA-prosjekt har også strevet med å få inn et større antall evalueringshefter (6). Det er en viktig utfordring å både jobbe med å øke motivasjonen til å måle effekt, og måten effekt måles på. GRUK har forsøkt å forenkle evalueringsheftet, men det er fortsatt ikke enkelt nok – noe kommentarene både fra pårørende, pasienter og koordinatorene viser.

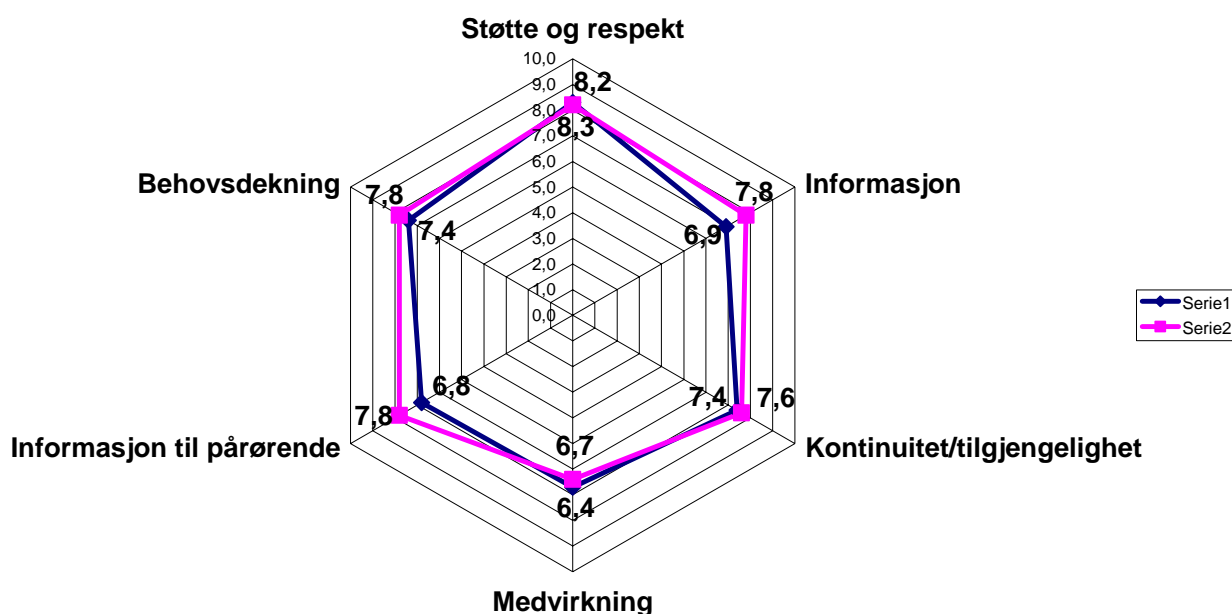
4.1 Har tjenestemottakerne fått et individuelt tilpasset og koordinert tjenestetilbud?

Hovedmålet med prosjektet har vært å utvikle en arbeidsmodell som kan gi personer med sammensatte problemer og deres pårørende et individuelt tilpasset og koordinert tjenestetilbud. ”Individuelt tilpasset og koordinert” er konkretisert gjennom områdene: Støtte og respekt, kontinuitet og tilgjengelighet, informasjon, medvirkning, informasjon til pårørende og dekning av behov. Tjenestemottakernes tilfredshet i forhold til disse områdene fremkommer i del 2 i evalueringsheftet gjennom skåringer og åpne kommentarer til hvert av punktene⁷. Ti poeng er fullt skår og tilsier høy tilfredshet, jo nærmere null poeng - jo lavere tilfredshet. Det er de samme pasientene og koordinatorene som har fylt ut evalueringsheftet i første og annen runde.

⁷ For mer informasjon om poengfordeling når det gjelder områdene - se vedlegg 1 Evalueringshefte.

4.1.1 Tjenestemottakernes tilfredshet med tjenestetilbudet

Figur 1 viser tjenestemottakernes tilfredshet med tilbudet målt i to serier. De aller fleste målingene ble utført etter at arbeidet med koordinering hadde pågått over noe lengre tid enn ønskelig. Serie 1 kan derfor ikke ses på som en ren "før-måling".



Figur 1: Tjenestemottakernes tilfredshet med tilbudet.

Den første gangen tilbudet ble evaluert, serie 1 – blå, var tjenestemottakerne mest tilfreds med den støtte og respekt de hadde opplevd, samt med kontinuitet/tilgjengelighet i tilbudet og dekning av behov. Tilfredsheten kan illustreres gjennom følgende sitat fra to ulike tjenestemottagere:

”Vi er svært fornøyd med den oppfølgingen vi får. Opplever at alle er hyggelige og omsorgsfulle”, og ”Koordinator er veldig tilgjengelig”.

Samtidig viser følgende kommentar fra en av de andre pasientene at det absolutt er rom for forbedring når det gjelder dekning av behov:

”Ringer jeg etter hjelp hender det at jeg må sitte og vente lenge. Eksempel: Ringer på ettermiddagen for å få hjelp til å ta på buksa etter toalettbesøk. Kan da ta lang tid før de kommer”.

Poengsummen de ovennevnte områdene oppnådde i første runde er høy til å være i startfasen av arbeidet med individuell plan. Men resultatet stemmer overens med det andre rapporter og undersøkelser viser, og kan ha sammenheng med den positive opplevelsen det er i seg selv å få tildelt en koordinator (2,4,5,7). Målgruppen for individuell plan og deres pårørende har ofte, og over lang tid, måttet koordinere et komplisert og uoversiktlig tilbud på egenhånd.

Tjenestemottakerne er minst fornøyd med medvirkning og informasjon – både i forhold til seg selv og sine pårørende. Dette funnet er også i tråd med andre undersøkelser (4,5,6,8).

Et sentralt poeng når det gjelder tolkning av resultatene fra serie 2, er at vi kun fikk inn 5 evalueringsshefter. Dette betyr at ekstra lave og ekstra høye poengsummer på enkelte områder vil slå kraftig ut og påvirke resultatet uforholdsmessig mye. Med denne betenkningen i bakhodet har vi likevel valgt å ta med resultatene fra begge seriene for å se i hvilken retning tilfredsheten har utviklet seg over tid når det gjelder bruk av individuell plan. I serie to – rosa, var tjenestemottakerne mest tilfreds med støtte og respekt – selv om tilfredsheten hadde sunket - fra 8,3 til 8,2. En reduksjon i tilfredsheten har det også vært i forhold til medvirkning – fra 6,7 til 6,4. Tilfredsheten i forhold til behovsdekning har økt – fra 7,4 til 7,8. Informasjon er det området som har den mest markerte fremgangen i forhold til tilfredshet, dette gjelder både informasjon generelt (fra 6,9 – 7,8) og informasjon til pårørende (fra 6,8 – 7,8).

Personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester må forholde seg til mange ulike personer, etater og nivå i helse- og sosialtjenesten. Gjennom åpne kommentarer i evalueringsskjemaet har både pasienter og pårørende kommentert hvor viktig det er å ha færrest mulig personer i hjelpeapparatet å forholde seg til. Dette gjelder ikke minst i hjemmesykepleien.

”Det som kan forbedres er at jeg ikke får så mange forskjellige pleiere hjem til meg. Men det er bedre nå”.

”Det går bra med de gamle hjelperne jeg kjenner. Men jeg ønsker ikke nye folk hele tiden”.

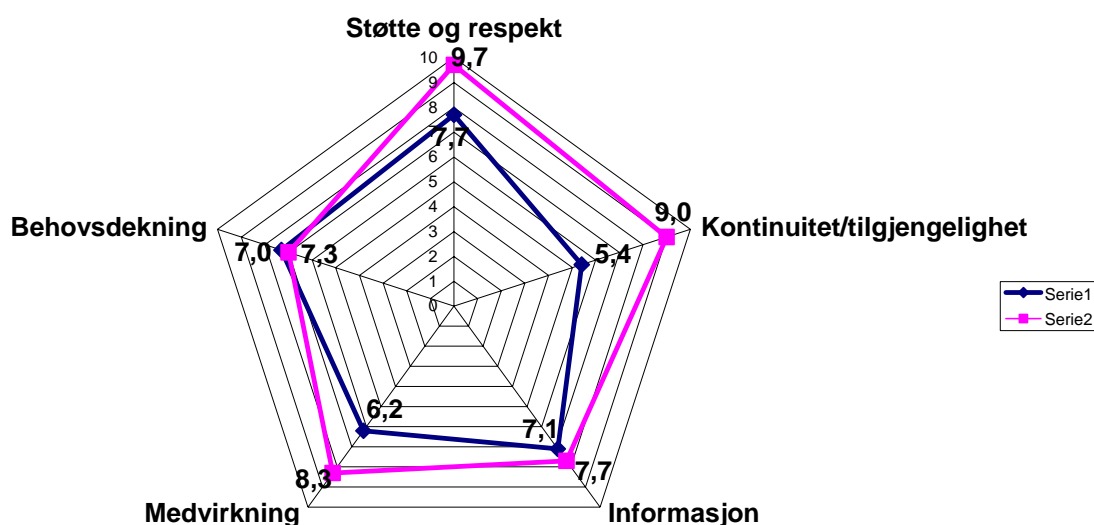
”Jeg er helt avhengig av mine pårørende, eller godt kjent personale”.

”Jeg tenker at hvis mine foreldre ikke passer på, så vil det ikke gå så bra”.

Åpne kommentarer fra pårørende var overrepresentert i forhold til kommentarer fra pasientene. Dette har sannsynligvis med pasientenes situasjon/sykdom å gjøre.

4.1.2 Pårørendes tilfredshet med tilbudet

Pårørendes tilfredshet med tilbudet fremkommer i evalueringssheftet - del 3, gjennom skåringer og åpne kommentarer i forhold til områdene – støtte og respekt, kontinuitet og tilgjengelighet, informasjon, medvirkning og dekning av behov. Figur 2 viser pårørendes tilfredshet med tilbudet.



Figur 2: Pårørendes tilfredshet med tilbudet.

I serie 1 er pårørende – i likhet med pasientene, godt fornøyd med den støtte og respekt de opplever. I de åpne kommentarene blir både koordinator, fastlegen og annet helsepersonell omtalt som ”gode hjelpere”. Eksempel: *”Primærlegen har vi nær og god kontakt med (i mer enn 30 år). Samme gjelder i hovedsak sykehuset. Her har vi kjempet og sloss for den respekten og de gode samtalene som måtte finnes”*.

Kontinuitet/tilgjengelighet får også en relativt høy poengsum i serie 1 i forhold til at skåringen ble gjort tidlig i arbeidsprosessen med individuell plan. Funnet kan – på samme måte som for pasientene, henge sammen med den positive opplevelsen det er i seg selv å få tildelt en koordinator (2,4,5,7). Tilfredsheten hos de pårørende er lavest i forhold til informasjon og medvirkning, slik det også viste seg under gjennomgangen av pasientenes tilfredshet med tilbudet. Sitat fra de pårørende som illustrerer dette funnet:

”Generelt oppleves det som at vi selv må ta initiativ og ansvar for å kommunisere, både angående opplysninger og eventuelt veiledning”.

”For mange tilfældigheter (fortsett – det har vært verre). At vi som foreldre til enhver tid må se til at ting fungerer. At selyfølgeligheter blir selyfølgeligheter – at for eksempel prosedyrer og kvalitetssikringssystem blir fulgt. Vi opplever stadig skremmende overraskelser”.

Følgende sitat sier noe generelt om de pårørendes tilfredshet med tilbudet og understreker samtidig betydningen av fleksibilitet:

”Vi opplever tilbudet som meget bra, med faglig dyktighet og god kommunikasjon alle veier. Hjemmetjenesten møter som avtalt men viser fleksibilitet ved behov”.

I serie 2 er tilfredsheten meget stor når det gjelder områdene støtte og respekt, kontinuitet/tilgjengelighet og medvirkning. I forhold til alle disse områdene er det stor fremgang. Det er viktig å bemerke at kun tre pårørende har skåret tilfredsheten i serie 2. Det er derfor umulig å si noe om disse høye poengsummene gjenspeiler den gjennomsnittlige tilfredsheten hos resten av de pårørende. Når dette er sagt er det gledelig at tre pårørende/familier er så tilfredse med den støtten og respekten, kontinuiteten/tilgjengeligheten og medvirkningen de opplever. Tilfredsheten med informasjon øker også fra serie 1, mens tilfredsheten med behovsdekning viser en liten nedgang uten at det er mulig ut fra evalueringsskjemaet å finne noen forklaring på dette.

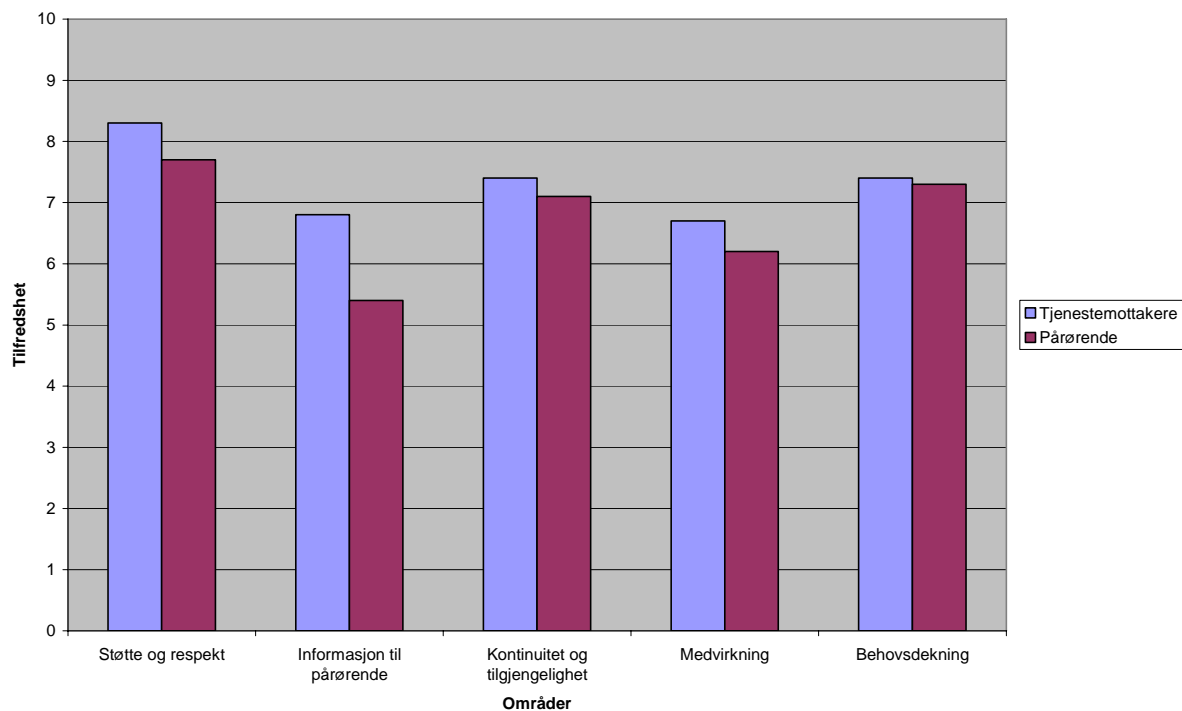
Flere pårørende, både i første og andre serie, har vært opptatt av tidsaspektet i hjelpetilbudet, hvilket kan illustreres med følgende sitat:

”Det har blitt mye bedre, tid er det store temaet her. Brukere med så store behov må det gis tid til. Hjelperne gjør så godt de kan, de har tidspress”.

Det siste sitatet vi har valgt å ta med handler om pårørendes egne behov og maner til ettertanke: Tar vi ordentlig vare på pårørende – eller ser vi dem kun som medhjelpere?

”Jeg synes det er lett å snakke med hjelperne om brukers behov. Men ikke mine egne”.

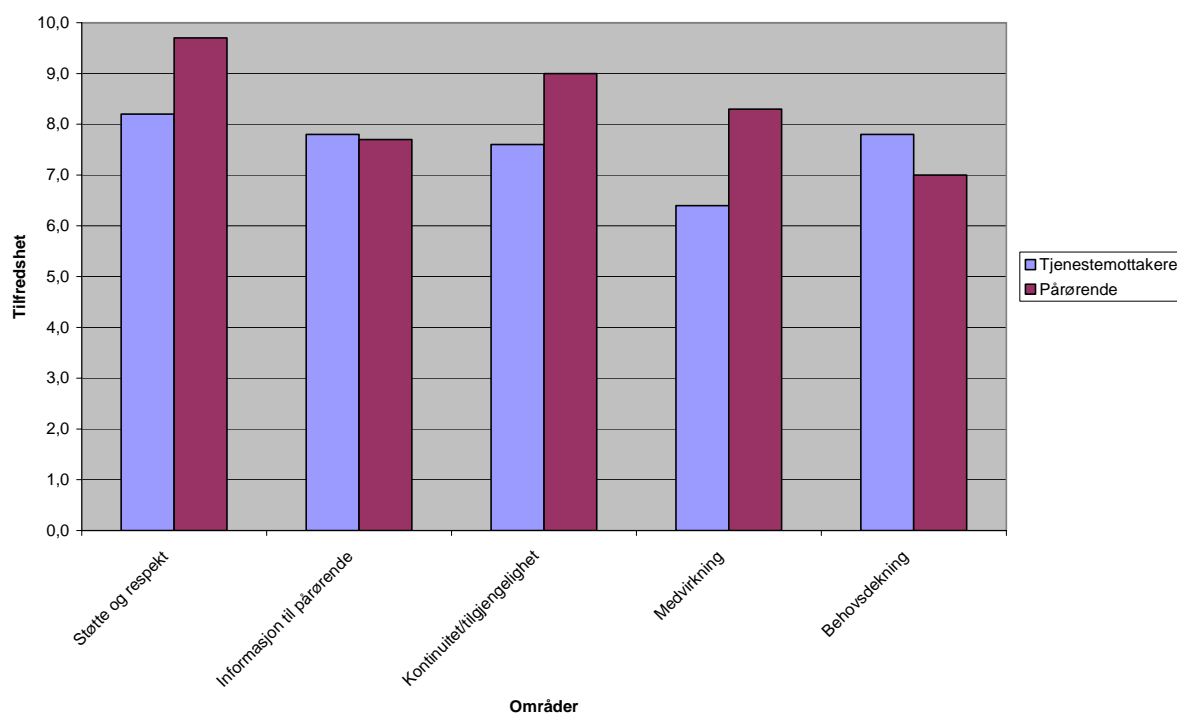
For å kunne sammenligne de pårørendes og pasientenes tilfredshet område for område og i begge seriene, har vi sammenstilt resultatene i Figur 3 og 4. Figur 3 – serie 1:



Figur 3: Sammenlikning av tjenestemottakernes og pårørendes tilfredshet serie 1.

Tjenestemottakerne og de pårørende er relativt samstemte når det gjelder tilfredshet i serie 1. De pårørende er gjennomgående litt mindre tilfreds enn pasientene, spesielt når det gjelder informasjon og medvirkning. Begge disse områdene har et stort potensial når det gjelder forbedring. Flere pårørende har i de åpne kommentarene gitt tilbakemelding om at informasjon er spesielt viktig slik at de selv kan ivareta pasienten på en bedre måte.

Figur 4 viser en sammenlikning mellom tjenestemottakernes og de pårørendes tilfredshet i serie 2:



Figur 4: Sammenlikning av tjenestemottakernes og pårørendes tilfredshet serie 2.

I serie 2 avviker resultatet fra serie 1: De pårørende er mer fornøyd enn pasientene på områdene støtte og respekt, kontinuitet/tilgjengelighet og medvirkning. Dessuten skårer disse tre områdene over 8,0 hvilket viser at tilfredsheten er stor hos de pårørende. Kun et av områdene – støtte og respekt, skårer like høyt hos pasientene. Resultatene i figur 4 illustrerer hvor store utslag enkeltresultat kan gi når svarprosenten er lav i undersøkelser. Samtidig viser resultatet at de tre pårørende som har fylt ut evalueringsskjemaet i serie 2 er meget fornøyd med tilbudet deres familiemedlem får!

4.1.3 Oppsummering

Tjenestemottaker og pårørende er de nærmeste til å uttale seg i forhold til om det tilbudet de mottar er individuelt tilpasset og koordinert – slik hovedmålet for prosjektet er formulert. Støtte og respekt, kontinuitet/tilgjengelighet samt behovsdekning, er områder hvor både pårørende og pasienter opplevde tilfredshet i serie 1 og 2. Dette er et viktig funn og kan tilsi at målet om et individuelt tilpasset og koordinert tilbud er på vei til å bli oppfylt for tjenestemottakerne i prosjektet. Medvirkning og informasjon peker seg ut som to områder med potensial for forbedring, selv om tilfredsheten hadde økt i serie 2.

4.2 Har koordinatorene fått en praksisnær opplæring i forhold til å koordinere tilbudet til tjenestemottaker?

4.2.1 Opplæring og veiledning

Opplæring og systematisk veiledning gjennom hele perioden har vært en sentral faktor i VIP-prosjektet. Resultatet av disse tiltakene fremkommer både i evalueringsheftet og i referatene fra veiledningsgruppene.

Det viste seg at koordinatorenes erfaring med veiledning varierte, og for flertallet var det noe nytt. Det ble derfor lagt ned mye arbeid i oppstarten for å avklare forventninger, lage ”kjøreregler” og utvikle felles begrepsforståelse når det gjelder tema omkring individuell plan. Det fremkommer i referatene at de veiledningsmøtene som var godt planlagt fra veiledernes side ga best utbytte for deltakerne. Reflekterende team ut fra eksempler som deltagerne la frem, og konkrete oppgaver å la ”Hvordan kan vi hjelpe hverandre til å komme i gang med koordineringsarbeidet”, viste seg å være nyttige verktøy i gruppene.

Utfordringer som fremkom fra koordinatorene var:

- Det å finne en pasient å koordinere for.
- Det å komme i gang med selve koordineringen.
- Det å fylle ut den individuelle planen.
- Det å få tid til å konsentrere seg om planarbeidet.

Underveis var uteblivelse pga. sykdom, deltakere som sluttet, skiftet jobb eller trakk seg midt i prosessen, utfordringer som veiledningsgruppene måtte forholde seg til. Etter hvert som selve koordineringsarbeidet kom i gang, ble fokuset i gruppene mer praktisk - koordinatorene viste utfylte planer til hverandre, og ga hverandre nyttige tilbakemeldinger.

Har opplæringen og veiledningen vært med på å nå målet om at koordinatorene skulle få en praksisnær opplæring i forhold til å koordinere tilbudet til tjenestemottaker? Konkrete tilbakemeldinger fra koordinatorene selv kan tyde på at målet langt på vei er nådd. Kombinasjonen av opplæring før hovedprosjektet startet, systematisk veiledning og deltagelse på erfaringskonferanser har gitt resultat. Følgende sitat som er hentet fra evalueringsheftet illustrerer dette:

”Godt med veiledning. Kjekt å ha noen å luften problemer med. Få noen andres syn på løsningen av problem”.

”Veiledningen var nyttig og viktig... ...Hjemmetjenesten hadde mer erfaringer enn meg... Jeg har fått mange tips. Det å ha grupper ”på tvers” har vært viktig og spennende”.

”Det å få være med og sette ting i system, og den tryggheten og forutsigbarheten det gir bruker, er flott”.

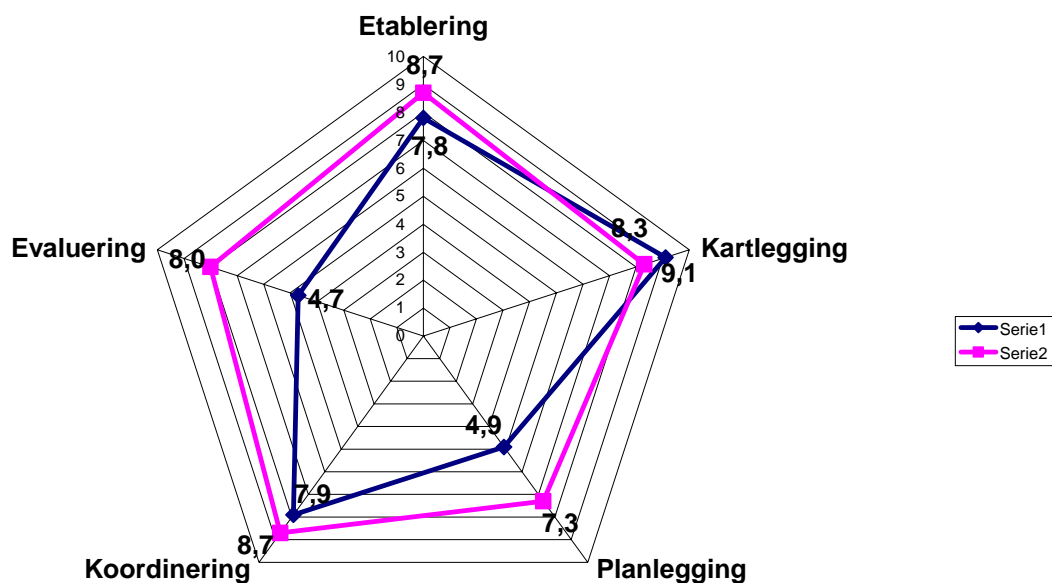
”I starten opplevde jeg prosessen veldig frustrerende! Hadde ingen erfaring med å arbeide med individuell plan, heller ikke sett det fungere i praksis. Brukte lang tid på å finne ut hvordan jeg skulle gripe utfordringen. Hva skulle jeg starte med, hvordan skulle jeg gå frem, hva var viktig, hvordan så en plan ut, hvordan skulle jeg fylle den ut osv. Savnet konkret innføring, litt sånn skritt for skritt. I ettertid sett at det kanskje

ikke er like viktig det som står i planen. Ser at det å skape relasjon gjennom regelmessige møter har vært av stor betydning. Pasienten føler seg tatt på alvor”.

Tilretteleggerfunksjonen, som blant annet ”holdt prosessen oppe”, har fått meget gode tilbakemeldinger fra koordinatorene. En slik funksjon har vist seg å være et viktig og nødvendig bindeledd mellom koordinatorene og lederne i kommunen og i sykehuset.

4.2.2 Hvordan fungerer koordinatorenes arbeidsprosess?

Arbeidsprosessen i forhold til individuell plan består av følgende trinn – etablering, kartlegging, planlegging, koordinering og evaluering. Koordinatorene har målt i hvilken grad de har oppfylt programmet på disse områdene (programoppfyllelse). Figur 5 viser programoppfyllelsen i serie 1 og 2:



Figur 5: Programoppfyllelsen serie 1 og 2.

I serie 1 pekte etablering, kartlegging og koordinering og seg ut som områder med høyest programoppfyllelse, mens evaluering hadde den laveste. Høy programoppfyllelse i forhold til kartlegging er et viktig funn fordi det handler om å gi et godt grunnlag for det videre planarbeidet; koordinator har oversikt over tjenestemottakers situasjon på sentrale livsområder, ressurser, ønsker og mål, prioritering av behov for tiltak osv. Planlegging handler om at det er utarbeidet en individuell plan og at de involverte parter har fått kopi av planen. Dette er et område med lav programoppfyllelse. Det samme gjelder evaluering. Det er naturlig i og med at det tok såpass lang tid å komme i gang med arbeidet at koordinatorene ikke hadde rukket å lage selve planen og evaluere arbeidet på en systematisk måte ved første runde med utfylling av evalueringsskjemaet.

I serie 2 har kun tre koordinatorene fylt ut evalueringsskjemaet når det gjelder koordineringsprosessen. Resultatet må derfor ses i lys av dette. Programoppfyllelsen har gått litt ned når det gjelder kartlegging, mens planlegging og ikke minst evaluering har hatt stor fremgang. Dette funnet er ikke uventet ettersom koordineringsprosessen har kommet lenger.

Det betyr blant annet at pasienten faktisk har en individuell plan, at involverte parter har fått kopi av planen og at samarbeidet har kommet godt i gang.

En evaluering av tidligere KPA-prosjekt viste at når programoppfyllelse er nådd opp til 70-80 prosent så er mange av de viktigste oppgavene i koordineringsprogrammet utført. Men det er viktig å være oppmerksom på at høy programoppfyllelse i seg selv ikke er tilstrekkelig til å avgjøre om arbeidet er slutført på individnivå. Årsaken er blant annet at den enkelte pasient kan ha behov som ikke er fanget opp i programmet. Programoppfyllelsen gir en indikasjon på hvor langt arbeidet er kommet for den enkelte pasient, men det er bare pasienten selv og koordinator som vet når ting virkelig er ”på plass” (6).

Koordinatorerne har kommentert arbeidet med individuell plan på følgende måte:

”Både bruker og pårørende er fornøyde nå som de ser at dette arbeidet gir resultater. De var skeptiske i begynnelsen. Men nå stoler de på at tingene blir tilrettelagt”.

”Han hadde litt hjelp fra PU og hjemmesykepleien. Samhandlingen fungerte ikke. Det var litt uryddig og rotete. Det har det blitt en bedre avklaring på nå etter at han fikk individuell plan”.

”De fleste tilbud er på plass og fungerer bra. Samarbeidet går fint. Fin og åpen dialog med samarbeidspartnere. Bruker har nå søkt om personlig assistent”.

”Vi har ingen eller lite kontakt med pårørende fordi bruker ønsker å være så selvstendig som mulig. Han ordner stort sett opp i saker selv. I følge bruker er pårørende fornøyd når de ser at han har det bra og får den hjelpen han trenger”.

”Spennende. Utfordrende. Viktig og bra tilbud til pasienter med behov for koordinerte tjenester – ser virkelig et behov. Dette skaper motivasjon til å bruke tid på individuell plan”.

”Koordinatorrollen er utfordrende”.

”Det å delta i prosjektet er spennende og lærerikt. I starten var min frustrasjon stor da jeg ikke følte at jeg hadde nok kunnskap om hvordan jeg skulle tilnærme meg individuell plan. Undervisningen var veldig generell og lite konkrete verktøy ble lagt frem for hvordan jeg skulle arbeide. I starten brukte jeg mye tid på planen og kartleggingen, men bruker i dag kanskje 2 timer”.

”Det er spennende og givende å delta i prosjektet. Det gir en påfyll og mening i en travel arbeidsdag. Det gir også stress fordi man ikke har tid til å jobbe med det som man ønsker”.

Som vi ser viser sitatene at individuell plan fungerer etter intensjonen, og at det gir koordinatorerne økt motivasjon til å fortsette arbeidet. Samtidig pekes det på at koordinatorrollen er utfordrende, og at frustrasjonen var stor i starten på prosjektet. Utfordringene i koordineringsarbeidet blir oppsummert i neste punkt.

4.2.3 Utfordringer i koordineringsarbeidet

Erfaringene fra VIP-prosjektet viser tre hovedutfordringer i koordineringsarbeidet:

- Koordinatorene arbeider i en meget travel hverdag hvor de allerede har omfattende oppgaver og ansvar for mange pasienter. Det å sette seg inn i hva en individuell plan er, hvordan en slik plan lages, og opprette en god relasjon til en bruker som også trenger mye informasjon om det samme, tar tid.
- Intensjonen med individuell plan er at tjenestene skal koordineres og samordnes på tvers av nivå, sektorer og etater. Selv om helsepersonell er vant til å samarbeide med andre, er det å løfte blikket fra den praktiske hverdagen på egen arbeidsplass til å se pasienten i et helhetlig system noe nytt som krever en økt grad av bevisstgjøring, tid, og mot til å ta kontakt og fremme pasientens behov.
- Ledere på ulike nivå i helsetjenesten har et press på seg til stadig å påta seg nye oppgaver. Et slikt press ovenfra vil spre seg nedover og kan gjøre det vanskelig å skape det nødvendige rom til å sette seg inn i arbeidet med individuell plan.

Tre sitat fra tre ulike koordinatører illustrerer utfordringene i koordineringsarbeidet:

”Savner oppfølging og interesse fra ledere. De ber deg delta i et prosjekt fordi de er pålagt å ”melde på noen”, og etterpå er det glemt”.

”Har fått lite tid til å jobbe med individuell plan. Har bedt om tid, men må da bruke tiden etter pause. Vanskelig å få ro til å jobbe for etter pause må vi dokumentere og blir stadig avbrutt av andre ting. Har bare fått lest deler av opplæringsheftet pga. mangel på tid på jobb som beskrevet. Merker på kurset at vi er litt ”prøvekaniner”. Mye som ikke er avklart”.

”Dette med tid er vanskelig å få til. Kommer jeg i god tid til leder er det lettere å få til å koordinere. Tidspunkt på dagen er også avgjørende. Lederen er viktig. De ser nok på at det kan gå mye tid i starten, men at det på sikt kan være arbeidsbesparende”.

Betydningen av oppfølging og interesse fra leder, tid til å sette seg inn i individuell plan, samt koordinatorens eget ansvar for å gi tilbakemeldinger til leder gjenspeiles i disse sitatene.

4.2.4 Oppsummering

Konkrete tilbakemeldinger fra koordinatorene selv kan tyde på at målet om en praksisnær opplæring i forhold til å koordinere tilbudet til tjenestemottaker langt på vei er nådd. Kombinasjonen av opplæring før hovedprosjektet startet, systematisk veiledning og deltagelse på erfaringskonferanser har gitt resultat. Samtidig er det viktig å ta med videre at flere koordinatører har ønsket seg en mer konkret opplæring – skritt for skritt, i forhold til hvordan arbeide med individuell plan. Når det gjelder programoppfyllelse kommer kartlegging, koordinering og etablering best ut. Det at kartlegging kommer så bra ut, kan tyde på at budskapet i opplæringen om hvor viktig et godt grunnlag er for det videre arbeidet er mottatt av koordinatorene.

Arbeidet med individuell plan i VIP har avdekket flere utfordringer i forhold til koordineringsarbeid: Det handler om alt fra det å finne en pasient å koordinere for til det å ha tid til å konsentrere seg om planarbeidet. Disse funnene er i tråd med tidligere forskning på området og må tas med i det videre arbeidet med individuell plan.

4.3 Er VIP ved prosjektets slutt integrert og forankret hos ledere og medarbeidere?

For å innhente data i forhold til om målet om integrering og forankring hos ledere og medarbeidere ved prosjektets slutt var oppnådd, ble det igangsatt to aktiviteter: Det ble avholdt et ”spredningsseminar” i juni 2007, og temaet har blitt diskutert i de avsluttende samtalenene med sentrale personer i prosjektet.

4.3.1 ”Spredningsseminar”

På seminaret deltok alle som på en eller annen måte hadde vært delaktige i prosjektet. Tema for seminaret var: Hva må til for å sikre spredning av erfaringene som har kommet frem gjennom VIP slik at:

- flere brukere som har rett til det, får individuell plan
- flere ledere setter i gang arbeidet med koordinering
- flere helsearbeidere tar på seg rollen som koordinator

Med andre ord - hvordan få det systematiske arbeidet med individuell plan som nå har blitt gjennomført til å leve videre etter prosjektets slutt? Deltagerne ble oppdelt i grupper og bedt om å komme med kloke grep for å sikre spredning.

Kloke grep som kom frem var:

- Kontinuerlige veiledningsgrupper for koordinatorene på tvers av ulike nivå og sektorer.
- Koordinering av tjenester må være et sentralt tema i opplæringen av alle helsearbeidere, inkludert leger.
- Internundervisning om individuell plan i den enkelte avdeling.
- Ledere må være inspiratorer og pådrivere i koordineringsarbeidet.
- Nye koordinatorene må ha ekstra tid til å komme i gang med koordineringsprosessen.
- Suksesshistoriene/de gode resultatene må synliggjøres regelmessig.
- Pasienter som har rett til individuell plan må informeres om dette ved første møte.
- Individuell plan tas opp som ”månedens tema” i avdelingene.
- Individuell plan tas opp rutinemessig på rapporten 2 ganger pr uke for å sikre at alle brukere med behov får tilbud.
- Brukerens individuelle planer er kjent og synlig for samarbeidspartnere, ligger tilgjengelig hos pasienten, og blir lest av mottakende instanser.
- Ett felles, elektronisk, individuell plan system for kommune- og spesialisthelsetjenesten.
- Koordinator i kommunen møter pasienten på sykehuset før vedkommende skrives ut.

Både ledere, de som har vært veiledere og koordinatorene i VIP er viktige i forhold til spredning og for at prosjektet kan leve videre. Informasjon til kollegaer om nytteverdien for pasienter og pårørende av å ha en individuell plan, og at det er meningsfylt og spennende å være koordinator kan være med å sikre spredning.

Forslag til videre arbeid:

1. Ressurspersoner (ressursgruppe) må arbeide med individuell plan fokus fram til 2011.
2. Registrere data i forhold til individuell plan; hvem har behov for det/rett til det, hvem har fått tilbudet, hvem har individuell plan og hvem takker nei.

I tillegg vektlegger en av lederne i et avsluttende intervju at det kanskje bør vurderes å prioritere en stilling til arbeidet med individuell plan. En av koordinatorene fremhever betydningen av fortsatt veiledning, og at det settes av tid til koordinering i turnus:

”Det ville vært fint om en hadde en veiledningsgruppe å gå til f.eks. 1 gang pr. mnd. Jeg har en enhetsleder som er veldig positiv. Jeg tror det ville vært lurt om det ble satt av tid til koordinering på turnus. For eksempel en dag, så det ikke blir så oppstykket”.

En av de andre lederne uttaler følgende på spørsmålet - **hvor går veien videre?**

”For at prosjektet ikke skal dø hen, tror jeg at veilederne og koordinatorene i noen grad må fortsette et samarbeide. Kanskje de kunne ”registrert noe” – rapportert om ”spredningseffekten” i både 1. og 2. linjetjenesten? Trolig vil det være viktig å holde ”steamene” oppe i 1-2 år, eller til en opplever at dette går av seg selv. Hvis ikke dør det”.

4.3.2 Oppsummering

Den store aktiviteten i gruppene på ”spredningskonferansen”, og de kloke grepene som kom frem både fra ledere og medarbeidere for å sikre videreføring av prosjektet, kan indikere at målet om integrasjon og forankring langt på vei er nådd. Samtidig vil ikke spredning og integrasjon skje av seg selv, og det vil derfor være helt nødvendig at forslagene til videre arbeid blir iverksatt. Tidsaspektet har vist seg å være en kritisk faktor i arbeidet med individuell plan – det må settes av tid til opplæring, veiledning, selve arbeidet med den enkelte pasients plan, og evaluering av arbeidet. På spørsmålet ”Hvilke tanker har du om gjennomføringen av VIP-prosjektet?” - svarte en av lederne:

”Jeg opplever at de som er deltakere, enten som veiledere eller koordinatorene, har et stort engasjement. For mange var nok dette å bevege seg på utrygg grunn – på tynn is, noe som trolig skapte en usikkerhet i starten. Flere og flere synes å se nytteverdien av individuell plan etter hvert. Jeg tror det vil skape positive ringvirkninger”.

4.4 Er samarbeidet mellom tjenesteutøvere på tvers av avdelinger og mellom helseforetak og kommunen styrket?

Et bevisst fokus på hvor viktig samhandlingen mellom sykehus og kommune er, har vært en av grunnpilarene i VIP-prosjektet. Felles opplæring, felles veiledningsgrupper, veilederpar fra kommune og sykehus, styringsgruppe med ledere fra begge nivå og felles erfaringskonferanser har vært tiltak for å nå dette målet. Resultatet av den systematiske samhandlingen fremkommer i evalueringsskjemaene, i referat fra de ulike aktivitetene og i de avsluttende samtale. Flere koordinatorene har i løpet av prosjektperioden gitt uttrykk for at kunnskapen om hverandres hverdag og tenkemåte har økt på tvers av nivåene. Et eksempel som uttrykker dette:

”Det med veiledning er viktig. Prate med andre i samme situasjon. Dele tanker og ideer. Personer på sykehuset arbeider med individuell plan på en annen måte. De som arbeider på sykehuset starter ofte arbeidet, mens vi i kommunen følger mer opp”.

Det å delta i de samme veiledningsgruppene gir nødvendig innsikt i hverandres arbeids- og ansvarsområder, og hvilke utfordringer tjenestenivåene står overfor. En av koordinatorene uttrykte det slik: *”Vi spiller hverandre gode og går til veiledningen med glede”.*

En av koordinatorene sier dette i den avsluttende samtalen når det gjelder betydningen av samarbeid:

”Kanskje vil individuell plan medføre at en totalt sett arbeider mer effektivt. Rollene blir klarere. Å få til et godt samarbeid er helt nødvendig. Samarbeidet med fastlegen har vært avgjørende... .. Det har blitt mer helhet, pasienten har blitt tryggere. Rollene har blitt tydeligere og samarbeidet blitt bedre”.

4.4.1 Erfaringskonferansene

Muntlige tilbakemeldinger, de avsluttende samtalene og referat fra erfaringskonferansene har vist at deltagerne har hatt stort utbytte av å delta. En av koordinatorene sier det slik:

”Erfaringskonferansene er bra. Du får liksom ny energi... og så lærer du mye”.

Spesielt har gruppearbeidene blitt trukket frem både i forhold til å bli kjent på tvers av nivåene, og for å få løftet frem felles utfordringer og løsninger. Men fordi gruppene enkelte ganger har vært relativt store, har behovet for mer styring blitt påpekt. I forhold til den konkrete oppgaven det er å arrangere erfaringskonferanser, har tilretteleggerfunksjonen vist seg svært nyttig. Uttalelser fra ledelsen viser en positiv holdning til konferansene, og ser disse som et ledd i å forsterke engasjementet hos deltakerne.

4.4.2 Tilretteleggerfunksjonen

Som tidligere nevnt har tilretteleggerfunksjonen vært sentral i VIP. Funksjonen har vist sin styrke både når det gjelder samarbeidet innad i kommunen, på tvers av avdelinger, og den har bidratt til å videreutvikle samhandlingen mellom helseforetak og kommunen.

Tilretteleggerens oppsummering av arbeidet viser at det er en del kunnskap og erfaring som er nyttig og nødvendig for å gjøre jobben som tilrettelegger. Vedkommende må:

- Kjenne kommunen/sykehuset og ha et godt utbygd nettverk.
- Ha kunnskap om individuelle planer og ha erfaring med å bruke slike planer.
- Ha erfaring fra selv å ha koordinert tjenester for brukere – må vite ”hvor skoen trykker”.
- Ha nok kunnskap til å kunne undervise om enkelte tema underveis.
- Ha kjennskap til hjemmetjenesten – vite hvordan det er å arbeide ute og hvordan det er å være leder.
- Kunne noe om turnuser og hvilken betydning det har for det daglige arbeidet.
- Kjenne til hvilke tilbud/tjenester som finnes i helse- og sosialtjenesten.
- Vite hvordan vedtak blir fattet og tjenester formidlet.

4.4.3 Oppsummering

Det er ikke foretatt noen formelle evalueringer eller målinger i forhold til delmålet: At samarbeidet mellom tjenesteutøverne på tvers av avdelinger og mellom helseforetak og kommunen styrkes. Men uttalelser fra koordinatorene, erfaringer fra erfaringskonferansene og tilretteleggerfunksjonen indikerer at forståelsen for og kunnskapen om hverandres ansvar, oppgaver, utfordringer og praktiske arbeidshverdag har økt. Grunnlaget for styrket samarbeid er dermed på plass. Hva som videre skjer når det gjelder samarbeidet i forhold individuell

plan er avhengig av at tiltakene som ble foreslått på spredningskonferansen opprettholdes og gjennomføres.

4.5 Avdekking av systemproblemer.

Forskning og erfaring fra arbeidet med individuell plan i Norge siden 2001, har avdekket systemproblemer som viser seg å være relativt like på tross av ulike måter å organisere arbeidet på. Med ”systemproblem” menes utfordringer/problem som ikke direkte kan knyttes til enkeltpersoner eller funksjoner. Systemproblemer henger sammen med mønstre, kultur og strukturer i organisasjonene. Noen sentrale systemproblemer som er dokumentert i tidligere forskning er: Manglende forankring i ledelsen, manglende opplæring og veiledning, manglende samarbeid mellom ulike etater og nivåer, mangel på tid til å sette seg inn i hva individuell plan er, og manglende fokus på at det er pasientens egne mål som skal være utgangspunkt for arbeidet (3,4,5,6,8). Systemproblemer som spesifikt er dokumentert gjennom VIP er: Rekrutteringen av pasienter og koordinatorene, det å få med legene, tilretteleggingen av koordineringsarbeidet, malen for individuell plan, og ledelsesutfordringer.

4.5.1 Rekruttering av pasienter og koordinatorene

Det å ”finne pasienter å koordinere for” viste seg å være en utfordring både i sykehuset og i kommunen. Det tok også lenger tid enn planlagt – alt fra noen uker og måneder til nesten ett år. At dette var en utfordring støttes av en av lederne som mener det ville være nyttig med flere faggrupper inn i arbeidet med individuell plan, slik det gjøres i forhold til rehabilitering – innsatsteam, som i første omgang kartlegger behov og deretter starter oppfølging med gradvis overføring av pasientene til hjemmetjenesten.

I veiledningsgruppene ble det snakket mye om utvelgelse av pasienter og deltakerne opplevde dette ”bekymringsreducerende”. At det var vanskelig å finne pasienter kan ha sammenheng med den generelle beskrivelsen i forhold til hvem som har rett til individuell plan. Det å skulle fokusere på pasientens behov for sammenheng og helhet på tvers av sektorer og nivå, i tillegg til egne ansvarsområder og oppgaver innad i kommunen eller i sykehusavdelingen, har også vist seg å være en utfordring som må tas på alvor i det videre arbeidet med individuell plan. I veiledergruppene kom det frem at rollen som koordinator opplevdes mer utfordrende for dem som arbeider i sykehuset enn dem som arbeider i kommunen. Denne situasjonen setter koordinatorene både i sammenheng med den korte liggetiden i sykehus, og at legene ikke har fokus på og etterspør individuell plan. På dette området gjenstår det både avklaring av forventninger, holdningsendringer, og en videreutvikling av samarbeidet mellom legene og avdelingen. Den korte liggetiden krever økt oppmerksomhet på de av pasientene som har behov for koordinerte tjenester, slik at arbeidet med individuell plan kan igangsettes før utskrivelsen.

Det viste seg at rekrutteringen av koordinatorene også bød på større utfordringer enn forventet, kanskje spesielt i kommunen. Det kan ha sammenheng med at ledere på de lavere nivåene ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon om VIP-prosjektet. I tillegg svarte ikke lederne på skriftlige henvendelser fra tilrettelegger i forhold til å skaffe koordinatorene. Erfaringen fra kommunen viste at det å ta personlig kontakt i forhold til å skaffe koordinatorene ga større uttelling enn kontakt pr. telefon eller mail.

4.5.2 Det å få med legene

Det har vist seg å være en utfordring å få med legene i arbeidet med individuell plan. Dette gjelder både fastlegene i kommunen og sykehuslegene. En av lederne sier dette om legenes rolle i forhold til individuell plan:

”Der det fungerer er det bare kjempebra. Legen har et annet syn. De ser viktigheten av samhandling og samarbeide. Der det ikke fungerer handler det rett og slett om uvilje/liten forståelse for gevinsten ved samarbeid”.

Utfordringen i forhold til å få med legene har vært et gjentakende tema i veiledningsgruppene. Samtidig kan mange koordinatorene fortelle historier som viser stort engasjement fra legene når de endelig kommer på banen. En av koordinatorene som ble intervjuet i de avsluttende samtalene uttalte dette om fastlegens rolle i forhold til individuell plan:

”Hadde fått et inntrykk av at det kunne være utfordrende å få til et godt samarbeide med fastlegen. Jeg tok derfor en telefon til han og fortalte hva jeg ønsket. Jeg var fleksibel i forhold til at han kunne bestemme tidspunkt for ansvarsgruppemøte. Det gjorde at han var positiv. Det kloke var å ta direkte kontakt og tilpasse det legens tid. Han var jo nesten den viktigste i gruppen. Det var kanskje ikke så farlig om fysioterapeuten ikke kunne, for hun kunne jeg ha kontakt med. Samarbeidet har fungert. Fastlegen synes det var godt å få en koordinator å forholde seg til”.

Sitatet viser at fleksibilitet kan være viktig for å få legene på banen. Det samme gjelder opplevelsen av at det er godt å ha en koordinator å forholde seg til. Temaet har også vært diskutert i styringsgruppen, og det er enighet om at legene må se sin rolle i forhold til individuell plan om en skal lykkes. Dette understrekes av en av lederne:

”Den største utfordringen er legegruppen. Jeg opplever at legene strever med å ha et ”pasientfokus”. For mange handler mye om ”neste pasient”. Noen opplever kanskje det ”nye” som noe farlig og uttrygt også. Kanskje tror noen at det skaper merarbeid – og ikke det motsatte - mindre arbeid. Denne holdningen er like utbredt hos ”primærlegene” som hos leger på sykehuset, slik jeg ser det”.

Han nevner videre kloke grep som ledere kan anvende for å få legene involvert - for eksempel etterspørre om det er tenkt individuell plan på arenaer der leger møtes. Ledere må påta seg rollen som ”vaktbikkje” og kontinuerlig ha fokus på - og etterspørre, individuell plan. Det handler om et paradigmeskifte – det å se situasjonen fra pasientens side. Videre uttaler han:

”Alle forløp er ikke slik de burde være. Tydeligst ser jeg det i forhold til KOLS-pasienter. Hadde de hatt individuell plan, ville forløpet vært bedre og de ville trolig følt mer trygghet ved det å være hjemme. De ville opplevd å mestre sin sykdom i større grad, tror jeg. Fra systemets side ville det ført til at pasientene brukte tjenestetilbudet mindre, og fra pasientens ståsted vil de opplevd å kunne være trygge i hjemmesituasjonen”.

Ordningen med praksiskoordinatorer/praksiskonsulenter gir håp om at trykket kan holdes oppe hos legene. De skal være et bindeledd mellom tjenestenivåene.

4.5.3 Tilrettelegging av koordineringsarbeidet

Tilretteleggingen av koordineringsarbeidet viste seg å by på flere utfordringer. Temaet ble derfor behandlet i styringsgruppen ved flere anledninger. En forutsetning for deltagelse i prosjektet var at lederne skulle legge forholdene til rette slik at koordinatorenes arbeid med individuell plan kunne gjennomføres på en god måte. Blant annet var det viktig å bli enige om ordninger i forhold til avspasering og avsatt tid til å være koordinator.

Flere av koordinatorene har gitt uttrykk for at informasjonen om hva de skulle være med på og hva det ville kreve ikke har vært tilstrekkelig. Det oppstod ”floker” som et resultat av uklare forventninger og mangel på informasjon. ”Flokene” kan ha sammenheng med at flere ledere i kommunen oppga at de ikke hadde fått nok informasjon om VIP-prosjektet og hva dette konkret innebar. Tilrettelegger i kommunen tok utfordringen på alvor og inviterte ledere og koordinatorene i den enkelte sone til en samtale rundt lokale utfordringer i forhold til utvelgelse og gjennomføring av koordineringsarbeidet. Dette ble framhevet som et svært positivt og viktig initiativ. Samtidig deltok prosjektleder sammen med tilretteleggere på to ledermøter med berørte ledere både i kommunen og i sykehuset før og etter oppstart. Her ble det gått gjennom prosjektet, reflektert om utvelgelse av brukere/pasienter og oppfølging av koordinatorene. En av koordinatorene understreket sitt eget ansvar for å strukturere dagen når det er tilrettelagt for koordineringsarbeid:

”Koordineringen har tatt mye tid. Systemet, lederen min, har lagt ting til rette for å koordinere. Ansvarer henger nok litt på mine skuldre. Jeg må strukturere dagen min slik at jeg også får tid til å koordinere”.

At tidsaspektet er en sentral faktor i forhold til arbeidet med individuell plan er pr. i dag godt dokumentert. Det gjelder blant annet; tid til å sette seg inn i hva individuell plan er, tid til å informere og bygge opp en god relasjon til bruker, tid til selve koordineringsarbeidet, og tid til å evaluere det arbeidet som blir gjort sammen med bruker og samarbeidspartnere.

4.5.4 Mal for individuell plan

Skien kommune og Sykehuset Telemark HF har benyttet ulike maler for individuell plan. I starten skapte dette forvirring hos koordinatorene som deltok i felles veiledningsgrupper. I tillegg var det usikkerhet i forhold til hvordan selve planene skulle fylles ut. Temaet var hyppig oppe til diskusjon i begynnelsen. Etter hvert som samarbeidet med pasientene om planen ble intensivert, ble selve malen mindre viktig. Det er likevel klart at det å ha samme mal for sykehuset og kommunen vil gjøre det enklere å samarbeide og enklere å gi opplæring til nye koordinatorene.

4.5.5 Ledelsesutfordringer

Som det fremkommer tidligere i rapporten, har det vist seg at ledelsesutfordringer er identifisert som et systemproblem i forbindelse med VIP-prosjektet. Dette har kommet til syne i flere sammenhenger: Det har vært vanskelig å rekruttere pasienter og koordinatorene, det har oppstått misforståelser på ulike plan og nivå, og ledere på lavere nivå har ikke fått den nødvendige informasjon om prosjektet. I tillegg har det vært uklarheter når det gjelder kommunens bestillerkontor om saksbehandlingen i forhold til det å tilby pasienter individuell plan.

I de avsluttende samtale med sentrale personer i prosjektet, uttalte en av lederne at hun tror det varierer fra enhet til enhet om tjenestemottakerne har fått et individuelt tilpasset opplegg. Som en årsak til variasjonen anføres følgende moment; manglende delegering, ressursproblemer, og manglende lederforankring både på system- og individnivå. Toppledernes rolle er å initiere prosjektet og be lederne om å ha fokus på det, men deretter kan lederne nedprioritere prosjektet i en travelt hverdag med mange oppgaver. Hvis prosjektet oppleves nyttig og gir noe tilbake vil det ha større sjanse for å bli prioritert.

Både styringsgruppen og prosjektledelsen har diskutert de ledelsesutfordringene som har kommet frem. Et sentralt og viktig spørsmål er – hva skal til for å kunne implementere nye

verktøy i organisasjoner som fra før av har en hektisk hverdag med mye ansvar og store oppgaver? Individuelle planer er et slikt verktøy. Denne rapporten gir ikke svar på spørsmålet, bidrar med fokus på noen temaer som trenger avklaring/refleksjon:

- Bør det utarbeides retningslinjer fra myndighetenes side som gir tydeligere føringer i forhold til hvem som har rett til individuell plan?
- Er den "tidsklemma" organisasjonene oppfatter seg å være i kanskje i bunn og grunn et spørsmål om økt bevissthet og prioritering?
- Hvem tar den endelige beslutningen om hvem som har rett til individuell plan?
- Er det i for stor grad opp til den enkelte leder og helsearbeider om pasienten får sin individuelle plan – har avgjørelsen blitt "privatisert"?
- Hvordan lage gode system i forhold til å rekruttere og beholde koordinatorene?
- Hvilke pedagogiske virkemidler vil holde temaet individuell plan og koordinering levende i virksomheten?
- Hvor mye har helsearbeidernes holdninger til brukermedvirkning generelt å si i forhold til om pasienter får individuell plan eller ikke?

Til det siste punktet: I de avsluttende samtalene med lederne kom det frem synspunkter som synes å bekrefte sammenhengen mellom holdningen til brukermedvirkning og individuell plan. Hvis det er slik, blir det en viktig lederutfordring å jobbe med holdningsskapende arbeid i forhold til dette viktige temaet.

4.5.6 Oppsummering og anbefaling

Systemproblemer som er identifisert gjelder både kommunen og sykehuset, og de må løses gjennom langsiktig og systematisk arbeid på hvert enkelt område. VIP har ikke gjort at alle tjenestemottakere nå får et individuelt tilpasset og koordinert tjenestetilbud. Likevel har prosjektet tilført mange ledere og koordinatorene erfaringer som gjør at det er grunn til å være tilfreds. På mange måter er dette et kultur-/holdningsendrende prosjekt, og kulturer/holdninger endres ikke over natten. En av veilederne uttrykte det slik i høringsrunden på rapporten:

"Etter min mening trenger vi ikke flere regler og føringer, lover og forskrifter om hvordan ting skal gjøres - men vi må alle gå den møysommelige veien å lære oss at pasienten/brukeren er sjef i sitt eget liv, og vi må avlære oss at vi som helsepersonell vet så mye bedre! Dette vil ta tid!"

En grunn til optimisme uttrykkes når en leder sender mail for å formidle at hun ikke kommer til sluttkonferansen og videre sier:

"Veien til individuell plan har vært spennende å følge. NN har gjort en svært god jobb for tre pasienter i forskjellige livssituasjoner. Nå er hun i gang med å videreføre kunnskapen til flere sykepleiere i avdelingen og klarer å inspirere på en fin måte".

Ettersom pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester er avhengig av at de ulike nivåene og sektorene samarbeider for å finne de beste løsningene, anbefales det at Skien kommune og Sykehuset i Telemark HF fortsetter det gode samarbeidet som er igangsatt gjennom VIP-prosjektet. Dette gjøres best ved å:

- Tydeliggjøre tilretteleggerfunksjonen ved å delegere ansvaret til en konkret ressursperson i kommunen og en i sykehuset. Utfordre disse på et nært og godt samarbeid.
- Videreføre de tre veiledningsgruppene og fyller disse opp med koordinatorene etter prinsippet om to fra hver arbeidsplass.
- Tydeliggjøre ansvaret for spredning som hviler på tilrettelegger, koordinator og dennes leder. Dette ansvaret fokuseres og støttes i veiledningen.
- Eksterne krefter benyttes til veiledning av veiledere og tilretteleggere.

Vi velger å avslutte presentasjonen av resultatene med et svar fra en av koordinatorene på spørsmålet: ”Er det noe du vil si til sist som jeg ikke har spurt deg om?” ”*Om dette er gøy – og det er det!*”!

5.0 Anbefalinger

Resultatene når det gjelder hovedmål og delmål for VIP-prosjektet, samt avdekking av systemproblemer, er presentert i kapittel 4. Her følger anbefalinger i forhold til det videre arbeidet med individuell plan. Anbefalingene er strukturert ut fra målene med prosjektet:

Hovedmål:

Utvikle en arbeidsmodell som kan gi personer med sammensatte problemer og deres pårørende et individuelt tilpasset og koordinert tjenestetilbud.

Oppsummeringen under dette målet viste at pårørende og pasienter var tilfreds med områdene støtte og respekt, behovsdekning, samt kontinuitet og tilgjengelighet. Medvirkning og informasjon peker seg ut som områder med potensial for forbedring.

- Det anbefales at brukermedvirkning og informasjon til pasienter og pårørende vektlegges i det videre arbeidet med individuell plan.

Delmål:

1. At koordinatorene får en praksisnær opplæring i forhold til å utforme og koordinere tjenestetilbudet i tett samarbeid med tjenestemottaker.

Konkrete tilbakemeldinger fra koordinatorene selv kan tyde på at målet om en praksisnær opplæring i forhold til å koordinere tilbudet til tjenestemottaker langt på vei er nådd. Kombinasjonen av opplæring før hovedprosjektet startet, systematisk veiledning og deltagelse på erfaringskonferanser har gitt resultat. Samtidig er det viktig å ta med videre at flere koordinatorene har ønsket seg en mer konkret opplæring – skritt for skritt, i forhold til hvordan arbeide med individuell plan.

- Det anbefales at alle nye koordinatorene får tilbud om et opplæringsprogram som helt konkret gjennomgår hva det vil si å arbeide med individuell plan.
- Opplæringsprogrammet bør ha fokus på sammenhengen mellom brukermedvirkning generelt og individuell plan, samt holdninger i forhold til at det er pasientens egne mål som skal nås.
- Det anbefales at veiledningsgruppene for koordinatorene og veiledere opprettholdes.

VIP-prosjektet har avdekket flere utfordringer i forhold til koordineringsarbeid og arbeidet med individuell plan. I forhold til disse utfordringene har det fremkommet mange gode forslag fra deltakerne i prosjektet både på spredningskonferansen og i de avsluttende samtalerne.

- Det anbefales at det nedsettes en gruppe med representanter fra både kommunen og sykehuset som skal se på det videre arbeidet med individuell plan. Gruppen bør bestå av topplederne, tilretteleggere og representanter for erfarne koordinatore og ikke minst legene. Gruppen gjennomgår alle forslag til forbedringer som har kommet frem, og lager en fremdriftsplan for det videre arbeidet. I tillegg må gruppen vurdere opplæring og veiledning, samt gjennomgå de identifiserte systemutfordringene.

2. At VIP ved prosjektets slutt er integrert og forankret hos ledere og medarbeidere.

Den store aktiviteten i gruppene på ”spredningskonferansen”, og de kloke grepene som har kommet frem både fra ledere og medarbeidere for å sikre videreføring av prosjektet, kan indikere at målet om integrasjon og forankring langt på vei er nådd. Samtidig vil ikke spredning og integrasjon skje av seg selv, og det vil derfor være helt nødvendig at forslagene til videre arbeid blir iverksatt. Tidsaspektet har vist seg å være en kritisk faktor i arbeidet med individuell plan – det må settes av tid til opplæring, veiledning, selve arbeidet med den enkelte pasients plan, og evaluering av arbeidet.

- Anbefaling: Se delmål 1.

3. At samarbeidet mellom tjenesteutøverne på tvers av avdelinger og mellom helseforetak og kommunen styrkes.

Uttalelser fra koordinatorene, erfaringer fra konferansene og tilretteleggerfunksjonen indikerer at forståelsen for og kunnskapen om hverandres ansvar, oppgaver, utfordringer og praktiske arbeidshverdag har økt. Grunnlaget for styrket samarbeid er dermed på plass.

- Anbefaling: Se delmål 1.

Vi avslutter med et sitat fra en av lederne:

”Jeg ser at individuell plan brukes mer og mer. Flere pasienter enn tidligere kommer til mottak med en ferdig utfylt plan. Pasientflyten blir bedre – i hvert fall ser jeg at flyten inn i sykehuset bedres. Det øker samhandlingen og bedrer dialogen med førstelinjetjenesten. Jeg ser konturene av noe nytt... Det etableres nettverk som bidrar til sømløshet mellom 1. og 2. linjetjenesten”.

Litteraturliste

1. Sosial- og helsedirektoratet (2005). ”... og bedre skal det bli”. *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005 – 2015)*. IS-1162.
2. Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Veileder til forskrift om individuell plan*. IS-1253.
3. Hatling, T., Trefjord S. (2004). *Erfaringer fra arbeid med individuell plan ved bruk av verktøyet Individuell plan psykisk helse (IPPH)*. Sluttrapport fra Samhandlingsprosjektet, februar-desember 2003. Trondheim: SINTEF Helse.
4. Stiftelsen GRUK (2006). *Koordinert hjelp for barn og unge*. Rapport fra prosjekt i Skien og Porsgrunn. Rapport nr. 1 2006.
5. Bakke, T. (2005). *Individuell plan som lynavleder, krykke og en bunke med selvfølgeligheter. En kvalitativ studie av hvordan det oppleves for personer med alvorlige psykiske lidelser å delta i utarbeidelsen av sin egen individuelle plan*. Masteroppgave i helsevitenskap. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet (NTNU).
6. Ådnøy, E. (2005). *Planen skal være god for meg. Koordinering av psykososialt arbeid: Eksempel på en kvalitetsstrategi for individuell oppfølging på tvers av tjenester*. Masteroppgave i sosialt arbeid. Oslo: Høgskolen i Oslo (HiO).
7. Thommesen, H., Normann, T., Sandvin, J.T. (2003). *Individuell plan. Et sesam sesam?* Oslo: Kommuneforlaget.
8. Bull, H. (2006). *Hun sa det var best. Brukernes erfaring med medvirkning i individuelle planer*. Hovedfagsoppgave i helsefag. Institutt for sykepleievitenskap og helsefag. Oslo: Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo (UiO).

EVALUERINGSHEFTE

Koordinert hjelp til alle som trenger det

Formålet med heftet er å gi koordinator, tjenestemottaker og eventuelt pårørende en felles oversikt over:

1. Tjenestemottakers og eventuelle pårørendes tilfredshet med tjenestetilbudet
2. Framgangen i koordineringsarbeidet

En slik oversikt kan brukes til:

1. Å gi personlig koordinator tilbakemelding om hvor han står i sitt arbeid med tjenestemottaker
2. Å vise hvor koordinator har størst behov for veiledning
3. Å vise mangler i tilbudet til tjenestemottaker og eventuelt pårørende
4. Å dokumentere resultater fra prosjektet

Innholdet i evalueringsheftet

Heftet består av fire deler:

1. Opplysninger om personlig koordinator, tjenestemottaker og dennes nettverk
2. Tjenestemottakers erfaringer med tjenestetilbudet
3. Pårørendes erfaringer med tjenestetilbudet
4. Sjekkliste for arbeidsgangen i oppfølgingen.

Utfylling

Evalueringsheftet skal fylles ut når tjenestemottaker og koordinator er blitt kjent med hverandre. Dette bør normalt skje umiddelbart etter oppstart av veiledningsgruppen. Koordinator har ansvaret for å fylle ut del 1 og 4. Del 2 kan enten fylles ut av tjenestemottaker selv som et spørreskjema eller koordinator kan bruke det som et intervju som koordinator fyller ut. Hvis tjenestemottaker ikke er i stand til å gjennomføre noe av dette, faller del 2 bort. Del 3 fylles ut på samme måte som del 2. Denne delen kan utelates hvis tjenestemottaker ikke har nære pårørende som det er naturlig å samarbeide med.

Veilederne gir koordinatorene veiledning på bruk av heftet og sikrer at disse blir fullstendig utfylt.

Utfyllingen bør gjentas etter ca 5 og 10 måneder for å vurdere hva som er oppnådd og hva som gjenstår i arbeidet med tjenestemottaker.

Hvem skal bruke informasjonen i evalueringsheftet?

Koordinator bruker heftet i sitt arbeid med tjenestemottaker og eventuelt pårørende, samt i veiledningsgruppen. Veilederne gir kopier av heftene til tilrettelegger i kommunen som anonymiserer kopiene og sender dem til GRUK. GRUK bearbeider data fra evalueringsheftene og presenterer disse bl.a. på sluttkonferansen. Denne konferansen holdes ca ett år etter oppstart av veiledningen.

Oppbevaring av evalueringsheftet

Utfylte hefter skal oppbevares i den journalen som personlig koordinator fører i sitt arbeid med tjenestemottaker. Tjenestemottaker skal få kopi av heftet.

**DEL 1. OPPLYSNINGER OM KOORDINATOR,
TJENESTEMOTTAKER OG DENNES TJENESTENETTVERK**

Dato for utfylling:

Sone:

OPPLYSNINGER OM TJENESTEMOTTAKER

<p>1. Tjenestemottakers kjønn: Mann <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/></p> <p>2. Fødselsår: <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>.....</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------

OPPLYSNINGER OM PERSONLIG KOORDINATOR

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

OPPLYSNINGER OM TJENESTENETTVERKET

<p>1. Tjenestemottaker har følgende faste kontakter i kommunale tjenester (Ett eller flere kryss):</p> <table style="width: 100%;"><tr><td>Primærlege</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Hjemmesykepleie</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Fysioterapeut</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Ergoterapeut</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Hjemmehjelp</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Sosionom</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Annet (spesifiser)</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>.....</p>	Primærlege	<input type="checkbox"/>	Hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/>	Fysioterapeut	<input type="checkbox"/>	Ergoterapeut	<input type="checkbox"/>	Hjemmehjelp	<input type="checkbox"/>	Sosionom	<input type="checkbox"/>	Annet (spesifiser)	<input type="checkbox"/>	<p>2. Tjenestemottakers faste kontakter ved Sykehuset Telemark HF (Ett eller flere kryss):</p> <table style="width: 100%;"><tr><td>Sykehuslege</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Døgnavdeling</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Poliklinikk</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Kontaktsykepleier</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Annet (spesifiser):</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>.....</p> <p>3. Annet:</p> <table style="width: 100%;"><tr><td>Andre sykehus</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Frivillige organisasjoner</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>Andre.....</p> <p>4. Er det opprettet ansvarsgruppe: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p>	Sykehuslege	<input type="checkbox"/>	Døgnavdeling	<input type="checkbox"/>	Poliklinikk	<input type="checkbox"/>	Kontaktsykepleier	<input type="checkbox"/>	Annet (spesifiser):	<input type="checkbox"/>	Andre sykehus	<input type="checkbox"/>	Frivillige organisasjoner	<input type="checkbox"/>
Primærlege	<input type="checkbox"/>																												
Hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/>																												
Fysioterapeut	<input type="checkbox"/>																												
Ergoterapeut	<input type="checkbox"/>																												
Hjemmehjelp	<input type="checkbox"/>																												
Sosionom	<input type="checkbox"/>																												
Annet (spesifiser)	<input type="checkbox"/>																												
Sykehuslege	<input type="checkbox"/>																												
Døgnavdeling	<input type="checkbox"/>																												
Poliklinikk	<input type="checkbox"/>																												
Kontaktsykepleier	<input type="checkbox"/>																												
Annet (spesifiser):	<input type="checkbox"/>																												
Andre sykehus	<input type="checkbox"/>																												
Frivillige organisasjoner	<input type="checkbox"/>																												

DEL 2. TJENESTEMOTTAKERS ERFARINGER MED TJENESTETILBUDET

Denne delen handler om forhold som er viktige for tjenestemottakers opplevelse av å ha et godt tilbud. Forholdene dreier seg dels om hvordan tjenestemottaker blir møtt, dels om hvordan oppfølgingen blir gjennomført. Det inneholder noen utsagn om hva man kan oppleve når man har kontakt med offentlige hjelpere. For hvert utsagn skal tjenestemottaker vurdere om det stemmer med sin erfaring.

Dato:

Utfylt av pårørende Utfylt av koordinator
Utfylt av tjenestemottaker

A: Støtte og respekt fra hjelperne i tjenestemottakerens tjenestetilbud

(Hjelperne er de personene tjenestemottakeren og pårørende har kontakt med i sitt tiltaksnettverk, som for eksempel, primærlege, sosialarbeider, hjemmesykepleier eller sykehuspersonale.)

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

Kommentarer fra tjenestemottaker om dette området: Sum

.....

.....

B: Kontinuitet og tilgjengelighet

1. Jeg har fått en fast kontaktperson som hjelper meg å planlegge og koordinere tilbudet om tjenester	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
2. Hjelperne mine samarbeider godt med hverandre om det jeg skal ha hjelp til	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
3. Jeg får den hjelpen jeg trenger når jeg trenger den	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
4. Jeg opplever ofte at jeg ofte må bli kjent med nye hjelpere	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer
5. Jeg opplever at det er lite sammenheng i min oppfølging	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer

Kommentarer fra tjenestemottaker om dette området: Sum

.....

C: Informasjon

1. Jeg har fått så mye informasjon som jeg ønsker om min tilstand	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
2. Jeg har fått forståelig informasjon og tilbakemeldinger om ulike prøver som er tatt	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
3. Jeg har fått forståelig informasjon om virkninger og bivirkninger av medisiner	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
4. Jeg har fått informasjon om hva jeg selv kan gjøre for å forebygge plager	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
5. Det hender at jeg får motstridende informasjon	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer

Kommentarer fra tjenestemottaker om dette området: Sum

.....

.....

D: Medvirkning i egen oppfølging

1. Jeg opplever at hjelperne mine tar tid til å lytte til mine tanker og meninger	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
2. Jeg opplever at jeg samarbeider godt med mine hjelpere	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
3. Jeg har snakket med koordinator om hva som er viktig for meg nå og i tiden fremover, slik at jeg kan få det best mulig	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
4. Jeg har en skriftlig plan for oppfølgingen som ivaretar mine viktigste ønsker og mål for tiden fremover	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 8.Ikke aktuelt
5. Jeg har en skriftlig plan for hva jeg bør gjøre ved tegn på at min tilstand blir forverret	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 8.Ikke aktuelt

Kommentarer fra tjenestemottaker om dette området: Sum

.....

.....

E: Informasjon til pårørende

1. Jeg har blitt spurt om jeg ønsker at mine pårørende skal involveres i oppfølgingen	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 8.Ikke relevant
2. Mine pårørende er informert om tilstanden min av lege	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 8 Ikke relevant/vet ikke
3. Mine pårørende har fått informasjon om virkning og bivirkning av mine medisiner	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 8 Ikke relevant/vet ikke
4. Mine pårørende har fått informasjon om hva jeg selv og de kan gjøre for å forebygge plager	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 8 Ikke relevant/vet ikke
5. Det hender at mine pårørende får motstridende informasjon	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer <input type="checkbox"/> 8 Ikke relevant/vet ikke

Kommentarer fra tjenestemottaker om dette området: Sum

.....

.....

F: Dekning av behov

1. Jeg får den nødvendige helsehjelp til fysiske og psykiske plager når behovet er der	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 8 Ikke relevant
2. Jeg får tilstrekkelig hjelp til nødvendig tilrettelegging i hjemmesituasjonen	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 8 Ikke relevant
3. Jeg får dekket mine behov for ulike aktiviteter som er viktig for meg	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 8 Ikke relevant
4. Jeg får dekket mine behov for kontakt med andre mennesker	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 8 Ikke relevant
5. Jeg har den hjelpen jeg trenger i forhold til offentlige stønader	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 8 Ikke relevant

Kommentarer fra tjenestemottaker om dette området: Sum

.....

.....

Kommentar fra koordinator

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

DEL 3. PÅRØRENDES ERFARINGER MED TJENESTETILBUDET

Denne delen handler om forhold som er viktige for pårørendes opplevelse av å bli møtt på en god måte av hjelperne i tjenestenettverket rundt tjenestemottaker. Det inneholder noen utsagn om hva man kan oppleve når man har kontakt med offentlige hjelpere. For hvert utsagn skal pårørende vurdere om det stemmer med deres erfaring.

Dato for utfylling:

Utfylt av pårørende	<input type="checkbox"/>
Utfylt av koordinator	<input type="checkbox"/>

A: Støtte og respekt fra hjelperne i tiltaksnettverket

(Hjelperne er de personene tjenestemottaker og pårørende har kontakt med i sitt tiltaksnettverk, som for eksempel, primærlege, sosialarbeider, hjemmesykepleier eller sykehuspersonale.)

1. Hjelperne er høflige når vi møter dem.	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
2. Vi opplever å bli møtt med respekt	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
3. Hjelperne tar oss på alvor og viser interesse for den erfaring vi har som pårørende	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
4. Vi opplever at hjelperne er interessert i hvordan vi har det som pårørende	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
5. Vi kan snakke med hjelperne om det som bekymrer som pårørende	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke

Kommentarer fra pårørende på dette området: Sum

.....

.....

B: Kontinuitet og tilgjengelighet

1. Vi har fått en fast kontaktperson i kommunen som planlegger og koordinerer tjenestene	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 9. Ikke aktuelt/vet ikke
2. Hjelperne samarbeider godt med hverandre om tilbudet	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
3. Hjelperne er lett å få tak i når vi trenger dem	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
4. Vi opplever at vi ofte må bli kjent med nye hjelpere	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer
5. Vi opplever oss som kasteballer i systemet	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer

Kommentarer fra pårørende på dette området: Sum

.....

.....

C: Informasjon til pårørende

1. Vi har fått så mye informasjon som vi ønsker om tjenestemottakers tilstand	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
2. Vi har fått forståelig informasjon og tilbakemeldinger om ulike prøver som er tatt	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
3. Vi har fått forståelig informasjon om virkninger og bivirkninger av medisiner som pasienten får	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
4. Vi har fått informasjon om hva pasienten og vi kan gjøre for å forebygge plager	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
5. Det hender at vi får motstridende informasjon	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer

Kommentarer fra pårørende på dette området: Sum

.....

D: Medvirkning

1. Vi opplever at hjelperne tar tid til å lytte til våre tanker og meninger	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
2. Vi opplever at vi samarbeider godt med hjelperne	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
3. Vi har snakket med koordinator om hva som er viktig for oss nå og i tiden fremover for at vi skal få det best mulig	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke
4. Tjenestemottaker har en skriftlig plan for oppfølgingen hvor egne ønsker og mål for tiden fremover er ivaretatt	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 8.Ikke aktuelt/vet ikke
5. Vi har en skriftlig plan for hva vi og pasienten selv kan gjøre ved tegn på at tilstanden forverres	<input type="checkbox"/> 2.Stemmer <input type="checkbox"/> 1.Stemmer delvis <input type="checkbox"/> 0.Stemmer ikke <input type="checkbox"/> 8.Ikke aktuelt/vet ikke

Kommentarer fra pårørende på dette området: Sum

.....

behandlingstiltak og/eller omsorgstiltak				
5. Koordinator har oversikt over eventuelle behov for habiliterings-/rehabiliteringstiltak og/eller rådgivning				
Sum fase 2:				

Kryss av for ”oppnådd” hvis behovet ikke er til stede og bemerk dette i kommentarfeltet.

3. PLANLEGGING AV OPPFØLGINGEN				
	Oppnådd 2	Delvis oppnådd 1	Ikke oppnådd 0	Kommentar
1. Det er utarbeidet en skriftlig individuell plan for oppfølgingen				
Tjenestemottaker, evt. pårørende og koordinator har samarbeidet om utformingen av planen				
2. Det er utarbeidet en skriftlig plan for tiltak ved tegn på at tilstanden forverres				
3. Tjenestemottaker og pårørende har fått kopi av planene				
4. Relevante samarbeidspartnere har fått kopi av Planen				
Sum fase 3:				

Kryss av for ”oppnådd” hvis behovet ikke er til stede og bemerk dette i kommentarfeltet.

4. KOORDINERING AV PLANLAGTE TILTAK				
	Oppnådd 2	Delvis oppnådd 1	Ikke oppnådd 0	Kommentar
1. Koordinator følger med på om tiltakene gjennomføres etter planen				
Koordinator gir tjenestemottaker støtte til å medvirke i de planlagte tiltakene				
2. Mangler i tilbudet blir identifisert og forsøkt rettet på				
3. Tjenestemottakere som trenger det, har en fungerende nettverksgruppe				
4. Koordinator har kontakt med avdeling og tjenestemottaker ved eventuell innleggelse i sykehus				
Sum fase 4:				

Kryss av for ”oppnådd” hvis behovet ikke er til stede og bemerk dette i kommentarfeltet.

5. EVALUERING AV RESULTATER OG JUSTERING AV PLANER				
	Oppnådd 2	Delvis oppnådd 1	Ikke oppnådd 0	Kommentar
1. Koordinator har avtale med tjenestemottaker og evt. pårørende om når evaluering av oppfølgingen skal gjennomføres				
2. Resultatene av oppfølgingen er vurdert sammen med tjenestemottaker, evt. pårørende og andre aktuelle på avtalte tidspunkter				
3. Tjenestemottaker og evt pårørendes har				

