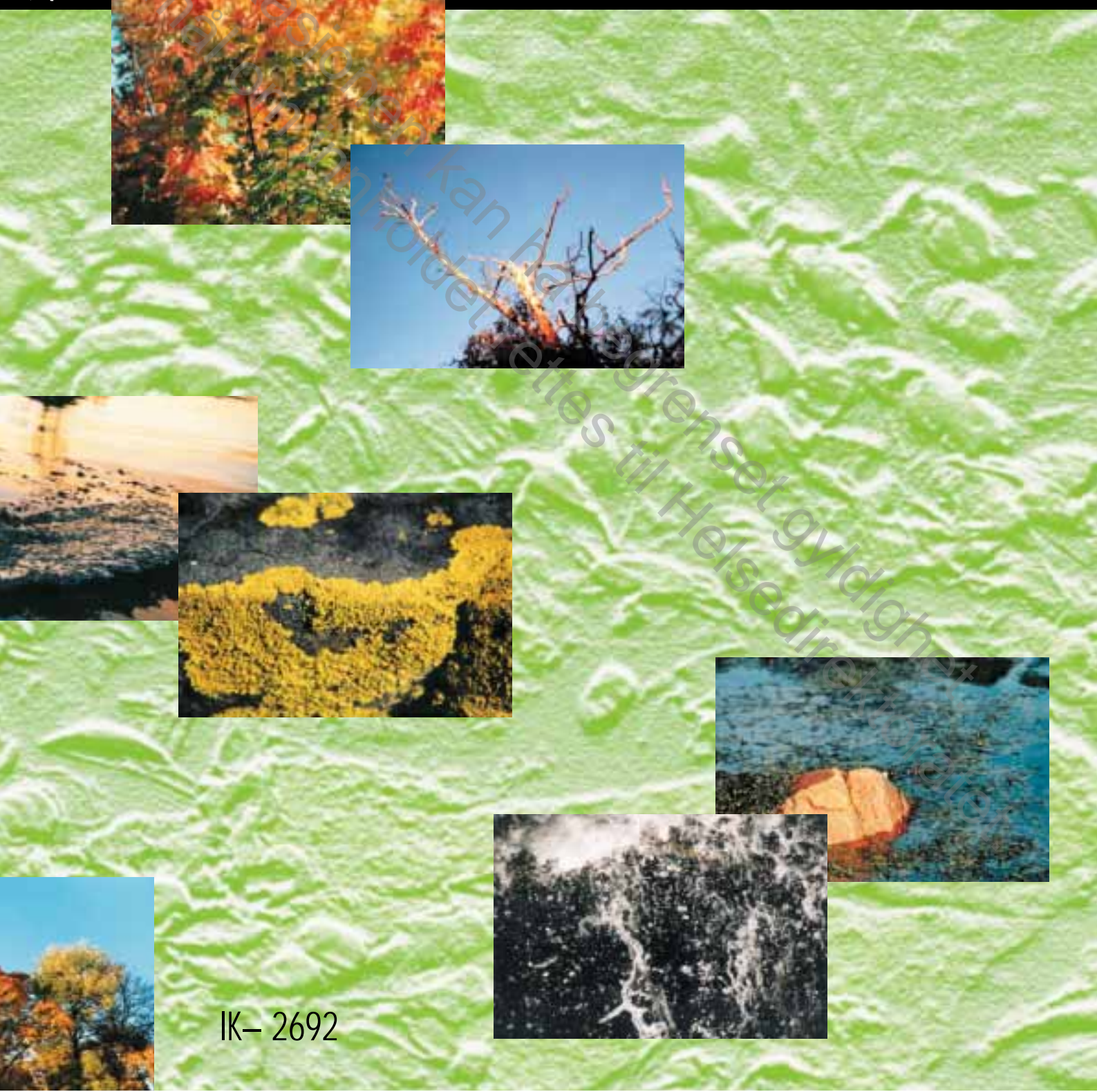




## 2-2000 KOORDINERING AV PSYKOSOSIALT ARBEID FOR PERSONER MED LANGVARIGE OG ALVORLIGE PSYKISKE LIDELSER



# KOORDINERING AV PSYKOSOSIALT ARBEID

FOR PERSONER MED LANGVARIGE  
OG ALVORLIGE PSYKISKE LIDELSER



## Statens helsetilsyn

Calmeyers gate 1  
Pb. 8128 Dep., 0032 Oslo  
Tlf. sentralbord: 22 24 88 88  
Faks: 22 24 95 90  
E-post: [postmottak@helsetilsynet.dep.telemax.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.dep.telemax.no)  
Internett: <http://www.helsetilsynet.no>

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

## FORORD

---

St. meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet påpekte behovet for en generell kompetanseheving og kvalitetsutvikling i psykisk helsevern. Et konkret tiltak i denne forbindelsen er spredning av veiledningshefter som gir anbefalinger om blant annet diagnostikk og behandlingsmetoder.

I forbindelse med oppfølging av stortingsmeldingen og av St.prp. nr. 63 (1997-98) om Opptrappingsplan for psykisk helse 1999 til 2006, ga Sosial- og helsedepartementet Statens helsetilsyn i oppdrag å utgi veiledningsmateriell med anbefalinger om hva som ansees som god behandling innen psykisk helsevern.

Et av prosjektene som ble igangsatt, var prosjektet «Kvalitetsforbedring i psykiatrisk helsetjeneste.» Dette prosjektet har vært knyttet opp til «Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten». Prosjektet tar for seg kvalitetsforbedring som metode og viser hvordan metoden kan anvendes i praktisk arbeid med mennesker med psykiske lidelser.


Heftet som nå foreligger retter seg mot alle yrkesgrupper som arbeider innenfor spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og også til brukere og pårørende. Samarbeid og samordning rundt mennesker med psykiske lidelser som har behov for hjelpetiltak fra flere instanser er en stor utfordring for helsetjenesten. Heftet beskriver trinn for trinn hvordan oppfølging av brukere i målgruppen bør planlegges, gjennomføres og evalueres for å sikre at det tilbudet som gis svarer med brukernes mest sentrale behov.

Heftet kan ikke brukes som pålegg overfor den enkelte behandler, men anbefaler en praksis som må anses å følge allment faglig aksepterte normer som gjelder både for primær- og spesialisthelsetjenesten.

Statens helsetilsyn ønsker med dette å bidra til en kompetanseheving og en bedre koordinering av tjenestetilbudene både innenfor og på tvers av forvaltningsnivåene. I tillegg ønsker man å bidra til en styring av kvaliteten på tjenestene og den behandling som gis pasientene.

Revisjoner av heftet vil bli gjort i samarbeid med fagmiljøet.

Oslø, april 2000



Petter Øgar  
kst. helsedirektør

## INNLEDNING

---

Koordinering av psykososialt arbeid (Case management) er en metode for å sikre samordning og kontinuitet av tjenester for personer med alvorlige og langvarige psykiske problemer. Metoden er basert på brukernes medvirkning. Etter en grundig kartlegging av den enkeltes personlige målsettinger og behov, finner man sammen med brukeren fram til hva tjenestetilbudet rent konkret bør bestå av og hvordan det best kan gjennomføres.

I engelsktalende land har varianter av metoden fått ulike navn: Case management, Clinical case management eller Care management. Brukere i England har reagert på begrepet "Case management" fordi de ikke ønsker å bli omtalt som "saker". I dette heftet benyttes derfor den beskrivende betegnelsen *koordinering av psykososialt arbeid*.

Koordinering kan utføres av alle yrkesgrupper som i dag har et delansvar for oppfølging av brukere i målgruppen. Erfarne hjelpere vil kjenne igjen elementene i metoden, og mange arbeider allerede etter disse prinsippene. Likevel hender det at brukere blir gående med ufullstendige og avbrutte tilbud, særlig når det kreves samarbeid mellom flere enheter i tiltaksnettverket.

Det er foreløpig skrevet lite om koordinering av psykososialt arbeid på norsk. Metoden hviler for en stor del på hverdagskunnskap som er lite omtalt i faglitteratur, men som har stor betydning i praktisk arbeid. I heftet er det lagt vekt på denne kunnskapstypen. Noe kan virke selvfølgelig. Men erfaringen viser at oppfølgingen av brukerne lett går i stå dersom disse forholdene blir oversett.

Sentrale begreper i metoden er omtalt i Kapittel 1 og 2. Kapittel 3 og 4 handler om prinsippene for planlegging og gjennomføring av et behovstilpasset tjenestetilbud for den enkelte brukeren. Kapitlene 5, 6 og 7 drøfter en del viktige forutsetninger og praktiske problemer. Kapittel 8 inneholder et handlingsprogram med retningslinjer for arbeidsgangen i koordineringen. Programmet er supplert med en serie arbeidsark i Vedlegg 1. Vedlegg 2 er en sjekklister for retningslinjene som kan brukes i det daglige arbeidet eller som utgangspunkt for veiledning.

Heftet er skrevet av en prosjektgruppe sammensatt av leger og sykepleiere med lang klinisk erfaring på området. Det har vært utgangspunkt for en serie modellforsøk om kvalitetsforbedring av tilbudet til brukere i

målgruppen. Prosjektgruppen, som har hatt basis i Gruppe for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (GRUK) i Skien, har bestått av Otto Brun Pedersen, Hanne Fiskum, Anne Marte Evenstad og Michael de Vibe. Modellforsøkene er gjennomført i Kragerø, Skien, Volda, Ørsta, Vanylven, Sande og Herøy kommuner, i samarbeid med de psykiatriske poliklinikkene i Kragerø, Volda og ved Telemark sentralsjukehus. Forsøkene har vært finansiert av Den norske Lægeforenings kvalitets-sikringsfond II, Telemark sentralsjukehus og Statens helsetilsyn.

Prosjektets referansegruppe har bestått av:

- Marit Borg, Blakstad sykehus
- Harald Eriksen, Mental Helse Kragerø
- Hans Asbjørn Holm, Avdeling for fagutvikling, Den norske Lægeforening
- Geir Høstmark Nielsen, Fagrådet for psykisk helsevern
- Hans Løvdahl, Kvalitetsutvalget, Norsk psykiatrisk forening
- Tore Sørli, Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser
- Greta Ødegaard, Landsforeningen for pårørende innen psykiatri

Mange av brukerne og medarbeiderne som deltok i modellforsøkene har bidratt med verdifulle innspill til heftet. Innholdet har også vært drøftet med en rekke personer i det nasjonale og internasjonale fagmiljøet. Særlig betydningsfulle diskusjonspartnere har vært psykiater Endre Ugelstad, forskningsleder Ragnhild Husby og medarbeidere ved The Sainsbury Centre for Mental Health i London.

Otto Brun Pedersen  
prosjektleder

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

# INNHold

---

<b>1. Hva brukerne trenger</b> .....	9
Elementene i et fullstendig tilbud .....	9
Mange brukere får ufullstendig oppfølging .....	11
Systematisk oppfølging har god effekt .....	11
<b>2. Koordinering av psykososialt arbeid</b> .....	12
Hva er psykososialt arbeid? .....	12
Hvorfor koordinere psykososialt arbeid? .....	12
Hva er koordinering av psykososialt arbeid? .....	13
Hva skal koordineres? .....	13
Hvilken betydning har psykososialt arbeid for helse og livskvalitet? .....	15
<b>3. Strategier for koordineringen</b> .....	16
Valg av strategi .....	17
Et hjelpemiddel i valg av strategi: Stress-sårbarhetsmodellen ..	18
<b>4. Prinsipper for koordineringen.</b> .....	20
<b>5. Oppgavefordeling i tiltaksnettverket.</b> .....	22
Arbeidsdeling mellom første- og andrelinjetjenesten .....	22
Direkte og indirekte oppgaver i psykososialt arbeid .....	22
Rollekonflikter i psykososialt arbeid .....	23
Oppgavefordeling gjennom ansvarsgrupper .....	23
<b>6. Praktiske forutsetninger</b> .....	25
Oppnevning av personlig koordinator .....	25
Veiledning til koordinator .....	25
Møtene mellom bruker og koordinator .....	25
Tilgjengelighet .....	26
Taushetsplikten .....	26
Hvor arbeidskrevende er koordineringen? .....	26
<b>7. Vanlige problemer</b> .....	28
<b>8. Handlingsprogram for koordinering av psykososialt arbeid.</b>	30
Koordinering er en individuell prosess .....	31
Kompetansekrav til personlig koordinator .....	31
Handlingsprogrammer som beslutningsstøtte og utgangspunkt for veiledning .....	32
Handlingsprogram for koordinering av psykososialt arbeid .....	33
<b>Referanser</b> .....	40
<b>Vedlegg 1.</b>	
Arbeidsark for kartlegging, målsetting og planlegging i koordinering av psykososialt arbeid .....	42
<b>Vedlegg 2.</b>	
Sjekkliste for retningslinjene i handlingsprogrammet for koordinering av psykososialt arbeid .....	60

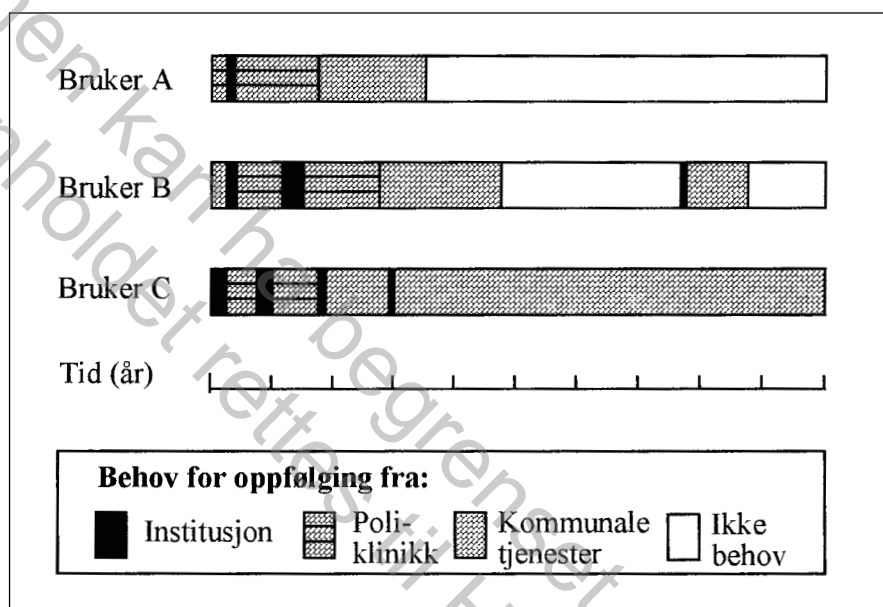


Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

## 1. HVA BRUKERNE TRENGER

Mange personer med langvarige og alvorlige psykiske problemer har behov for et sammensatt tilbud fra hjelpeapparatet gjennom store deler av livet. Behovene kan variere betydelig, både fra den ene brukeren til den andre og hos den samme brukeren over tid (Figur 1).

Figur 1. Eksempler på skiftende behov for oppfølging hos personer med langvarige og alvorlige psykiske problemer



Forløpet kan svinge mellom akutte episoder der det er nødvendig med intensiv behandling, og rolige faser hvor brukeren greier seg selv. Oppfølgingen fra hjelpeapparatet blir ikke sjelden preget av svingningene i forløpet. Dramatikken i de akutte fasene kan utløse stor aktivitet både i første- og andrelinjetjenesten for å hjelpe brukeren gjennom krisen. I de roligere periodene kan brukeren bli overlatt helt til seg selv. Tilbudet blir styrt av kriser og symptomer, og ikke av brukerens langsiktige behov. Slik oppstår svingdørssituasjoner, der brukeren hjelpes gjennom krisene, men hvor det gjøres lite for å tilrettelegge en oppfølging som kan bedre livskvalitet og funksjonsevne, og forebygge nye kriser.

### Elementene i et fullstendig tilbud

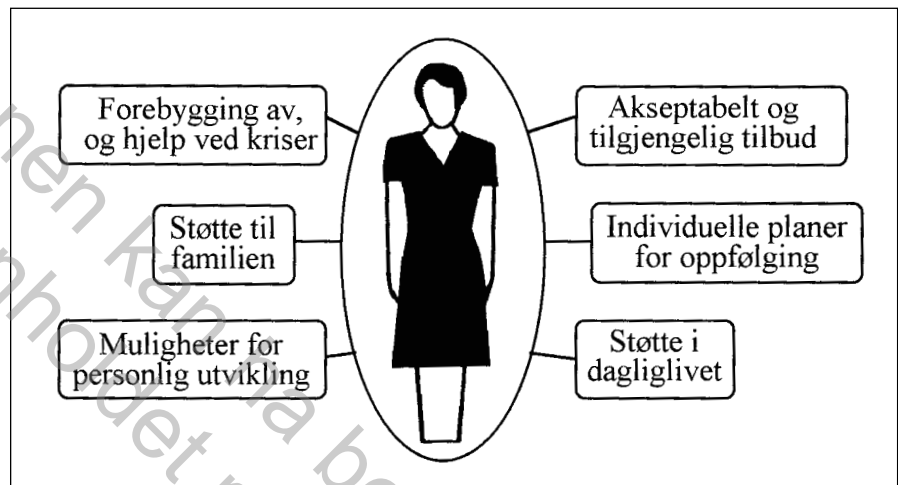
Detaljerte beskrivelser av innholdet i et optimalt tilbud til vår målgruppe har begrenset praktisk verdi. For det første har hver bruker

sin individuelle bakgrunn og sine spesielle behov. For det andre er det store lokale variasjoner i hva som finnes av kompetanse og tjenestetilbud på brukernes hjemsted.

I praksis er det mer relevant å beskrive hovedelementene i et tilfredsstillende tilbud, og gi retningslinjer for hvordan man kan planlegge og gjennomføre en helhetlig oppfølging. Først da blir det mulig å «skreddersy» tilbudet til den enkelte brukers situasjon.

Med utgangspunkt i dokumenterte erfaringer er det mulig å definere elementene i et fullstendig tilbud for personer med langvarige og alvorlige psykiske problemer (1) (Figur 2).

Figur 2. Elementene i et fullstendig tilbud



Innholdet i hvert element blir klart når man kjenner den enkelte brukers personlige mål, ressurser og problemer. Skal oppfølgingen være gjennomførbar i praksis, må man også ta i betraktning muligheter og begrensninger i det lokale tiltaksnettverket.

De enkelte elementene i en fullstendig oppfølging er:

- **Akseptabelt og tilgjengelig tilbud**  
Tilbudet skal ivareta opplevde behov hos brukeren, på en slik måte at hun eller han kjenner seg respektert og forstått. Tilgjengelighet handler ikke bare om geografisk nærhet, men også om at hjelpeapparatet oppfattes som en helhet, slik at brukeren unngår å føle seg som kasteball i et uoversiktlig system.
- **Individuelle planer**  
Tilbudet må baseres på en individuell plan som har utgangspunkt i brukerens egne ressurser og personlige mål. Brukeren skal delta i utarbeidingen av planen.
- **Støtte i dagliglivet**  
Mange brukere trenger støtte for å ivareta sine grunnleggende behov for sosial kontakt, arbeid, gjennomføring av daglige gjøremål, fritidstilbud, bolig eller inntekt.

- **Muligheter for personlig utvikling**

Dette er tilbud som sikter mot personlig vekst og tilpasning, som for eksempel utvikling av sosiale ferdigheter, styrking av egne mestringsstrategier, behandling for psykiske problemer eller hjelp til utdanning og arbeid.

- **Støtte til familien**

Mange brukere får omfattende hjelp fra sine familier. Ofte trenger familiemedlemmene støtte og rådgivning, opplæring eller avlastning i sitt omsorgsarbeid. De kan også ha behov for tilbud for sin egen del, som for eksempel pårørendegrupper. Noen brukere har barn som kan ha behov for egen oppfølging.

- **Forebygging av, og hjelp ved kriser**

I mange tilfeller kan tettere oppfølging for en periode, eller justering av medisiner, redusere risikoen for tilbakefall av psykiske symptomer. En plan for fleksible tiltak ved tidlige tegn på kriser, basert på brukerens egne erfaringer, kan forebygge nye akutte episoder og innleggelses i sykehus.

## **Mange brukere får ufullstendig oppfølging**

---

Mange brukere får i dag en mangelfull og oppstykket oppfølging, både med hensyn til behandling av symptomer og tiltak som kan øke livskvalitet og funksjonsnivå (2). En grunnleggende årsak til dette er at et fullstendig tilbud som regel krever langvarig og regelmessig kontakt mellom brukeren og familien på den ene siden, og ulike faggrupper og etater på den andre. Kontinuiteten i tilbudet bryter fort sammen når brukeren møter faglig ensidighet eller resultatet av samarbeidsproblemer over etatsgrenser. For eksempel blir nytteverdien av et rehabiliteringsopplegg redusert dersom brukere som trenger det, ikke får fulgt opp sin medisiner for å forebygge tilbakefall av symptomer. Samtalebehandling kan lett bli hengende i et tomrom hvis brukeren har uløste problemer på sentrale områder i dagliglivet.

## **Systematisk oppfølging har god effekt**

---

Forskningen viser at en systematisk og integrert oppfølging har god effekt ved alvorlige psykiske lidelser. Brukerne blir mer selvhjulpne i dagliglivet, og får redusert risikoen for tilbakefall av symptomer. En nødvendig forutsetning for et godt resultat er at oppfølgingen tilpasses de mest sentrale behovene hos den enkelte brukeren (3).

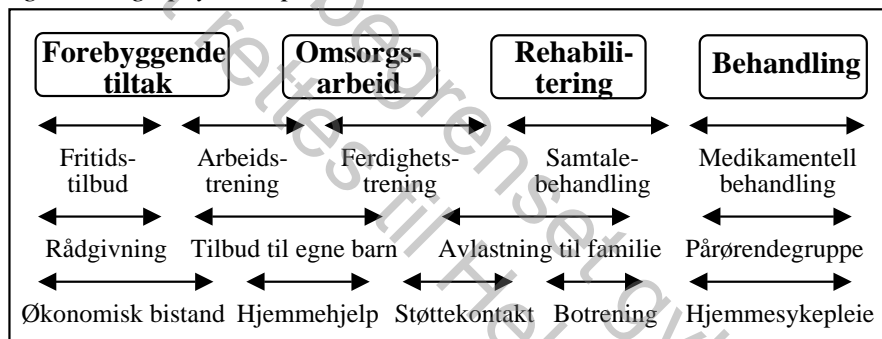
## 2. KOORDINERING AV PSYKOSOSIALT ARBEID

### Hva er psykososialt arbeid?

*Psykososialt arbeid* er en samlebetegnelse for tilbud fra helse- og sosialtjenesten som er aktuelle for personer med psykiske problemer. Grunnlaget for å betrakte disse tilbudene under ett ligger i erkjennelsen av at det eksisterer et samspill mellom vår psykiske helse og de sosiale forholdene vi lever under. Denne innsikten har vokst fram både hos brukerne selv og på en rekke fagområder, for eksempel innenfor allmenntilmedisin, arbeidsmedisin, sykepleie, ergoterapi, sosialt arbeid, medisinsk rehabilitering og psykiatri (4, 5, 6, 7).

Psykososialt arbeid omfatter et spektrum av tjenester, fra forebyggende tiltak til psykiatrisk og medisinsk behandling (Figur 3).

Figur 3. Psykososialt arbeid ved langvarige og alvorlige psykiske problemer



### Hvorfor koordinere psykososialt arbeid?

Oppfølgingen av brukerne kan være en utfordrende oppgave. De fleste har som regel sammensatte behov og trenger flere typer tiltak. Innholdet i et behovstilpasset tilbud varierer dessuten i stor grad både gjennom tid og fra person til person. Det blir derfor en sentral oppgave både å sikre kontinuitet i tjenestetilbudet og at tilbudet svarer med den enkelte brukers personlige mål og behov.

Hjelpeapparatet består av et mangfold av tjenester som kan virke uoversiktlige og utilgjengelige for brukerne. Når brukeren går fra ett tjenestetilbud til det neste, for eksempel fra et sykehus til en kommu-

nal tjeneste, kan vi snakke om en *tiltakskjede*. Andre ganger har brukeren behov for flere tiltak til samme tid. Da kan vi si at det psykososiale arbeidet foregår i et *tiltaksnettverk*. I begge tilfeller vil det oppstå problemer med kontinuitet og samarbeid dersom tjenestene ikke blir koordinert. Følgen kan bli et ufullstendig tilbud, eller at brukerne ikke får noe tilbud i det hele tatt.

## Hva er koordinering av psykososialt arbeid?

---

*Case management* er en løsning på problemet med å sikre at tilbud om behandling, rehabilitering og omsorg når fram til brukerne. Metoden har fått stor utbredelse i utlandet. Den går ut på at en case manager får tildelt ansvar for å koordinere tjenester for en eller flere brukere over et lengere tidsrom (8, 9). Det har vist seg at mange brukere ikke ønsker å bli betegnet som «cases». Begrepene er derfor oversatt med *koordinering av psykososialt arbeid* og *personlig koordinator*.

Målet for koordineringsarbeidet er å sikre tilgjengelighet og kontinuitet med hensyn til de tilbudene brukeren ønsker og trenger. Grunnlaget for arbeidet er et tillitsfullt forhold mellom brukeren og hans eller hennes personlige koordinator. Koordinatoren skal oppleves både som en personlig støtte og som en profesjonell hjelper, som kan samarbeide med brukeren mot et felles mål.

Bruker og koordinator trenger ofte tid for å bli kjent med hverandre, og oppnå nødvendig trygghet og fortrolighet. Forholdet er basert på kontinuitet og langsiktighet, med regelmessige avtaler og med tydelig rollefordeling som hjelpesøker og hjelper.

Oppgaven for en personlig koordinator går ut på:

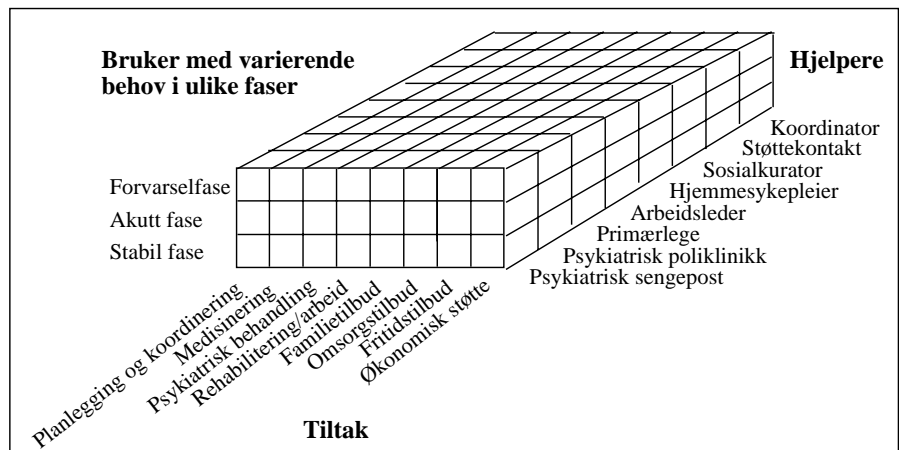
- Å etablere kontakt og samarbeid med brukeren
- Å kartlegge brukerens egne mål og behov for tiltak
- Å utarbeide en plan for oppfølgingen
- Å samordne planlagte tiltak

## Hva skal koordineres?

---

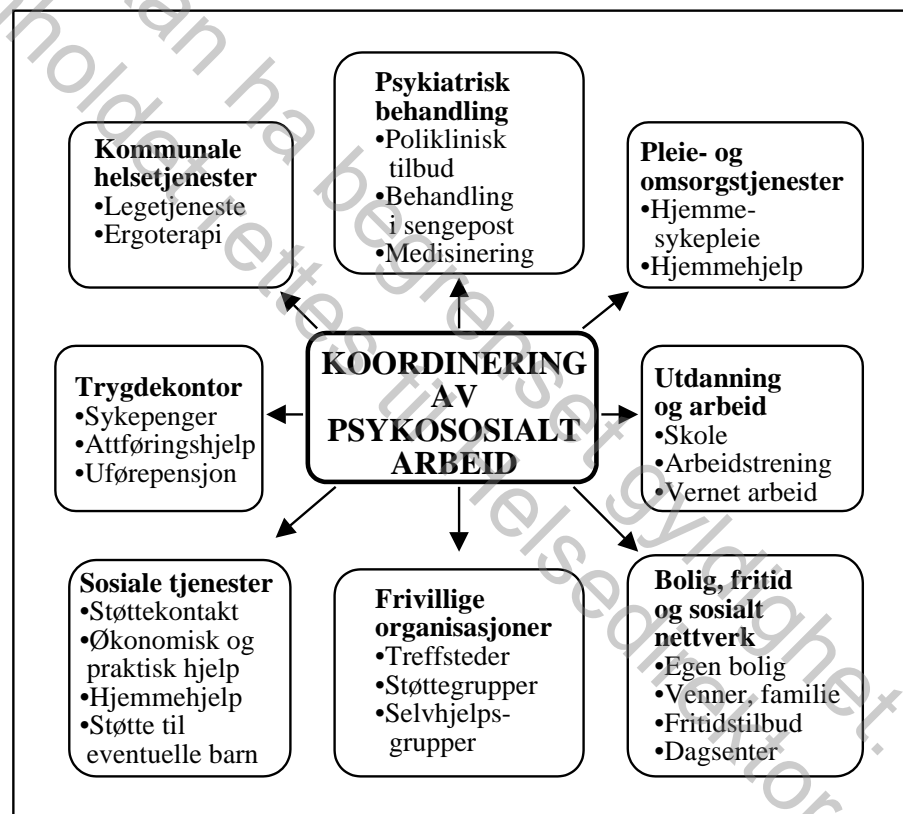
Gjennom årene har de fleste brukerne behov for flere former for bistand. Tjenestene skal samordnes i tid og rom i et komplisert tiltaksnettverk (Figur 4).

Figur 4. Tiltaksnettverk for bistand til personer med langvarige og alvorlige psykiske problemer



En vellykket oppfølging forutsetter for det første at man har oversikt over brukerens behov gjennom ulike faser i forløpet. For det andre må man vite hvor de aktuelle tjenestene finnes i det lokale tiltaksnettverket (Figur 5).

Figur 5. Koordinering i et lokalt tiltaksnettverk



Koordinering av psykososialt arbeid er ikke knyttet til noen spesiell yrkesgruppe. Personlig egnethet og interesse for oppgavene er en vesentlig forutsetning. Opplæring og veiledning er nødvendig både for å komme i gang, og for å holde koordineringsarbeidet ved like (10).

## Hvilken betydning har psykososialt arbeid for helse og livskvalitet?

---

Psykososialt arbeid kan gi målbar bedring av helse og livskvalitet for brukere med langvarige og alvorlige psykiske problemer. Det er påvist effekt på tre områder (11):

- Reduksjon av handikap gjennom styrking av praktiske og sosiale ferdigheter
- Styrking av selvfølelse gjennom økt mestring av eget liv og frigjøring fra pasientrollen
- Motvirkning av unødig uførhet gjennom reduksjon av symptomer og forebygging av tilbakefall

Det psykososiale arbeidet gir best resultat når det fokuserer på brukers mest sentrale problemstillinger. Koordinering som fører til at brukeren får «litt mer av alt» har vist seg å ha liten eller ingen effekt. På grunnlag av forskningserfaringene anbefales det at man forsøker å finne fram til de tiltakene som har størst betydning i den enkelte brukers liv, og prioriterer dem (12).



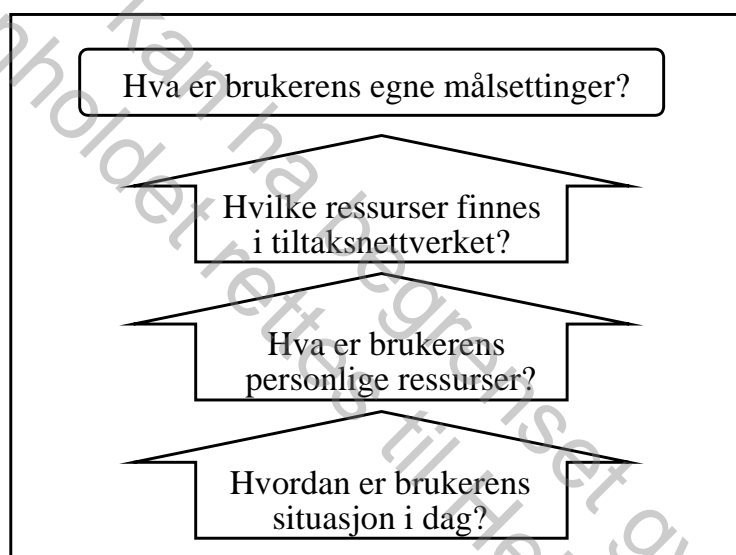
### 3. STRATEGIER FOR KOORDINERINGEN

---

For å kunne møte den enkelte brukers mest sentrale behov, er det nødvendig med en gjennomtenkt strategi for det psykososiale arbeidet. Ellers er det fare for at tiltakene blir perifere i forhold til brukers viktigste problemstillinger.

Strategivalget bygger på kunnskap om brukeren og det lokale tiltaksnettverket (Figur 6).

Figur 6. Elementene i helhetsvurderingen av brukers muligheter for å nå sine mål



Utgangspunktet for strategien er den enkeltes personlige målsettinger. Ofte er brukerne ikke vant til å snakke om sine ønsker og mål. Noen har opplevd at hjelperne først og fremst er interessert i problemer og symptomer, og har lært seg til å være opptatt av dem. Andre kan ha erfart at målet for oppfølgingen har vært definert av hjelperne uten at de har vært tatt med på råd. Mange ganger kan det derfor være en oppgave i seg selv å finne fram til målene som brukeren har for sin egen tilværelse.

Brukers personlige koordinator må ta den tiden det krever å finne fram til disse målene. Ønsker brukeren å komme i arbeid? Eller vil han leve en tilpasset tilværelse i et trygt sosialt nettverk? Vil han utdanne seg, eller få tilbud om rehabilitering eller behandling? Hvilke ønsker har han for sin situasjon det neste halvåret? De neste fem årene? Hvilke delmål må oppfylles langs den veien han ønsker å gå?

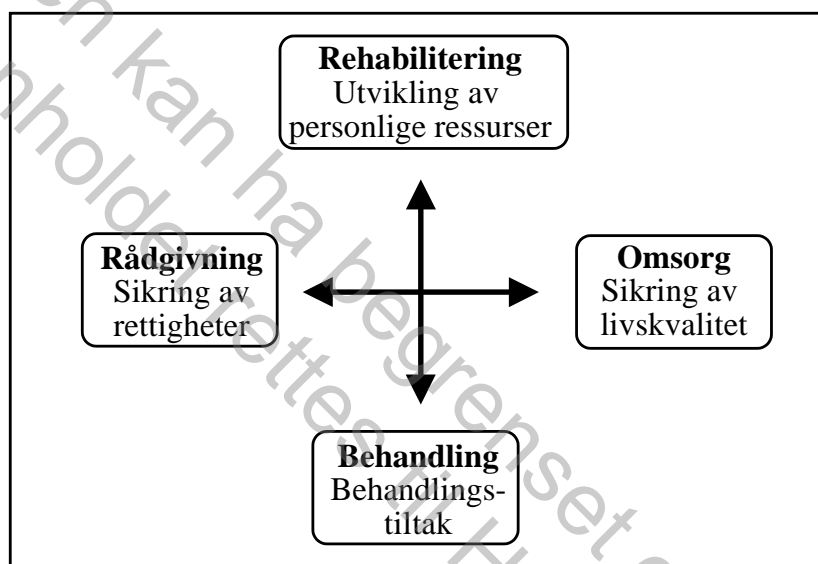
Det andre elementet i helhetsvurderingen er brukers personlige ressurser. Målsettingen må være oppnåelig. Hva kan brukeren klare av egen innsats for å nå sine mål? Har hun eller han behov for noen form for ferdighetstrening?

Det tredje elementet dreier seg om mulighetene i det lokale tiltaksnettverket. Hvilke tilbud finnes som kan hjelpe brukeren til å nå sine mål? Hvordan kan brukeren få adgang til disse tilbudene?

## Valg av strategi

Vi kan skjelle mellom fire strategier for koordineringen. De ulike strategiene utelukker ikke hverandre. Ofte er det aktuelt å kombinere noen av dem, for eksempel når brukeren trenger både omsorgstilbud og behandlingstiltak (Figur 7).

Figur 7. Strategier for koordinering av psykososialt arbeid



- **Rehabiliteringsstrategien**

Siktemålet er her å styrke brukers personlige ressurser og ferdigheter for å oppnå egne mål. Oppfølgingen planlegges med utgangspunkt i brukers nåværende situasjon og muligheter. Tiltak under denne strategien kan for eksempel være botrening, arbeidstrening, sosial ferdighetstrening eller skoletilbud.

- **Omsorgsstrategien**

Her legges det vekt på å sikre brukers livskvalitet i dagliglivet ut fra hennes eller hans egne målsettinger. Strategien kan for eksempel dreie seg om å sikre en akseptabel levestandard, nødvendig sosialt kontakt eller hjelp til daglige aktiviteter.

- **Behandlingsstrategien**

Her er målet å oppnå symptombedring og personlig vekst for å for-

hindre tilbakefall og styrke evnen til å tåle påkjenninger. Tiltakene kan for eksempel dreie seg om samtalebehandling, medisiner, familiebehandling eller trening i grunnleggende sosiale ferdigheter. Denne strategien krever som regel samarbeid med helsepersonell med psykiatrifaglig bakgrunn.

- **Rådgivningsstrategien**

Mange brukere vet hva de trenger av tjenester, og kan selv oppsøke tilbudene der de finnes. For dem kan strategien være begrenset til å sikre rettigheter gjennom formidling av tjenester. Koordinator kan samarbeide med brukeren om å definere behov, og formidle kontakt med tiltaksnettverket. Koordinator har ellers ikke ansvar for oppfølgingen, men overlater til brukeren å gjøre seg nytte av det tilbudet som formidles.

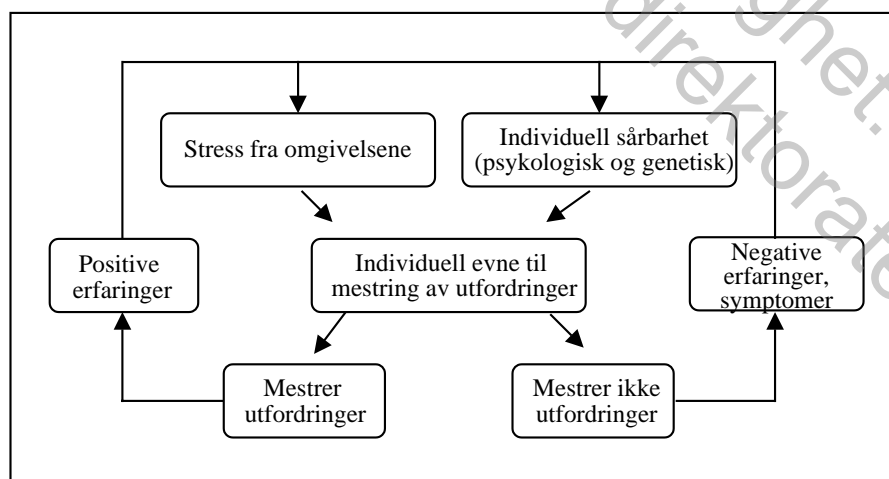
En erfaren personlig koordinator kan velge mellom de ulike strategiene på grunnlag av sin brukers behov og de praktiske mulighetene i det lokale tiltaksnettverket. Koordineringen kan da i vid forstand bli en form for terapeutisk arbeid.

## Et hjelpemiddel i valg av strategi: Stress-sårbarhetsmodellen

Strategivalget dreier seg om å finne fram til en oppfølging som både er relevant og gjennomførbar for den enkelte brukeren. Hvilke tiltak har størst betydning for at brukeren skal kunne nå sine mål? Hva kan brukeren bidra med av egne ressurser?

*Stress-sårbarhetsmodellen* er et hjelpemiddel i helhetsvurderingen av brukerens situasjon (13). Modellen omfatter både psykologiske, biologiske og sosiale faktorer som forklaring på psykiske problemer. Den beskriver balansen mellom stressende faktorer i omgivelsene og individuell sårbarhet på den ene siden, og individets evne til mestring av stress på den andre. Blir det samlede stresset for stort, oppstår symptomer og problemer. Problemene kan forebygges enten ved å redusere ytre stress, eller gjennom å styrke individets egen evne til mestring (Figur 8).

Figur 8. Stress-sårbarhetsmodellen ved psykiske lidelser



Stress-sårbarhetsmodellen brukes i både somatisk og psykiatrisk rehabilitering som et verktøy for å forstå hva som bidrar til å vedlikeholde eller motvirke problemer hos den enkelte brukeren. Fordi modellen vinkler på mulighetene i her-og-nå-situasjonen, er den særlig egnet som utgangspunkt for valg av strategi og for planlegging av oppfølgingen.

Modellen har vært kritisert fordi den kan føre til sykeliggjøring og overfokusering på problemer og personlige svakheter. Men kritikerne innrømmer samtidig at det er vanskelig å finne et bedre verktøy for vurdering av brukerens situasjon (14).

Figur 9 er en videreføring av stress-sårbarhetsmodellen. Den viser en rekke faktorer som har vist seg å ha innflytelse på forløpet ved alvorlige psykiske lidelser. Med kjennskap til brukerens situasjon og personlige forutsetninger kan man bruke figuren til å undersøke hvilke tiltak som bør prioriteres i oppfølgingen.

Figur 9 . Eksempler på faktorer som kan påvirke forløpet ved alvorlige og langvarige psykiske lidelser

<b>Faktorer i omgivelsene</b>	
<b>Belastende faktorer</b>	<b>Beskyttende faktorer</b>
<b>Sosiale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Få nære kontakter</li> <li>• Kritikk og dominans fra omgivelsene</li> <li>• Mangel på meningsfulle oppgaver</li> <li>• Livspåkjenninger</li> <li>• Dårlig økonomi og levestandard</li> </ul> <b>Fysiske</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rusmisbruk</li> </ul>	<b>Sosiale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Støttende sosialt nettverk</li> <li>Meningsfulle oppgaver</li> </ul> <b>Tiltak</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nettverksarbeid</li> <li>• Dagtilbud</li> <li>• Familiebehandling</li> <li>• Miljøterapi</li> </ul>
<b>Individuelle faktorer</b>	
<b>Faktorer som øker sårbarhet</b>	<b>Faktorer som øker mestringsevne</b>
<b>Psykologiske</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sosial tilbaketrekning</li> <li>• Tenkningsforstyrrelser</li> <li>• Lav selvfølelse</li> <li>• Manglende livsmål</li> <li>• Ufullstendig tilknytning til andre personer</li> </ul> <b>Fysiske</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Passivitet</li> <li>• Hjerneorganiske forandringer</li> </ul>	<b>Psykologiske</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evne til kontakt med andre</li> <li>• Innsikt og kunnskap om egen psyke og situasjon</li> <li>• Følelse av å ha verdi</li> </ul> <b>Tiltak</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Samtalebehandling</li> <li>• Trening i sosiale ferdigheter</li> <li>• Rehabilitering</li> <li>• Medisinering</li> </ul>
<b>Faktorer i forløpet</b>	
<b>Belastende faktorer</b>	<b>Beskyttende faktorer</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilbakefall av symptomer</li> <li>• Nye livspåkjenninger og nederlag</li> <li>• Ustabil hjelpetilbud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positive livserfaringer</li> <li>• Personlighetsmodning</li> <li>• Tilpasset hjelpetilbud</li> </ul>

## 4. PRINSIPPER FOR KOORDINERINGEN

---

Det overordnede målet for koordinering av psykososialt arbeid er å sikre best mulig livskvalitet for brukeren. Oppfølgingen skal bidra til personlig utvikling og selvstendighet, og forebygge tilbakefall og kronifisering. Oppgaven for brukerens personlige koordinator består i å tilrettelegge og opprettholde et tilpasset og kontinuerlig tilbud ut fra denne målsettingen.

### Prinsipper

---

Prinsippene for koordinering av psykososialt arbeid kan samles i følgende punkter:

- **Vekt på forholdet mellom bruker og personlig koordinator**  
Forutsetningen for en god allianse mellom bruker og koordinator er at brukeren opplever respekt og personlig støtte. Allianse styrkes når koordinator opptrer forutsigbart overfor brukeren, og tar på seg rollen som "talsmann" overfor tiltaksnettverket når det er nødvendig. Koordinator må kunne opprettholde tilbudet til brukeren også i faser hvor hun eller han er avvisende eller viser vanskelig atferd.
- **Medbestemmelse**  
Koordinering av psykososialt arbeid bygger på aktiv medvirkning fra brukerne og deres pårørende. Også ved tvungent psykisk ettervern må brukeren ha innflytelse på den oppfølgingen hun eller han skal motta.
- **Meningsfullhet**  
Tilbudet må oppleves som meningsfullt av brukeren.
- **Kontinuitet**  
Koordinator skal ha ansvaret for oppfølging av brukeren så lenge det er nødvendig, uavhengig av hvor hun eller han oppholder seg og uavhengig av gode eller dårlige faser.
- **Fleksibilitet og tilgjengelighet**  
Varighet og frekvens av faste avtaler må tilpasses brukerens behov. Mange trenger et oppsøkende tilbud, for eksempel i form av hjemmebesøk.

- **Fokusering på brukerens ressurser**

Utgangspunktet for koordineringen er brukerens egne evner til mestring.

- **Fokusering på sentrale områder**

Det psykososiale arbeidet har størst effekt når det sikter mot brukernes mest sentrale problemer og målsettinger. Planen for arbeidet bør bygge på en faglig vurdering av brukerens situasjon, for eksempel ved hjelp av stress-sårbarhetsmodellen.

- **Sikring og samordning av ressurser**

Koordinator må sørge for effektiv bruk, samordning og tilpasning av alle ressurser i lokalsamfunnet som kan bidra til å gi brukeren et stabilt og meningsfullt liv. Dette skjer ved å trekke inn hjelpere som har kompetanse i forhold til spesielle oppgaver. Noen ganger er det nødvendig å opprette ansvarsgruppe (se Figur 11).

- **Beredskap for kriser**

Brukere med risiko for tilbakefall av psykiske symptomer trenger en plan for tiltak ved tegn på begynnende krise.

- **Koordinators egnethet og legitimitet i tiltaksnettverket**

Koordinator må ha tilstrekkelig kompetanse for oppgaven og tilgang på nødvendig veiledning. Ansvar for oppfølgingen av brukeren må være forankret hos ledelsen i den etaten der koordinator er tilsatt. Det lokale tiltaksnettverket må anerkjenne og støtte arbeidet som utføres av koordinator.

## **5. OPPGAVEFORDELING I TILTAKSNETTVERKET**

---

Tiltaksnettverket for psykososialt arbeid er fordelt på en rekke administrative enheter. Fylkeskommunen skal sørge for psykiatriske helsetjenester, mens primærhelsetjenester, sosiale tjenester og tilbud om rehabilitering eller omsorg er fordelt mellom flere kommunale etater. De kulturelle og faglige forskjellene mellom nivåer og enheter er kanskje den største utfordringen i koordineringsarbeidet. En vellykket oppfølging forutsetter at ansvaret for de ulike oppgavene rundt brukerne er erkjent og tydelig fordelt blant de involverte hjelperne. Dette krever vilje til kommunikasjon og fleksibilitet, både på ledernivå, hos personlig koordinator og blant de aktuelle medarbeiderne i tiltaksnettverket.

### **Arbeidsdeling mellom første- og andrelinjetjenesten**

---

Ansvarsdelingen mellom psykiatrien og de kommunale tjenestene følger ikke diagnostiske kategorier. Kommunen har det grunnleggende ansvaret for koordinering av psykososialt arbeid, mens psykiatrien skal stå for spesialisert rehabilitering eller behandling. Noen ganger bør psykiatrien likevel ta ansvaret for koordineringen, for eksempel når et omfattende psykiatrisk behandlings- eller rehabiliteringstilbud inngår i oppfølgingen.

Personlig koordinator bør velges fra den delen av tiltaksnettverket som står for det vesentligste innholdet av tilbudet til den aktuelle brukeren. For eksempel kan en bruker som først og fremst har behov for omsorg i en stabil og avklart hjemmesituasjon være best tjent med en koordinator fra pleie- og omsorgstjenesten. En bruker som trenger å få ordnet sin økonomi og bosituasjon, vil ofte ha størst nytte av at koordinator har sosialfaglig bakgrunn.

### **Direkte og indirekte oppgaver i psykososialt arbeid**

---

Ansvarsdelingen mellom koordinator og de andre hjelperne rundt brukeren blir tydeligere når man skjeller mellom direkte og indirekte oppgaver i det psykososiale arbeidet. Koordineringen er en indirekte oppgave, som går ut på å planlegge relevante tiltak i samarbeid med brukeren, og sikre at planen blir gjennomført. De direkte oppgavene dreier seg om å utføre de planlagte tjenestene (Figur 10).

Figur 10. Eksempler på direkte og indirekte oppgaver i psykososialt arbeid

<b>Indirekte oppgaver</b> Utføres av personlig koordinator	<b>Direkte oppgaver</b> Utføres av hjelpere med relevant kompetanse
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Støtte og motivere brukeren</li> <li>• Planlegge tiltak</li> <li>• Samordne tiltak</li> <li>• Sikre kontinuitet i oppfølgingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samtalebehandling</li> <li>• Medisinering</li> <li>• Familiearbeid</li> <li>• Botrening</li> <li>• Rehabilitering</li> <li>• Omsorgsarbeid</li> </ul>

### **Rollekonflikter i psykososialt arbeid**

Som oftest vil koordinator også utføre de direkte oppgavene som hun eller han er kvalifisert til ut fra sin faglige bakgrunn. Dette kan føre til at man får flere roller overfor brukeren. Som koordinator er man for eksempel «støttespiller», «talsmann» eller «motivator». I det direkte arbeidet kan rollen være «behandler», «arbeidsleder» eller «sosialkurator». Noen ganger kan slike dobbeltroller bli problematiske, både for bruker og for koordinator. For eksempel kan det være vanskelig å forene innholdet i rollene som «arbeidsleder» og «støttespiller» i en og samme person.

Er det fare for slike rollekonflikter, bør koordinator vurdere om den direkte oppgaven bør overlates til en annen hjelper. Forøvrig kan veiledning være til god hjelp når man må fylle flere roller i forhold til en bruker.

### **Oppgavefordeling gjennom ansvarsgrupper**

Ansvarsgruppe er en metode for planlegging og koordinering av tiltak for brukere med særlig sammensatte problemstillinger (15). Gruppen består av hjelpere som har et forpliktende delansvar for oppfølgingen. Brukeren skal selvsagt være med på møtene. Som regel bør også familien være representert. Koordinator kaller inn til og leder møtene, gjerne sammen med brukeren. Vanlig størrelse på en ansvarsgruppe er fra fire til seks personer, vanlig møtevarighet fra en halv til én time.

I starten må gruppen avklare sitt mandat, og bli enige om strategi og ansvarsdeling for oppfølgingen. Senere blir møtene brukt til å gjennomgå brukerens situasjon og fordele oppgaver (Figur 11).



Figur 11. Ansvarsgrupper

<b>Hvorfor opprette ansvarsgruppe?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Styrke samarbeid og kommunikasjon i tiltaksnettverket</li><li>• Sikre tverrfaglig kontinuitet</li><li>• Fordele ansvar</li><li>• Sikre at tiltak blir gjennomført</li><li>• Evaluere tiltak</li></ul>
<b>Når bør ansvarsgruppe opprettes?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Når brukeren har sammensatte problemer</li><li>• Når det er behov for tiltak fra flere nivåer og etater</li></ul>
<b>Hvem er med i ansvarsgruppen?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Brukeren og aktuelle pårørende</li><li>• Alle som har et definert ansvar for behandling, rehabilitering eller omsorg</li><li>• Sammensetningen av gruppen kan skifte over tid</li><li>• Gruppen har en fast leder (brukerens personlige koordinator) som har ansvar for innkalling, møteplan og referat</li></ul>
<b>Hva gjør gruppen?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tema for møtene er:<ul style="list-style-type: none"><li>- Hvilke planer har vi for oppfølgingen?</li><li>- Hvordan går det?</li><li>- Hva gjør vi videre?</li><li>- Hvem har ansvaret for de enkelte oppgavene fram til neste møte?</li></ul></li><li>• Alltid skriftlig møtereferat, gjerne ved brukeren</li></ul>
<b>Hvor ofte møtes gruppen?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Fra hver måned til hvert halvår</li></ul>

Ansvarsgrupper bør opprettes når det stilles spesielle krav til samhandling, kommunikasjon og ledelse i tiltaksnettverket, som for eksempel i planlegging og gjennomføring av tiltak for nye brukere. Når koordinator kan sikre tverretattlig oppfølging gjennom enkeltstående møter eller uformelle samarbeidsformer, er det ikke behov for ansvarsgruppe.

## **6. PRAKTISKE FORUTSETNINGER**

---

Personlig koordinator må være sikret administrativ og faglig ryggdekning. Arbeidet med brukerne er ofte så langvarig og komplisert at det kreves aktiv støtte fra ledelsen for å unngå at oppfølgingen skal stå og falle med den enkelte koordinators utholdenhet og engasjement.

### **Oppnevning av personlig koordinator**

---

Utgangspunktet for oppnevningen av koordinator kan være en allerede etablert kontakt med brukeren. Ellers er det viktig å legge vekt på brukers egne ønsker, og vurdere hvordan koordinators faglige bakgrunn samsvarende med brukers framtidige behov for oppfølging. Personlig egnethet og interesse for oppgaven har vesentlig betydning. For øvrig må det være avklart at koordinator kan følge brukeren over et lengere tidsrom.

### **Veiledning til koordinator**

---

Brukerne har ofte sammensatte problemer. Samtidig kan de ha atferdsmessige trekk som kompliserer forholdet til koordinator. Veiledning er derfor som regel en nødvendig forutsetning for vellykket oppfølging (10).

Veilederen må selv ha erfaring med koordinering av tilbud til brukere i målgruppen, og kunne forstå brukernes problematikk i en helse- eller sosialfaglig sammenheng. Spesielt egnet er gruppeveiledning basert på erfaringslæring som pedagogisk metode. Denne formen for veiledning gir deltakerne anledning til å lære av hverandres erfaringer og refleksjoner (16).

### **Møtene mellom bruker og koordinator**

---

Frekvens og varighet på møtene vil variere ut fra brukers situasjon og behov. Vanlig frekvens er fra en til fire ganger i måneden. Hovedtemaet for samtaler er vinkling på her-og-nå-situasjonen og brukers nærmeste framtid. Gjennom møtene får koordinator kjennskap til brukers tilstand og situasjon, og om hun eller han har behov for justering av tilbudet. For brukeren representerer samtaler en mulighet til å oppsummere tanker og erfaringer. Kontakten med koordinator får på denne måten stor betydning gjennom opplevelsen av personlig støtte og mulighetene for egen refleksjon.

## Tilgjengelighet

---

Koordinator må ha en oppsøkende holdning. Noen brukere trenger faste avtaler i form av hjemmebesøk. Koordinator må i alle fall kjenne til brukerens hjemmemiljø, og hvordan hun eller han fungerer der.

Noen varianter av case management er basert på døgkontinuerlig beredskap. Brukerne kan komme til et senter eller få hjemmebesøk når de trenger det. Foreløpig er dette en uvanlig arbeidsform i Norge. Men man kan øke tilgjengeligheten ved å lage avtaler om hvordan brukeren kan få kontakt med koordinator eller andre viktige hjelpere i påkommende tilfelle, om ikke annet for en prat i telefonen. Brukeren må også få beskjed om hvor hun eller han kan henvende seg når koordinator har ferie.

Mange brukere trenger en beredskapsplan for hvem de skal henvende seg til ved tegn på begynnende kriser. Hjemmebesøk er ellers ofte den beste formen for kontakt når noe spesielt står på.

## Taushetsplikten

---

Koordinering av psykososialt arbeid er basert på medvirkning fra brukeren og respekt for hennes eller hans integritet. Kommunikasjon og samhandling mellom koordinator og tiltaksnettverket vil derfor i praksis alltid skje med informert samtykke. Likevel er det viktig å begrense opplysninger om brukeren til det som er nødvendig for at andre medarbeidere i tiltaksnettverket skal kunne utføre sine oppgaver.

## Hvor arbeidskrevende er koordineringen?

---

Koordineringen skal sikre et systematisk og fullstendig tilbud. I forhold til brukere som fra før har fått en mangelfull oppfølging, vil denne arbeidsformen ofte føre til merarbeid i en overgangsfase. Derfor bør man i første omgang starte som personlig koordinator for en eller to brukere. Når man har skaffet seg praktisk erfaring med metoden, kan man ta på seg ansvar for flere.

Møtene mellom koordinator og bruker vil variere i tid. Varigheten er gjerne fra en halv til en time. I tillegg må koordinator avsette tid til kontakt med aktuelle samarbeidspartnere gjennom telefon, brev eller uformelle møter. For noen brukere går det med ekstra tid til ansvarsgrupper eller hjemmebesøk.

Arbeidsmengden vil variere etter hvilken strategi koordineringsarbeidet baseres på og etter hvor mye koordinator selv utfører av direkte oppgaver. Rapporter fra case management-team i USA viser at en koordinator i full stilling kan ha fulle hender med omlag 10 brukere

når utgangspunktet er en rehabiliterings- eller behandlingsstrategi. Koordinator utfører da som regel en vesentlig del av de direkte oppgavene. For omsorgsstrategien ligger antallet brukere noe høyere. Med rådgivningsstrategien som basis kan koordinator rekke opp mot 50 brukere (9).

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

## **7. VANLIGE PROBLEMER**

---

Erfaringsmessig vil koordinator av og til møte hindringer som kan føre til at arbeidet går i stå. I slike situasjoner er det viktig å drøfte problemene med en veileder. Dersom man likevel ikke finner noen utvei, er det en ærlig sak å melde fra om dette til ansvarlig ledelse. Man kan oppnå mye ved hjelp av koordinering av psykososialt arbeid, men ikke utføre mirakler!

### **Sviktende samhandling fra andre deler av tiltaksnettverket**

---

Dette kan vise seg i form av manglende kommunikasjon, eller ved at opplegg blir endret uten at koordinator blir tatt med på råd. Da gjelder det å si fra om dette til egen ledelse, og foreslå tiltak som kan styrke samhandlingen. Ansvarsgrupper kan motvirke dette problemet.

### **Manglende forankring i ledelsen**

---

En del brukere har så komplisert problematikk at det stiller spesielle krav til for eksempel tidsbruk eller veiledning. Dersom dette ikke blir forstått og fulgt opp av den nærmeste ledelsen, kan oppgaven bli umulig å gjennomføre for koordinator.

### **Mangel på ressurser i tiltaksnettverket**

---

Manglende ressurser eller kompetanse i tiltaksnettverket kan føre til at brukerne ikke får nødvendige tilbud. Utfordringen for koordinator vil da dreie seg om å utnytte eksisterende muligheter i det lokale hjelpeapparatet gjennom oppfinnsomhet og improvisasjon. Samtidig bør ansvarlig ledelse bli gjort oppmerksom på problemene.

### **Koordinering blir oppfattet som erstatning for andre tiltak**

---

Både omgivelsene og brukerne kan komme til å legge større forventninger til koordinator enn det er mulig å innfri. Koordinator kan forebygge dette ved å tydeliggjøre sin rolle og sine funksjoner. Dette er av og til nødvendig både overfor brukeren eller i forhold til for eksempel en ansvarsgruppe. Koordinator må ikke ta på seg oppgaver utenfor sitt kompetanseområde, men fordele dem til rett sted i tiltaksnettverket.

## **Målsettinger blir ikke innfridd**

---

Oppfølgingen kan gå i stå fordi bruker eller koordinator blir skuffet over framgangen og resultatene. Årsaken kan være at man hadde en urealistisk strategi i utgangspunktet, eller at man har oversett tilsynelatende små, men viktige positive endringer i brukers situasjon. Grundig målsetting og planlegging i samarbeid med brukeren vil motvirke dette problemet.

## **Rollekonflikter**

---

Noen ganger kan oppfølgingen innebære motstridende roller i forhold til brukeren. Slike situasjoner kan oppstå når brukere for eksempel viser omsorgssvikt for egne barn, eller når det er motsetninger i brukers familie. Koordinator kan komme i en umulig situasjon dersom hun eller han er alene om å ivareta slike konflikter. Problemet kan motvirkes ved at rollene fordeles på flere hjelpere. For eksempel kan koordinator ta ansvaret for å følge opp brukers interesser, mens andre hjelpere får til oppgave å ta vare på barnas eller de andre familiemedlemmenes behov.

## **Koordineringen blir styrt av kriser**

---

Tilbakefall av symptomer eller funksjonssvikt hos brukeren kan føre til at koordinator forlater planene for oppfølgingen. I verste fall oppstår en svingdørssituasjon, der oppmerksomheten og ressursene rettes mot kriser og akutte episoder, mens den langsiktige oppfølgingen forsømmes. Egne tiltaksplaner for å forebygge kriser vil motvirke dette problemet.

## **Brukeren følger ikke opp**

---

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

## **Koordinator følger ikke opp**

---

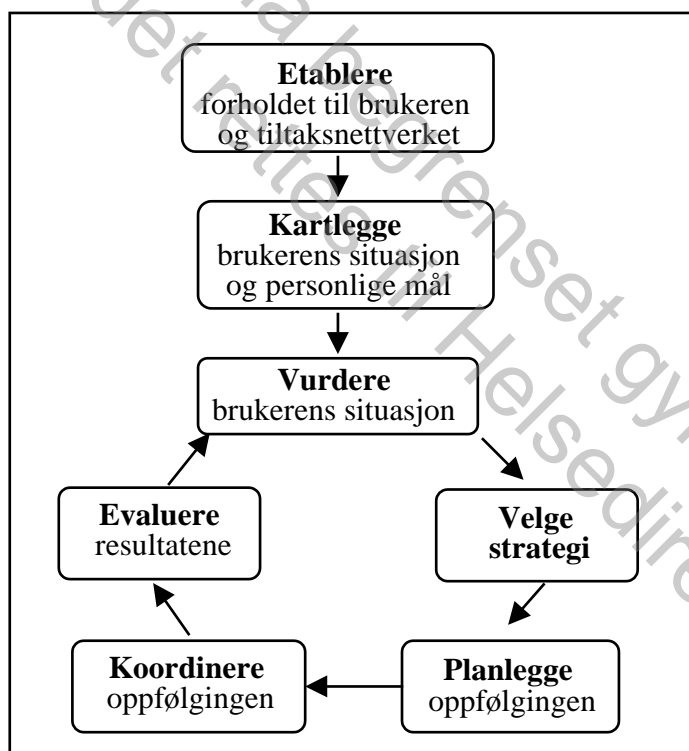
Noen brukere opplever at deres personlige koordinator tar permisjon, blir sykmeldt eller skifter arbeidsplass. I slike situasjoner er det viktig å trekke inn en ny koordinator i god tid, slik at brukeren i størst mulig grad unngår å oppleve skiftet av personlig koordinator som et kontinuitetsbrudd.

## 8. HANDLINGSPROGRAM FOR KOORDINERING AV PSYKOSOSIALT ARBEID

Oppfølging av personer med langvarige og alvorlige psykiske problemer kan sammenlignes med prosjektarbeid. Hver bruker representerer sitt eget prosjekt, der innholdet varierer med den enkeltes personlige mål og livssituasjon. Likevel kan den individuelle oppfølgingen planlegges og gjennomføres etter samme framgangsmåte for de fleste brukerne.

Koordinering av psykososialt arbeid er en metode for målrettet og behovstilpasset oppfølging av den enkelte brukeren. Arbeidsgangen kan beskrives som en prosess med atskilte faser. Dersom man utelater noen av fasene, kan tilbudet lett bli ufullstendig eller gå helt i stå (Figur 12).

Figur 12. Arbeidsgangen i koordinering av psykososialt arbeid



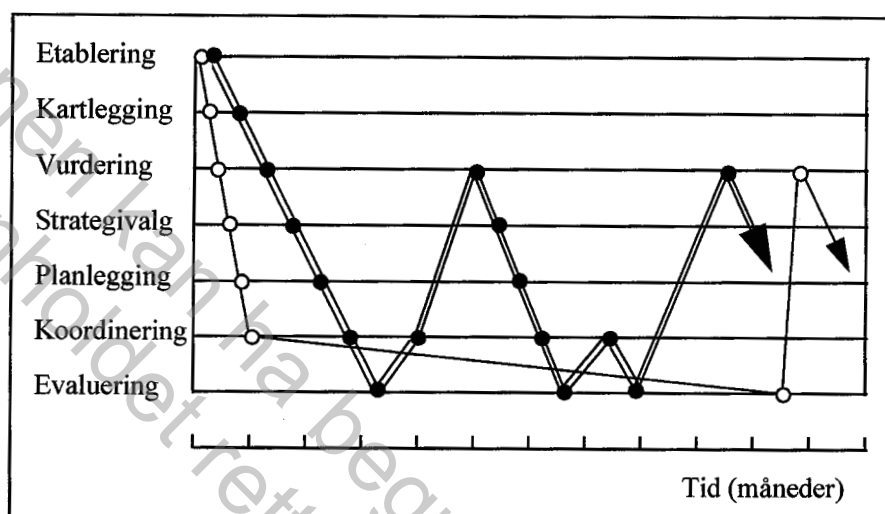
I praksis vil fasene ofte overlappe hverandre. Av og til må noen av dem også gjentas underveis, for eksempel når brukerens situasjon har endret seg, eller når det er gjennomført tiltak som ikke har ført til forventet resultat.

## Koordinering er en individuell prosess

Koordinator skal sikre dialog og samhandling med brukeren og med tiltaksnettverket. Dette er en prosess som kan ta tid og som vil variere i innhold fra den ene brukeren til den andre. Går man fram for raskt eller for skjematisk, kan koordineringsarbeidet bli en papirøvelse i stedet for et virksomt verktøy.

Arbeidsprosessen kan ha forskjellig livssyklus, både med hensyn til tempo og til vektlegging av de ulike fasene i prosessen. Mange brukere trenger tid og gjentakelser for å bli kjent med koordinator og for å kunne medvirke i sin egen oppfølging (Figur 13).

Figur 13. Eksempler på vektlegging og tempo i koordineringsarbeidet



Den enkle linjen i figuren illustrerer hvordan det på kort tid er mulig å vurdere situasjonen til en bruker, legge planer og evaluere resultatene etter for eksempel ett år. Den doble linjen viser hvordan man kan velge et langsommere tempo for å trekke brukeren med i vurdering, målsetting og planlegging. I koordineringsfasen evaluerer man jevnlig om oppfølgingen går etter planen, eller om den må justeres. Kanskje må man gå noen trinn tilbake i prosessen for å gjøre en ny vurdering eller forbedre planene. For resultatet kan det ha radikal betydning om man velger den ene eller den andre framgangsmåten (17).

## Kompetansekrav til personlig koordinator

En vellykket oppfølging forutsetter at koordinator klarer å sikre brukerens medvirkning gjennom de ulike fasene i arbeidsprosessen. Dette krever en kompetanse som i første rekke handler om å kunne samarbeide med brukeren, få oversikt over brukerens egne mål og totale situasjon og om å sikre et behovstilpasset tilbud fra det lokale tiltaksnettverket (Figur 14).



Figur 14. Kompetansekrav i koordinering av psykososialt arbeid

Område	Kunnskaper	Ferdigheter
<b>Brukeren</b>	Kunnskaper om brukernes bakgrunn og behov	Ferdigheter i å utvikle en god arbeidsallianse
<b>Tiltaksnettverket</b>	Kunnskap om tilbudene i det lokale tiltaksnettverket	Ferdigheter i å mobilisere relevante tilbud for brukeren
<b>Koordineringen</b>	Kunnskap om arbeidsgangen i koordinering av psykososialt arbeid	Ferdigheter i å velge strategi, planlegge og koordinere oppfølgingen

Disse kompetansekravene er ikke knyttet til noen spesiell yrkesutdanning. Koordinering av psykososialt arbeid kan i utgangspunktet utføres av alle med helse- eller sosialfaglig bakgrunn. Når oppfølgingen innebærer oppgaver som krever spesielle yrkesfaglige ferdigheter, som for eksempel medisinsk behandling eller yrkesmessig rehabilitering, kan koordinator mobilisere denne kompetansen ved å trekke inn relevante fagpersoner i tiltaksnettverket.

Oppfølgingen av brukere med store og sammensatte problemer stiller som regel spesielle krav til koordinators kompetanse. I slike tilfeller bør det oppnevnes en koordinator som allerede er fortrolig med metoden gjennom erfaring fra egen praksis.

### **Handlingsprogrammer som beslutningsstøtte og utgangspunkt for veiledning**

---

Handlingsprogrammer for systematisk tilrettelegging av psykososialt arbeid er tatt i bruk i både helse- og sosialtjenester (3, 6). Slike programmer har to siktemål. Det ene er å gi beslutningsstøtte i valg situasjoner under arbeidet, det andre å sikre at viktige elementer ikke blir utelatt i tilbudet til brukerne (18).

Et handlingsprogram er også egnet som utgangspunkt for opplæring og veiledning, fordi det utvider mulighetene til refleksjon over den praktiske kunnskapen som ligger til grunn for en vellykket gjennomføring av arbeidet (16).

## **HANDLINGSPROGRAM FOR KOORDINERING AV PSYKOSOSIALT ARBEID**

---

Dette handlingsprogrammet beskriver hvordan koordinering av psykososialt arbeid kan gjennomføres trinn for trinn. Det bygger på en engelsk variant av Case management (8). Programmet er utviklet og utprøvd i samarbeid med medarbeidere i første- og andrelinjetjenesten som har koordineringsansvar for brukere med alvorlige psykiske problemer (psykoser, alvorlige personlighetsforstyrrelser, rusmisbruk og angst eller depresjon med langvarig sosial tilbaketrekning) (16).

Handlingsprogrammet følger faseinndelingen for koordineringsarbeidet som er vist i Figur 12. Hver fase er nærmere beskrevet i form av retningslinjer for arbeidet. Retningslinjene dreier seg dels om å sikre de forutsetningene som erfaringsmessig bør være avklart for at koordineringen ikke skal gå i stå, dels om gjennomføring av selve arbeidsprosessen.

Programmet er ment å være en støtte for koordinators egen kreativitet og fleksibilitet. Av og til kan det være aktuelt å fravike retningslinjene. Koordinator bør da kunne begrunne avviket.

Retningslinjene er supplert med et sett arbeidsark som er samlet i Vedlegg 1. Arkene kan benyttes som idétilfang i kartleggingen av den enkelte brukers målsettinger og behov, og i planleggingen og evalueringen av oppfølgingen.

Retningslinjene er også gjengitt som en sjekkliste i Vedlegg 2. Den kan brukes som huskeliste i det daglige arbeidet. I veiledning kan sjekklisten være til nytte gjennom å klarlegge hvilke temaer koordinator trenger å få satt i fokus.

Utfylte sjekklister og arbeidsark skal oppbevares i den journalen som personlig koordinator fører i sitt arbeid med brukeren.

## FASE 1: ETABLERING

---

I etableringsfasen legges grunnlaget for koordineringen. Koordinator skal etablere sin rolle både i forhold til brukeren og til tiltaksnettverket. På den ene side skal hun eller han bygge en god arbeidsallianse med brukeren, på den annen sikre mulighetene for et effektivt samarbeid med tiltaksnettverket.

### 1.1. Oppnevning av personlig koordinator

---

Når en koordinator oppnevnes til å ha koordineringsansvaret for en bruker, bør disse forholdene være ivaretatt:

- Ansvaret for koordineringen er avklart med nærmeste overordnede.
- Koordinator har den nødvendige kompetansen for arbeidet med brukeren gjennom egen yrkesbakgrunn og erfaring.
- Koordinator er sikret nødvendig veiledning.
- Koordinator kan følge brukeren over lang tid (minst to år).
- Navnet til koordinator er kjent for brukeren, familien og medlemmene i eventuell ansvarsgruppe.
- Navnet til koordinator er kjent av brukerens faste kontakter i hjelpeapparatet (for eksempel lege, terapeut eller saksbehandler ved sosialkontor) og av personalet i den aktuelle institusjonen, dersom brukeren er innlagt

### 1.2. Utvikling av relasjonen mellom bruker og koordinator

---

Forholdet mellom bruker og koordinator er basert på at:

- Koordinator legger vekt på å utvikle en god allianse med brukeren, med respekt for grensen mellom å være personlig og privat.
- Koordinator oppleves som forutsigbar og støttende av brukeren.
- Koordinator ivaretar brukerens og familiens selvstendighet gjennom å være oppmerksom på grensen mellom å være aktiv og støttende på den ene siden, og å være styrende eller invaderende på den andre.
- Det foreligger en kontrakt mellom koordinator og bruker om hva de kan forvente av hverandre. I kontrakten beskrives varighet og frekvens av faste avtaler, og hvordan koordinator kan kontaktes mellom avtalene.
- Brukeren gjøres oppmerksom på retten til å be om å få skifte koordinator.

### 1. 3. Etablering av forholdet til tiltaksnettverket

---

For å sikre samhandlingen med tiltakskjeden må koordinatoren:

- Vite at nærmeste overordnede forstår innholdet i og nytten av koordinering som arbeidsform, og støtter koordinatoren i sitt arbeid.
- Kjenne til de aktuelle delene av tiltaksnettverket.
- Søke nødvendige råd og bistand fra relevante fagpersoner.
- Etablere en ansvarsgruppe når oppgavene rundt brukeren tilsier det.
- Sørgje for å bli informert og tatt med på råd dersom andre medarbeidere i tiltaksnettverket gjør endringer i tilbudet til brukeren.

## FASE 2: KARTLEGGING

---

I kartleggingsfasen skal koordinatoren samle tilstrekkelig informasjon til å kunne gjøre en helhetlig vurdering av brukerens situasjon og behov. Opplysningene kommer først og fremst fra brukeren selv. Ofte er det nødvendig med tilleggsinformasjon fra familien eller fra andre hjelpere. Med informert samtykke fra brukeren kan koordinatoren også innhente opplysninger fra for eksempel lege eller sykehus.

Under kartleggingen kan koordinatoren bruke arbeidsarkene som er nummerert fra 1 til 5 i Vedlegg 1. Utfylte arbeidsark skal oppbevares i den journalen som koordinatoren fører for sitt arbeid med brukeren.

### 2.1. Kartlegging av brukerens situasjon og personlige ressurser

---

- Koordinator må skaffe seg oversikt over brukerens personlige ressurser, og nåværende situasjon og forhistorie, på disse områdene:
  - Utdanning og yrke
  - Personlige interesser
  - Sosial fungering
  - Daglige gjøremål
  - Familieforhold
  - Sosialt nettverk
  - Boforhold
  - Økonomi
  - Psykiske problemer: Hva slags og hvordan de har utviklet seg
  - Andre helseproblemer: Somatiske sykdommer, rusmisbruk
  - Tidligere gjennomgått behandling
  - Egne mestringsstrategier

## 2.2. Kartlegging av brukerens mål

---

- Koordinator må få fram brukerens personlige mål på viktige livsområder:
  - Familieliv
  - Sosialt liv
  - Arbeid eller utdanning
  - Fritid

## 2.3. Kartlegging av brukerens behov for tiltak

---

Koordinator skal identifisere brukerens aktuelle behov og avklare med ham eller henne hva det haster mest å ta fatt i. Behovene kan dreie seg om å:

- Sikre livskvalitet på de aktuelle av følgende områder:
  - Økonomi
  - Bolig
  - Egenomsorg
  - Huslige ferdigheter
  - Transport
  - Utdannelse
  - Arbeid
  - Fritidsaktiviteter
  - Familierelasjoner
  - Sosialt nettverk
  - Selvfølelse, egenrespekt
  - Vennskap, seksualitet
  - Livssyn, religion
- Redusere eller forebygge psykiske symptomer ved hjelp av medikamenter eller andre behandlingstiltak.
- Ta vare på somatisk helse.
- Motivere brukeren til å medvirke aktivt i oppfølgingen.

### **FASE 3: VURDERING**

---

Gjennom kartleggingsfasen har koordinator fått grunnlag for å gjøre en helhetsvurdering sammen med brukeren. Vurderingen skal baseres på realistiske målsettinger og muligheter. Arbeidsark 6 og 7 kan benyttes i denne fasen.

- Helhetsvurderingen omfatter:
  - Brukerens personlige ønsker og mål
  - Familiens ønsker og mål
  - Brukerens personlige ressurser
  - Brukerens viktigste problemer
  - Tilgjengelige ressurser og kompetanse i tiltaksnettverket
  - Tiltak som er særlig relevante for brukeren, vurdert ut fra stress-sårbarhetsmodellen
  - Brukerens tidligere erfaringer om hva slags hjelp eller tiltak som har vist seg nyttige

### **FASE 4: VALG AV STRATEGI**

---

Ut fra helhetsvurderingen velges en strategi i form av en kortfattet oppsummering av målsetting, innhold og varighet for oppfølgingen (se Arbeidsark 8).

- Strategien bygger på en oversikt over tiltak som er mest aktuelle ut fra brukerens behov.
- Strategien skal klargjøre om hovedvekten på oppfølgingen skal legges på behandling, rehabilitering, omsorgsarbeid eller rådgivning, eller på en kombinasjon av noen av disse elementene.

### **FASE 5: PLANLEGGING**

---

Strategivalget er utgangspunktet for tiltaksplanen. Ofte er det hensiktsmessig med en plan på kort sikt (for eksempel et halvt år) og en på lengre sikt (flere år).

Planene skal skrives ned. Arbeidsarkene som er nummerert fra 9 til 12 er beregnet til bruk i denne fasen.

## 5.1. Tiltaksplan for psykososial oppfølging

---

- For hvert tiltak skal planen omfatte:
  - Målsetting
  - Konkret innhold av tiltaket
  - Hvem som deltar i gjennomføringen av tiltaket
  - Hvordan og når tiltaket skal gjennomføres
  - Tidspunkt for når tiltaket skal oppsummeres og vurderes
- Brukeren får gjenpart av planen.
- Familien og aktuelle medarbeidere i tiltaksnettverket informeres om planen.

## 5.2. Tiltaksplan for forebygging av kriser

---

Noen brukere trenger en egen plan for tiltak ved kriser eller symptomforverring. Denne planen bygger på kunnskap om hvordan tidligere kriser har utviklet seg, og hva som har bidratt til å forhindre dem. Arbeidsark 13 til 15 kan benyttes ved utarbeiding av kriseplaner.

- Kriseplanen bør omfatte:
  - Beskrivelse av stress som kan utløse en krise hos brukeren
  - Beskrivelse av symptomer som tyder på at en krise kan være i utvikling
  - Hvem i tiltaksnettverket som skal varsles ved tegn på kriser
  - Eventuelt skjema for endring av medisiner ved tegn på kriser
- Brukeren får gjenpart av planen
- Familien og relevante medarbeidere i tiltaksnettverket informeres om planen.

## FASE 6: KOORDINERING

---

Arbeidet i denne fasen er basert på de faste avtalene mellom bruker og koordinator. Disse møtene gir brukeren anledning til å reflektere over aktuelle opplevelser og erfaringer. Samtidig får koordinator oversikt over hvordan tiltakene blir gjennomført.

### 6.1. Støtte og motivere brukeren

---

- Brukeren støttes og motiveres til å gjennomføre tiltakene.

## 6.2. Følge opp tiltaksnettverket

---

- Koordinator følger med på om brukeren får de planlagte tilbudene fra kommunale tjenester og fra psykiatrien.
- Mangler i tilbudet blir identifisert og forsøkt rettet på gjennom informasjon til ansvarlige ledere.
- Koordinator sikrer at de brukerne som trenger det har en fungerende ansvarsgruppe.
- Koordinator tar kontakt med sengepost ved eventuelle innleggelse i sykehus for å kunne delta på aktuelle behandlings- eller planleggingsmøter.

## FASE 7: EVALUERING

---

På avtalte tidspunkter bør koordinator og bruker oppsummere erfaringene: Hva har vi fått til? Hva fikk vi ikke til? Hva må endres i planene? Dersom det er opprettet en ansvarsgruppe, bør evalueringen gjøres der.

Arbeidsark 16 inneholder en mal for hvordan evalueringen kan gjennomføres i samarbeid med brukeren.

### 7.1. Vurdering av resultater

---

- Resultatene av oppfølgingen vurderes sammen med brukeren på avtalte tidspunkter, eller underveis når det er nødvendig på grunn av endringer i brukerens situasjon.

### 7.2. Justering av planene

---

- Målsetting og planer gjennomgås.
- Nødvendige endringer i planen foretas i samarbeid med brukeren.



## REFERANSER

---

1. Smith H. Needs assessment in mental health services: the DISC framework. *Journal of Public Health Medicine* 1998; 20-2: 154-160.
2. Alvorlige psykiske lidelser. Rapport fra nasjonal ekspertkonferanse. Oslo: Norges forskningsråd, 1993.
3. Falloon I, Fadden G, Borell P, Kärräng L, Ivarsson B, Malm U. Integrerad psykiatri. Värnamo: Psykologia, 1997.
4. Bredland EL, Linge OA, Vik K. Det handler om verdighet. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid. Oslo: Universitetsforlaget, 1996.
5. Medisinsk rehabilitering - planlegging og organisering. Oslo: Helsedirektoratets veiledningsserie 3-91.
6. Nygren P. Utvikling og kvalitet i psykososialt arbeid. Oslo: Gyldendal, 1996.
7. Eriksen E, Nordstrand M. Innføring i oppgaveorientert tilnærming. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1995.
8. Onyett S. Case management in mental health. London: Chapman & Hall, 1995.
9. Stöd och samordning kring psykiskt störda. Delbetänkande av psykiatriutredningen. Stockholm: Socialdepartementet, 1991.
10. Onyett S. Making community mental health teams work. London: The Sainsbury Centre for Mental Health, 1995.
11. Collis M, Ekdawi MY. Social adjustment in rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation Research* 1984; 7: 259-72.
12. Wykes T, Carson J. Psychosocial factors in schizophrenia: implications for rehabilitation and community care. *Current Opinion in Psychiatry* 1996; 9: 68-72.
13. Kuehnel TG, Liberman RP. Resource book for psychiatric rehabilitation. Baltimore: Williams & Wilkins, 1990.

14. Andersen AJW. Anvendelse av sårbarhetsmodellen og konsekvenser for selvforståelsen. Dialog 1996; 1: 16-22.
15. Godeseth M. Ansvarsgruppearbeid som metode og virkemiddel. Spesialpedagogikk 1991; 8: 25-33.
16. Pedersen OB, Fiskum H, Howatson H, Evenstad AM, Vibe M de. Koordinering av psykososialt arbeid (Case management) for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser: opplæring i kommunebaserte tjenester. Dialog 1998; 3: 14-20.
17. Ramian K. Kvalitet i handleplaner. Socialpsykiatri 1998; 6: 16-21.
18. Geron SM, Chassler D. Advancing the state of the art: establishing guidelines for long-term care case management. Journal of Case Management 1995; 4-1: 9-14.

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

## **VEDLEGG 1.**

### **ARBEIDSARK FOR KARTLEGGING, MÅLSETTING OG PLANLEGGING I KOORDINERING AV PSYKOSOSIALT ARBEID**

---

Mange koordinatorene har etterlyst skriftlig materiale som kan være til støtte i oppfølgingen av brukerne. Her følger et sett arbeidsark som supplerer retningslinjene i handlingsprogrammet i kapittel 8. De inneholder idéer og forslag til den praktiske gjennomføringen av koordineringen. Noen arbeidsark kan også benyttes som utgangspunkt for skriftlige avtaler med brukerne.

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

Vedlegget inneholder følgende arbeidsark:

1. Kartlegging av praktiske og sosiale ferdigheter .....	43
2. Kartlegging av sosialt nettverk .....	44
3. Kartlegging av kortsiktige mål .....	45
4. Kartlegging av langsiktige mål .....	46
5. Kartlegging av delmål .....	47
6. Vurdering av behov for tiltak .....	48
7. Vurdering av innholdet i et fullstendig tilbud .....	49
8. Valg av strategi .....	50
9. Prioritering av tiltak .....	51
10. Planlegging av enkelttiltak .....	52
11. Tiltaksplan .....	53
12. Avtale med brukeren om egne bidrag .....	54
13. Sjekkliste for varselsignaler om tilbakefall av symptomer .....	55
14. Tiltaksplan ved tegn på kriser .....	57
15. Plan for endring av medisiner ved tegn til kriser .....	58
16. Vurdering av resultater og justering av planer .....	59

# 1. KARTLEGGING AV PRAKTISKE OG SOSIALE FERDIGHETER

Hensikten med dette arbeidsarket er å få oversikt over brukerens behov for omsorgstiltak. Det kan også benyttes til å registrere endringer i brukerens ferdigheter over tid, for eksempel ved å gjenta vurderingen etter ett år. Skjemaet fylles ut når koordinator har fått oversikt over brukerens ferdigheter.

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

Fra: Rund BR, Ruud T. Målinger av funksjonsnivå og funksjonsendring i psykiatrisk behandling. Oslo: Statens helsetilsyn, 1994.

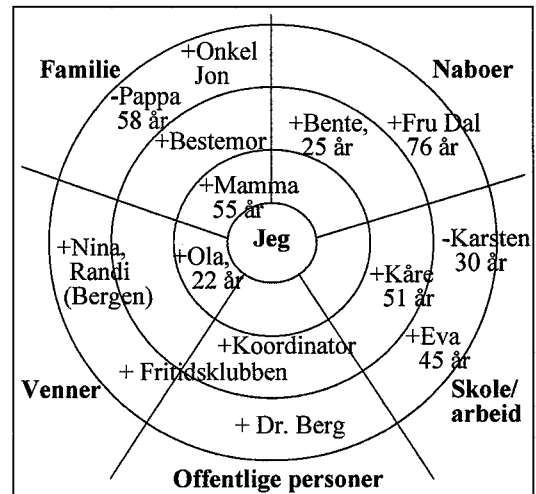
## 2. KARTLEGGING AV SOSIALT NETTVERK

Nettverkskartet synliggjør brukerenes omgangskrets og eventuelle behov for å styrke sitt personlige kontaktnett. Et eksempel på utfylt nettverkskart er vist til høyre.

Kartet fylles ut sammen med brukeren.

Koordinator kan introdusere det ved å si:

«Sirkelen i midten er deg. Sett opp navnene på de personene du omgås, og sett pluss eller minus ved navnene ut fra hvordan du opplever forholdet til dem. Du kan også sette opp organisasjoner eller lag du er med i. Sirklene utover symboliserer hvor nært du står i forhold til de enkelte personene. Sonene på kartet viser sammenhengen dere møtes i.»



Bruker:	Dato:

Fra: Bruk av nettverkskart. Skien: Tidlig intervensjonspoliklinikk, Psykiatrisk avdeling, Telemark sentralsjukehus, 1998.

### 3. KARTLEGGING AV KORTSIKTIGE MÅL

Noen brukere har vansker med å formulere sine personlige mål, kanskje fordi de frykter nye skuffelser. For å komme i gang med målsettingsarbeidet, kan det være hensiktsmessig å begynne med dagligdage forhold og brukerens nærmeste mål for sin egen tilværelse. Her er eksempler på spørsmål som dreier seg om slike nære mål. Spørsmålene kan brukes som utgangspunkt for en samtale med brukeren.

Bruker:	Dato:
<p><b>AKTIVITETER:</b>  <b>Hva pleier du å gjøre?</b>            (Beskriv en vanlig dag. Ta med hendelser som kanskje representerer problemer, for eksempel å bli liggende i sengen utover formiddagen)  <b>Hva ønsker du å gjøre?</b>            (Dette kan være å gjøre mer av noe som er nevnt over, eller helt andre ting)  <b>Hva hindrer deg i å gjøre det du ønsker?</b></p>	
<p><b>PERSONER:</b>  <b>Hvem er du mest sammen med?</b>  <b>Hvem ville du ha truffet oftere?</b>            (Hvem brukeren opplever som støttende eller hyggelige å være sammen med)  <b>Hva hindrer deg i å være mer sammen med de personene du ville truffet oftere?</b></p>	
<p><b>STEDER:</b>  <b>Hvilke steder pleier du å være ?</b>   <b>Hvor skulle du ønske at du kunne være oftere?</b>   <b>Hva hindrer deg i å oppnå dette?</b></p>	
<p><b>INTERESSER:</b>  <b>Hva er dine interesser nå for tiden?</b>   <b>Hva var dine interesser før?</b>   <b>Hvilke interesser ønsker du å begynne med nå?</b>   <b>Hva hindrer deg i å gjøre dette?</b></p>	

## 4. KARTLEGGING AV LANGSIKTIGE MÅL

Ta brukerens mål på alvor, selv om de kan virke urealistiske. Slike mål kan ofte omformes til mer konkrete og allmenngyldige ønsker. For eksempel kan et langsiktig mål hos en bruker om å bli advokat brytes ned til allminnelige størrelser i form av mål om å oppnå status, penger eller et godt forhold til andre mennesker. Slike målsettinger er det mulig å arbeide med.

Bruker:	Dato:
<b>Hvilke mål, ønsker eller drømmer har du for fremtiden?</b> (Hvis brukeren ikke kan svare, kan koordinator spørre etter hva hun/han hadde som mål tidligere i livet)	
<b>Hvilke framskritt har du allerede gjort for å nå disse målene?</b> (Brukeren kan ofte overse egne framskritt, som for eksempel bedre evne til konsentrasjon eller til å ta vare på seg selv)	
<b>Hvilke problemer tror du at du vil møte når du skal forsøke å nå dine mål?</b>	
<b>Hvilke forandringer hos deg selv ville du ønske for å nå dine mål, ønsker eller drømmer?</b> (Mål som dreier seg om å forsterke brukerens egne ressurser)	
<b>Hvilke forandringer i omgivelsene dine ville føre til at du lettere kunne nå dine mål, ønsker og drømmer?</b> (Mål som berører stressfaktorer, for eksempel konflikter med omgivelsene, dårlig økonomi, liten selvstendighet)	

## 5. KARTLEGGING AV DELMÅL

Finn delmålene på veien til det langsiktige målet sammen med brukeren.

Bruker:		Dato:		
Situasjonen i dag	Delmål på veien			Langsiktige mål

Definer det nærmeste delmålet sammen med brukeren. Vær så konkret som mulig.

Bruker:	Dato:
Hva er det første delmålet du vil sette for deg selv?	
Dersom problemene dine avtok, hva ville du da gjøre de nærmeste månedene for å nå dette delmålet?	
Hvilke problemer tror du at du vil møte når du skal forsøke å nå dette målet?	
Beskriv veien til det nærmeste delmålet så konkret som mulig	
Beskriv så konkret som mulig hvordan du skal kunne vite at målet er oppnådd	



## 6. VURDERING AV BEHOV FOR TILTAK

Stress-sårbarhetsmodellen er et hjelpemiddel til å vurdere hvordan ulike tiltak kan øke brukernes mestringsevne. Figur 9 i heftet er utgangspunkt for dette skjemaet, som koordinator kan benytte for å få oversikt over betydningen av aktuelle tiltak.

<b>Bruker:</b>		<b>Dato:</b>	
<b>Tiltak som tar sikte på å endre faktorer i omgivelsene</b>			
Tiltak som kan redusere belastende faktorer		Tiltak som kan forsterke beskyttende faktorer	
<b>Tiltak som tar sikte på å endre individuelle faktorer</b>			
Tiltak som kan redusere sårbarhet		Tiltak som kan styrke evne til mestring	

## 7. VURDERING AV INNHOLDET I ET FULLSTENDIG TILBUD

Koordinator burde nå ha oversikt over brukerens samlede behov for tiltak. Figur 2 i heftet viser elementene i et fullstendig tilbud. Dette skjemaet kan brukes til å beskrive innholdet av disse elementene for den aktuelle brukeren.

Bruker:	Dato:
<p>Hva er et akseptabelt og tilgjengelig tilbud for brukeren?</p>	
<p>Hvordan kan brukeren trekkes med i planleggingen? Er det nødvendig med psykiatrifaglig bistand i utarbeidingen av planene?</p>	
<p>Hvilke tiltak trenger brukeren for støtte i dagliglivet?</p>	
<p>Hvilke tiltak kan styrke brukerens personlig utvikling?</p>	
<p>Hvilke tilbud trenger familien?</p>	
<p>Hvilke tiltak kan forebygge symptomforverring og kriser?</p>	

## 8. VALG AV STRATEGI

Strategien for oppfølgingen baseres på en vurdering av brukerens behov for tiltak og hva som finnes av realistiske tilbud i tiltaksnettverket. I dette skjemaet kan koordinator skrive ned alle tiltak som kan være aktuelle for brukeren. Gjør ingen prioriteringer foreløpig.

<b>Bruker:</b>	<b>Dato:</b>
<b>Aktuelle omsorgstiltak</b>	<b>Hvor tilbudet finnes</b>
<b>Aktuelle rehabiliteringstiltak</b>	<b>Hvor tilbudet finnes</b>
<b>Aktuelle behandlingstiltak</b>	<b>Hvor tilbudet finnes</b>
<b>Aktuelle tiltak som gjelder rådgivning</b>	<b>Hvor tilbudet finnes</b>

Koordinator kan nå velge strategi for oppfølgingen, det vil si om hovedvekten skal legges på rehabilitering, omsorg, behandling eller rådgivning, eller en kombinasjon av noen av disse alternativene

<b>Bruker:</b>	<b>Dato:</b>
<b>Strategien for oppfølgingen er:</b>	
<b>Innholdet er:</b>	
<b>Tidshorisonten er:</b>	

## 9. PRIORITERING AV TILTAK

I valget av hvilke tiltak som skal prioriteres må koordinator vurdere hva som finnes av tilgjengelige ressurser i tiltaksnettverket og brukerens egne muligheter til å medvirke i oppfølgingen.

<b>Bruker:</b>	<b>Dato:</b>
<b>Hva er brukerens egen målsetting for tiltakene?</b>	
<b>Hva kan brukeren selv bidra med for å nå målet?</b>	
<b>Hvilke ressurser og kompetanse finnes tilgjengelig i tiltaksnettverket som kan hjelpe brukeren til å nå dette målet?</b>	

Bruker og koordinator bør prioritere tiltakene i forhold til hva som er viktigst ut fra brukerens sentrale mål og problemstillinger.

<b>Tiltak i prioritert rekkefølge:</b>	<b>Hvem kan utføre tiltakene:</b>
1 .....	.....
2 .....	.....
3 .....	.....

## 10. PLANLEGGING AV ENKELTTILTAK

Hvert tiltak bør planlegges for seg, før det føyes til den endelige tiltaksplanen.

<b>Bruker:</b>	<b>Dato:</b>
<b>Hva er målet for tiltaket?</b>	
<b>På hvilke måter kan målet nås? List opp alternativene. Ikke vurder alternativene ennå.</b>	
<b>Vurder alternativene. Er de realistiske? Skriv ned fordeler og ulemper ved de enkelte alternativene.</b>	
<b>Velg alternativ</b>	
<b>Hvem skal gjennomføre tiltaket?</b>	
<b>Når skal det utføres?</b>	
<b>Fastsett dato for når tiltaket skal være gjennomført</b>	

## 11. TILTAKSPLAN

Tiltaksplanen er sluttproduktet av planleggingsprosessen. Skjemaet fylles ut når koordinator har vurdert hvordan de enkelte tiltakene kan gjennomføres. Brukeren skal ha gjenpart av planen.

Bruker:		Dato:		
Mål for tiltaket	Tiltak	Hvem skal gjennomføre tiltaket	Tiltaket skal begynne	Tiltaket blir avsluttet
<b>Planen skal gjennomgås på nytt (dato):</b>				

Jeg har deltatt i utarbeidingen av denne planen, som stemmer med mine mål.

.....(bruker)

.....(koordinator)

## 12. AVTALE MED BRUKEREN OM MEDVIRKNING I GJENNOMFØRING AV TILTAK

Det kan være hensiktsmessig å gjøre en avtale med brukeren om hvordan hun eller han selv kan medvirke i gjennomføringen av tiltakene.

<b>Bruker:</b>	<b>Dato:</b>
<b>Tiltak:</b>	
<b>Dette klarer jeg selv:</b>	
<b>Dette gjør de profesjonelle hjelperne mine:</b>	
<b>Dette gjør mine pårørende eller andre:</b>	
<b>Tiltak:</b>	
<b>Dette klarer jeg selv:</b>	
<b>Dette gjør de profesjonelle hjelperne mine:</b>	
<b>Dette gjør mine pårørende eller andre:</b>	

Vi har samarbeidet om denne avtalen.

..... (bruker)

..... (koordinator)

### 13. SJEKKLISTE FOR VARSELSIGNALER OM TILBAKEFALL AV SYMPTOMER

En del brukere har bak seg gjentatte episoder med tilbakefall av symptomer. Utviklingen av slike kriser foregår som regel gjennom en fase med varselsignaler i form av symptomer som for eksempel søvnløshet, irritabilitet eller nedsatt stemningsleie. Varselsignalene opptrer gjerne etter et fast mønster hos den enkelte brukeren.

Ofta kan man forebygge utviklingen av nye kriser og sykehusinnleggelse ved å følge en tiltaksplan med utgangspunkt i brukerens egne kunnskaper om disse varselsignalene. Her er en liste over symptomer eller tegn som kan tyde på at en krise er under utvikling. Gå gjennom listen sammen med brukeren. Før brukerens varselsignaler inn i kriseplanen (Arbeidsark 14).

Bruker:	Dato:		
Varselsignal	Forekommer sjelden eller aldri	Forekommer bare når en krise er i utvikling	Forekommer ofte
1. Jeg har ingen interesse av å gjøre noe			
2. Jeg bryr meg lite om hvordan jeg er kledd eller ser ut			
3. Jeg ser lite håp for framtiden			
4. Jeg har konsentrasjonsvansker eller vansker med å tenke rett			
5. Mine tanker er så raske at jeg ikke klarer å følge med.			
6. Jeg føler meg fjern i forhold til venner og familie			
7. Religion er av stor betydning for meg			
8. Jeg har vanskelig for å ta avgjørelser			
9. Jeg er plaget av tanker jeg ikke blir kvitt			
10. Jeg har søvnproblemer			
11. Jeg møter sjelden mine venner			
12. Jeg er i dårlig form uten grunn			
13. Jeg føler meg følsom og nervøs			
14. Jeg kjenner meg deprimert eller verdiløs			
15. Jeg har vanskelig for å huske ting			
16. Jeg spiser svært lite			
17. Jeg kommer dårlig overens med familie og venner			
18. Jeg føler at andre gjør narr av meg, de ler og snakker om meg			
19. Jeg synes ikke at noe er morsomt			



Bruker:	Dato:		
Varselsignal	Forekommer sjelden eller aldri	Forekommer bare når en krise er i utvikling	Forekommer ofte
20. Jeg føler meg anspent 21. Min tale er uforståelig for andre 22. Jeg har vonde drømmer 23. Jeg er for aggressiv eller avvisende 24. Jeg blir irritert for småting 25. Jeg har tanker om å skade eller ta livet av meg selv 26. Jeg har ofte smerter og plager 27. Jeg er redd for å bli gal 28. Jeg har tanker om å skade eller drepe andre 29. Jeg drikker mye alkohol eller bruker narkotika 30. Jeg synes deler av kroppen forandrer seg 31. Jeg føler at omgivelsene er fremmede eller uvirkelige 32. Jeg sover mye 33. Folk forteller meg at jeg oppfører meg annerledes enn jeg bruker å gjøre 34. Jeg er opptatt av seksuelle tanker 35. Jeg kommer lett i krangel 36. Jeg føler meg redd i situasjoner som jeg tidligere opplevde som OK 37. Jeg går ned i vekt 38. Jeg legger på meg 39. Jeg føler at andre ikke bryr seg om meg 40. Jeg føler at andre prøver å skade meg eller gjøre meg vondt			
Hvis du har andre følelser eller opplevelser, prøv å beskrive dem her:			

Fra: Gråwe R, Borell P. Et selvstendig liv.  
 Trondheim: Trøndelag psykiatriske sykehus, 1991.

## 14. TILTAKSPLAN VED TEGN PÅ KRISER

Planen bygger på «Sjekkliste for varselsignaler om tilbakefall» (Arbeidsark 13). I tillegg til brukeren bør familien, den faste legen og eventuelle andre aktuelle hjelpere ha gjenpart av denne planen.

Bruker:	Dato:
<b>Mine varselsignaler for tilbakefall er:</b>	
1 .....	
2 .....	
3 .....	
4 .....	
<p><b>Trinn 1:</b> (Omfatter tiltak som jeg kan utføre selv, som å sørge for nok søvn eller rådføre meg med venner eller familie)</p> <p><b>Varselsignal:</b> .....</p> <p><b>Hvis dette varselsignalet melder seg, bør jeg gjøre dette:</b></p> <p>.....</p>	
<p><b>Trinn 2:</b> (Omfatter tiltak som krever hjelp av andre, for eksempel koordinator, familie eller støttekontakt)</p> <p><b>Varselsignal:</b> .....</p> <p><b>Hvis dette varselsignalet melder seg, bør jeg kontakte:</b></p> <p>Navn: ..... Telefon: .....</p>	
<p><b>Trinn 3:</b> (Omfatter tiltak som krever hjelp fra lege eller sykepleier)</p> <p><b>Varselsignal:</b> .....</p> <p>Navn på sykepleier/lege: ..... Telefon: .....</p> <p>Legevaktens telefonnummer: .....</p>	

Vi har samarbeidet om denne kriseplanen.

..... (bruker)

..... (koordinator)

## 15. PLAN FOR ENDRING AV MEDISINERING VED TEGN TIL KRISER

Brukere som står på medisiner kan ha stor nytte av å justere medisineringsen ved tegn på kriser. Ved å endre medisineringsen i forkant kan man forebygge symptomutvikling og unngå de høye dosene som ellers kan bli nødvendige når symptomene har utviklet seg. Denne planen skal fylles ut i samarbeid med brukerens faste lege. Brukeren, familien og eventuelle andre aktuelle hjelpere skal ha gjenpart av planen.

<b>Bruker:</b>		<b>Dato:</b>		
<b>Faste medisiner</b>				
Navn og styrke på medikamentet	Dosering			
	Morgen	Middag	Kveld	

<b>Medisinering ved Trinn 1 i kriseplanen</b>				
Navn og styrke på medikamentet	Dosering			
	Morgen	Middag	Kveld	

<b>Medisinering ved Trinn 2 i kriseplanen</b>				
Navn og styrke på medikamentet	Dosering			
	Morgen	Middag	Kveld	

Legens underskrift:	Dato:
---------------------	-------

## 16. EVALUERING AV RESULTATER OG JUSTERING AV PLANER

Oppfølgingen vurderes i samarbeid med brukeren på avtalt tidspunkt.

<b>Bruker:</b>	<b>Dato:</b>
<b>Tiltak som er gjennomført etter planen:</b>	
<b>Tiltak som ikke er gjennomført:</b>	
<b>Endringer i min situasjon mens planen har vært gjennomført:</b>	
<b>Endringer i mine praktiske og sosiale ferdigheter:</b>	
<b>Endringer i mine psykiske problemer:</b>	
<b>Endringer i min livskvalitet:</b>	
<b>Mitt behov for videre oppfølging:</b>	
<b>Hvilke deler av planene trenger å bli justert nå?</b>	

Vi har sammen vurdert resultatene og justert planene for det videre tilbudet.

..... (bruker)

..... (koordinator)

## VEDLEGG 2.

### SJEKKLISTE FOR RETNINGSLINJENE I HANDLINGSPROGRAMMET FOR KOORDINERING AV PSYKOSOSIALT ARBEID

Sjekklisten kan brukes til å undersøke hvordan den grunnleggende arbeidsprosessen i koordineringen er ivaretatt i forhold til en aktuell bruker. En slik kartlegging kan ha to formål. For det første får koordinator oversikt over hvor han eller hun står i sitt arbeid med brukeren. For det andre kan sjekklisten benyttes som et konkret utgangspunkt for veiledningen til koordinator.

Noen ganger kan det være aktuelt å fravike sjekklisten. Avviket bør da kunne begrunnes.

Bruker:	Personlig koordinator:	Dato for utfylling:
---------	------------------------	---------------------

#### FASE 1. ETABLERING

##### 1.1. Oppnevning av personlig koordinator

	Oppnådd	Delvis oppnådd	Ikke oppnådd	Kommentar
1. Ansvar for koordineringen er avklart med nærmeste overordnede				
2. Koordinator er kvalifisert til oppgavene				
3. Koordinator har avtale med en veileder som er kjent med koordinering som metode				
4. Koordinator kan følge brukeren i minst to år				
5. Navnet til koordinator er kjent for familien og eventuell ansvarsgruppe				
6. Navnet til koordinator er kjent av brukerens faste kontakter i hjelpeapparatet				

##### 1.2. Utvikling av relasjonen mellom bruker og personlig koordinator

	Oppnådd	Delvis oppnådd	Ikke oppnådd	Kommentar
1. Koordinator oppleves som forutsigbar og støttende av brukeren				
2. Koordinator ivaretar brukerens (og familiens) selvstendighet				
3. Bruker og koordinator har gjort avtale om når og hvor lenge de skal møtes				
4. Det er gjort avtale om hvordan brukeren kan kontakte koordinator mellom avtalene				
5. Brukeren vet at hun eller han kan be om å få skifte koordinator				

### 1.3. Forholdet til tiltaksnettverket

	Oppnådd	Delvis oppnådd	Ikke oppnådd	Kommentar
1. Koordinators nærmeste overordnede er kjent med koordinering som arbeidsform				
2. Koordinator er kjent med de aktuelle delene av tiltaksnettverket				
3. Ved behov søker koordinator råd og bistand fra relevante fagpersoner				
4. Det er etablert ansvarsgruppe (dersom brukers situasjon tilsier det)				
5. Koordinator blir rådspurt når andre hjelpere gjør endringer i brukernes tilbud				

## FASE 2: KARTLEGGING

### 2.1. Kartlegging av brukers situasjon og personlige ressurser

1. Koordinator har oversikt over brukers forhistorie og personlige ressurser på følgende områder:	Oppnådd	Delvis oppnådd	Ikke oppnådd	Kommentar
• Utdanning og yrke				
• Personlige interesser				
• Sosial fungering				
• Daglige gjøremål				
• Familieforhold				
• Sosialt nettverk				
• Boforhold				
• Økonomi				
• Psykiske problemer				
• Somatiske sykdommer				
• Rusmisbruk				
• Tidligere gjennomgått behandling				
• Egne mestringsstrategier				

### 2.2. Kartlegging av brukers personlige mål

1. Koordinator har oversikt over brukers personlige mål på sentrale livsområder:	Oppnådd	Delvis oppnådd	Ikke oppnådd	Kommentar
• Familieliv				
• Sosialt liv				
• Arbeid og utdanning				
• Fritid				

### 2.3. Kartlegging av brukerens behov for tiltak

1. Koordinator har oversikt over brukerens behov for å sikre livskvalitet på følgende områder:	Oppnådd	Delvis oppnådd	Ikke oppnådd	Kommentar
• Økonomi				
• Bolig				
• Egenomsorg				
• Huslige ferdigheter				
• Transport				
• Utdannelse				
• Arbeid				
• Fritidsaktiviteter				
• Familierelasjoner				
• Sosialt nettverk				
• Selvfølelse				
• Vennskap, seksualitet				
• Livsinnhold, religion				
2. Koordinator har oversikt over brukerens behov for behandling på følgende områder:				
• Psykiske symptomer				
• Somatiske helseproblemer				
3. Koordinator har oversikt over brukerens behov for støtte for å kunne medvirke i oppfølgingen				

## FASE 3: VURDERING

### 3.1. Helhetsvurdering av brukerens situasjon

1. Koordinator har utført en helhetsvurdering av brukerens situasjon som omfatter:	Oppnådd	Delvis oppnådd	Ikke oppnådd	Kommentar
• Brukerens personlige ønsker og mål				
• Familiens ønsker og mål				
• Brukerens personlige ressurser				
• Brukerens viktigste problemer				
• Tilgjengelige ressurser i tiltaksnettverket				
2. Koordinator har vurdert hvilke tiltak som kan være særlig relevante ut fra stress-sårbarhetsmodellen				
3. Koordinator kjenner til brukerens tidligere erfaringer om hvilke tiltak som har vist seg nyttige				

## FASE 4: STRATEGIVALG

### 4.1. Formulering av strategi

	Oppnådd	Delvis oppnådd	Ikke oppnådd	Kommentar
1. Koordinator har oversikt over hvilke tiltak som er mest aktuelle ut fra brukerens behov				
2. Koordinator har formulert en strategi for oppfølgingen				

## FASE 5: PLANLEGGING

### 5.1. Tiltaksplan for psykososial oppfølging

	Oppnådd	Delvis oppnådd	Ikke oppnådd	Kommentar
1. Det er utarbeidet en skriftlig plan for oppfølgingen. For hvert tiltak omfatter planen:				
• Målsetting				
• Konkret innhold av tiltaket				
• Hvem som gjennomfører tiltaket				
• Hvordan og når tiltaket gjennomføres				
• Når tiltaket skal evalueres				
2. Brukeren har fått gjenpart av planen				
3. Familien og aktuelle medarbeidere i tiltaksnettverket er informert om planen				

### 5.2. Tiltaksplan for forebygging av kriser

	Oppnådd	Delvis oppnådd	Ikke oppnådd	Kommentar
1. Det er utarbeidet en skriftlig plan som omfatter:				
• Beskrivelse av stress som kan utløse en krise hos brukeren				
• Beskrivelse av symptomer som tyder på at en krise kan være i utvikling				
• Plan for hvem i tiltaksnettverket som skal varsles ved tegn på kriser				
• Skjema for endring av eventuell medisinerings ved tegn på kriser				
2. Brukeren har fått gjenpart av planen				
3. Familien og aktuelle medarbeidere i tiltaksnettverket er informert om planen				



## FASE 6: KOORDINERING

---

### 6.1. Støtte og motivere brukeren

	Oppnådd	Delvis oppnådd	Ikke oppnådd	Kommentar
1. Brukeren støttes i å gjennomføre tiltakene				

### 6.2. Følge opp tiltaksnettverket

	Oppnådd	Delvis oppnådd	Ikke oppnådd	Kommentar
1. Koordinator har oversikt over om brukeren får de planlagte tilbudene fra kommunale tjenester og fra psykiatrien				
2. Mangler i tilbudet blir identifisert og forsøkt rettet på				
3. Brukeren har en fungerende ansvarsgruppe (dersom det er behov for dette)				
4. Koordinator har kontakt med sengeposten ved eventuell innleggelse i sykehus				

## FASE 7: EVALUERING

---

### 7.1. Vurdering av resultater

	Oppnådd	Delvis oppnådd	Ikke oppnådd	Kommentar
1. Resultatene av oppfølgingen vurderes sammen med brukeren på avtalte tidspunkter				
2. Målsetting og planer gjennomgås sammen med brukeren				
3. Nødvendige endringer i målsetting og planer foretas i samarbeid med brukeren				

## STATENS HELSETILSYNS UTREDNINGSSERIE

## PRIS

3-1994	Pasientjournalen.....	IK-2451	(100)
4-1994	Selvmondsforebyggende arbeid Bærumsmodellen.....	IK-2456	(100)
6-1994	Organisering av gastro-enterologisk cancerkirurgi i Norge.....	IK-2463	(100)
9-1994	Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi.....	IK-2467	(100)
10-1994	EØS/EU og helsesektoren.....	IK-2468	(100)
3-1995	Folkehelse - et nytt traktatfestet samarbeidsområde i EU.....	IK-2496	(100)
4-1995	Styring av høyspesialiserte funksjoner innen psykisk helsevern for voksne.....	IK-2506	(100)
6-1995	Prioriteringer innen hjertekirurgi.....	IK-2511	(100)
1-1996	Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi - Del 2.....	IK-2519	(100)
2-1996	Prioriteringer innen palliativ kreftbehandling.....	IK-2541	(100)
3-1996	Spesialisert rehabilitering av pasienter med leddgikt og beslektede sykdommer.....	IK-2544	(100)
1-1997	Faglige krav til fødeinstitusjoner.....	IK-2565	(100)
2-1997	Fremtidig struktur for blodbankene i Norge.....	IK-2571	(100)
3-1997	Organisering av kvalitetsarbeid i kommunehelsetjenesten.....	IK-2582	(100)
4-1997	El-overfølsomhet.....	IK-2599	(100)
5-1997	Tannskader hos barn og ungdom .....	IK-2600	(100)
6-1997	Karsykdommer og røyking.....	IK-2602	(100)
1-1998	Somatiske undersøkelser (helseundersøkelser/screening) av barn og unge 0-20 år.....	IK-2611	(100)
2-1998	Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som leder.....	IK-2615	(100)
3-1998	Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som medarbeider....	IK-2616	(100)
4-1998	Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.....	IK-2618	(100)
5-1998	Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 1-20 år..	IK-2621	(100)
6-1998	Katarakt som samfunnsproblem.....	IK-2626	(100)
7-1998	Oppfølging av personell som har tjenestegjort i internasjonale fredsoperasjoner.....	IK-2631	(100)
8-1998	Bruk av tannrestaureringsmaterialer i Norge.....	IK-2652	(100)
1-1999	Norsk nevrokirurgisk virksomhet – innstilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av Statens helsetilsyn .....	IK-2680	(100)
2-1999	Patologifaget i det norske helsevesen .....	IK-2682	(100)
3-1999	Miljø og helse i plan – kvalitetsverktøy og teknikker .....	IK-2685	(100)
4-1999	Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling ..	IK-2694	(100)
5-1999	Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra.....	IK-2701	(100)
6-1999	Scenario 2030. Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030 .....	IK-2696	(100)
7-1999	Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998 ....	IK-2697	(100)
8-1999	Legetjenester i sykehus. En nasjonal kartlegging 1999 .....	IK-2698	(100)
1-2000	Miljørettet helsevern- Kommunenes tilsyn med virksomheter .....	IK-2705	(100)
2-2000	Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser .....	IK-2692	(100)

## STATENS HELSETILSYNS VEILEDNINGSSERIE

1-1994	Godkjenning som lege i Norge.....	IK-2447	(100)
2-1994	Målemetoder for inneklimateparametre.....	IK-2462	(100)
1-1995	Sped- og småbarnsernæring.....	IK-2475	(100)
2-1995	Behandling av saker om tillatelse til bruk av avløpsslam.....	IK-2481	(100)
5-1995	Veileder i svangerskapsomsorg for kommunehelsetjenesten.....	IK-2492	(100)
6-1995	Norsk vassforsyning, fylkesleganes tilsyn med kommunane.....	IK-2477	(100)
7-1995	Vondt i ryggen? Hva er det? Hva gjør vi?.....	IK-2508	(100)
8-1995	Retningslinjer for håndtering av cytostatika utenfor sykehus.....	IK-2520	(100)
1-1996	Retningslinjer for GMP i blodbanker.....	IK-2527	(100)
2-1996	Taushetsplikts betydning for samarbeidet mellom medisinsk nødmeldtjeneste og andre nødetater.....	IK-2531	(100)
4-1996	Veileder i rehabilitering av slagrammede.....	IK-2542	(100)
5-1996	Opplæringshefte ICD-10.....	IK-2549	(100)
1-1997	Retningslinjer for håndtering av antimikrobielle midler i helsevesenet.....	IK-2568	(100)
2-1997	Veiledning for utfylling av helseattest for førerkort m.v.....	IK-2562	(100)
1-1998	Veileder i habilitering av barn og unge.....	IK-2614	(100)
2-1998	Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten - barn og unge 0- 20 år.....	IK-2617	(100)
3-1998	Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.....	IK-2619	(100)
4-1998	Behandling av ryggmargsskade i Norge.....	IK-2620	(100)
1-1999	Tenner for livet - Helsefremmende og forebyggende arbeid.....	IK-2659	(100)
2-1999	Veiledning i journalføring i helsestasjons- og skolehelsetjenesten..	IK-2700	(100)
2-2000	Habilitering og rehabilitering av mennesker med lungesykdommer..	IK-2710	(100)

## STATENS HELSETILSYNS SKRIFTSERIE

2-1994	Helsefremmende tiltak i kommunene.....	IK-2471	(100)
1-1995	Sykepleietjenester i kommunene.....	IK-2498	(100)
2-1995	Den fylkeskommunale habiliteringstjenesten - 3 år etter HVPU-reformen.....	IK-2502	(100)
3-1995	Støtte til egen mestring - en veileder om organisering av sosial støtte i lokalsamfunnet, basert på erfaringer fra samarbeids- prosjektet Sorg og Omsorg.....	IK-2507	(100)
1-1996	Bærumsmodellen 1984-1994.....	IK-2524	(100)
1-1997	Retningslinjer for transfusjonstjenesten.....	IK-2590	(100)
1-1998	The Bærum Model 1984-1994.....	IK-2624	(100)
1-1999	Du bestemmer – en annerledes helseveiledning .....	IK-2702	(100)
1-2000	Retningslinjer for helseundersøkelse av yrkesdykkere .....	IK-2708	(100)

## Samling av lover, forskrifter og rundskriv

Det psykiske helsevern - Samling av relevante lover, forskrifter og lover.....	IK-2607	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i tannhelsetjenesten - Samling av relevante lover, forskrifter og rundskriv.....	IK-2608	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i sykehus - samling av relevante lover, forskrifter og rundskriv.....	IK-2609	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i kommunehelsetjenesten - Samling av relevante lover, forskrifter og lover.....	IK-2610	(60)

Alle prisene er oppgitt med forbehold om endringer uten forutgående varsel.



Dette heftet beskriver trinn for trinn hvordan oppfølgingen av brukere i målgruppen bør planlegges, gjennomføres og evalueres for å sikre at tilbudet samsvarer med deres mest sentrale behov.

Modellen for oppfølgingen er basert på prinsipper om brukermedvirkning og kontinuitet i tilbudet. Den er utviklet og utprøvd gjennom en serie forsøk i kommuner og psykiatriske poliklinikker.

Målgruppen for heftet er medarbeidere i første- og andrelinjetjenesten som har oppfølgingsansvar for brukerne. Heftet retter seg også mot brukerne og deres pårørende.



## Statens helsetilsyn

Trykksaksbestilling:

Tlf.: 22 24 88 86 Faks: 22 24 95 90

E-post: trykksak@helsetilsynet.dep.telemax.no

Internett: <http://www.helsetilsynet.no>

