



2016

Sentrale elementer i læringsnettverket for gode pasientforløp ved psykiske problemer og rus

Notat om kvalitetsutvikling nr. 3

Utgiver Folkehelseinstituttet
avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet i Kunnskapssenteret

Tittel Sentrale elementer i læringsnettverket for gode pasientforløp ved psykiske problemer og rus. Notat om kvalitetsutvikling nr. 3

English title Key elements in the collaborative network Good care pathways for people with mental illness and/or substance misuse

Ansvarlig Camilla Stoltenberg, direktør

Forfattere Toril Bakke, seniorrådgiver, *Folkehelseinstituttet*
Michael de Vibe, seniorrådgiver, *Folkehelseinstituttet*
Anders Vege, seksjonsleder, *Folkehelseinstituttet*

ISBN 978-82-8082-704-3

Publikasjonstype Notat

Antall sider 47 (inklusiv vedlegg)

Emneord(MeSH) Læringsnettverk, kvalitetsforbedring, recovery, samhandling, brukermedvirkning, pasientens helsetjeneste, pasientforløp

Sitering Bakke T, de Vibe M, Vege A. Sentrale elementer i læringsnettverket for gode pasientforløp ved psykiske problemer og rus. Notat om kvalitetsutvikling nr. 3. [Key elements in the collaborative network Good care pathways for people with mental illness and/or substance misuse] Notat. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2016

Sammendrag

Bakgrunn

Hensikten med notatet er å beskrive sentrale elementer i planlegging og gjennomføring av læringsnettverket Gode pasientforløp i kommunene og dokumentere veivalg som er gjort underveis.

Læringsnettverk ble valgt som metode fordi KS og Kunnskapscenteret har erfaring med slike nettverk. I tillegg viser oppsummering av forskning og erfaring at læringsnettverk kan ha en positiv effekt på kvalitetsforbedring. Forbedringstiltak der brukere og/eller pårørende har vært med vurderes som særlig vellykkede. Læringsnettverk er en metode som brukes både på lokalt og nasjonalt nivå. Det er dokumentert et stort behov for mer forskning på hvordan deltakelse i læringsnettverk påvirker kvaliteten på tjenestene.

Valg av pasientforløp henger sammen med dokumentasjon som tilsier at manglende samhandling er en av de viktigste utfordringene for koordinerte tjenester til mennesker med rusproblemer og psykiske lidelser. Gode pasientforløp er et ledd i arbeidet med å oppnå målene i samhandlingsreformen og primærhelsemeldingen, blant annet at pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig der de bor.

Planlegging og gjennomføring

Visjonen for læringsnettverket har vært å skape en retningsendring i tjenestene fra å spørre: «Hva er i veien med deg?», til: «Hva er viktig for deg?». Sammen med målene har dette vært den røde tråden i begge fasene. Recovery ble lagt til grunn som faglig perspektiv. Begrepet blir brukt på ulike måter; både som en modell, et erfaringsbasert kunnskapsfelt, en filosofi og et paradigme. Som begrep har det en lang historie blant annet med røtter i menneskerettighetene. Brukerorganisasjonene har hatt stor påvirkning på utvikling av innholdet. Tenkningen understøtter visjonen i satsingen og anbefales i veilederen «Sammen om mestring».

I planleggingsfasen beskrives blant annet organisering og rådslag med brukerorganisasjoner og fagmiljø. I gjennomføringsfasen beskrives blant annet utvikling av program for samlingene og gjennomføring av disse.

Hovedmålene for læringsnettverket ble utviklet i et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Helsedirektoratet (Hdir), Kommunesektorens organisasjon (KS) og Kunnskapssenteret i forkant av læringsnettverket. I tillegg til disse overordnede målene har kommunene laget egne mål for arbeidet. Prosjektgruppen ønsket å tilby kommunene måleverktøy i utviklingen av gode pasientforløp. Det ble derfor laget en egen verktøykasse. Hensikten er å sikre at tiltak som iverksettes tar utgangspunkt i aktiviteter som er viktige for brukerne. Ettersom samhandling er et viktig element i pasientforløp ble det også utviklet et verktøy som kommunene kunne bruke til å kartlegge sentrale aktører, både for den enkelte bruker og for kommunene.

Diskusjon

De økonomiske rammene som var lagt av HOD/Hdir har påvirket organiseringen av læringsnettverket. Det samme har den kunnskapen som KS og Kunnskapssenteret hadde om læringsnettverk fra før. Med dette utgangspunktet har prosjektgruppen tatt valg i forhold til sentrale elementer i læringsnettverket. Det var ikke gjennomført noen formell evaluering av læringsnettverket på det tidspunktet dette notatet ble laget. Synspunktene som fremkommer i diskusjonen står derfor for forfatternes regning:

- Er antall samlinger for få, for mange eller tilstrekkelig for å nå målene? Gitt rammene for prosjektet – at læringsnettverkene skulle avsluttes innen 2015, var det mulig å få til fire samlinger. Det ga teamene tid til å jobbe med pasientforløpene mellom samlingene, samtidig som samlingene med forberedelsespakker ga rom til å vurdere eget arbeid på en systematisk måte.
- Gikk det for lang tid – åtte måneder, fra det første møtet i prosjektgruppen til den første samlingen ble gjennomført i læringsnettverk 1? Flere forhold tilsier at planleggingen måtte ta tid – både forhold ved prosjektgruppen, hvor deltakerne ikke kjente hverandre fra før, og forhold i kommunene. Dette gjaldt blant annet forankring av deltakelse i læringsnettverk i faglig og politisk ledelse. Erfaring tilsier at dette er prosesser som både må og vil ta tid.
- Forberedelsespakker med oppgaver som kommunene skulle gjennomføre mellom samlingene: Var disse til hjelp for kommunene til å nå sine mål? Noen hadde jobbet systematisk med oppgavene, mens andre ikke hadde hatt tid til å gjøre noen. Tilbakemeldinger viste at forberedelsespakkene både ble opplevd som en positiv støtte, men også som et press som ga dårlig samvittighet hvis de ikke hadde fått tid til å gjøre oppgavene.
- Målet for samlingene var å ha korte inspirerende foredrag, tid til at kommunene kunne jobbe sammen og tid til erfaringsutveksling. Fikk vi til det? En oppsummering viser at vi var nærmest målet på samling 1 med hele 5,5 timer til gruppearbeid. På samling 2 og 3 sank tiden som var beregnet til disse aktivitetene.
- Ble kommunene fulgt opp tilstrekkelig mellom samlingene? Deltakerne i prosjektgruppen fikk individuelle henvendelser fra enkeltkommuner om bistand

underveis. Men henvendelsene var relativt få. Erfaringer fra andre nettverk viser at deltakerne har behov for veiledning, men at det ikke alltid er lett å be om hjelp. I planleggingen av et læringsnettverk er det viktig å vurdere hvordan oppfølging av deltakerne skal gjennomføres.

- Har deltakelse i læringsnettverket ført til gode/bedre pasientforløp i kommunene? Ettersom det ikke er gjennomført noen evaluering av effekten av arbeidet på tjenestene, er det ikke mulig på det nåværende tidspunkt å gi et svar på dette. Men vi vet noe: Flere kommuner har gjennomført forbedringstiltak, og planlagt nye. Noen kommuner jobber med å «åpne dører» mellom tjenestene i kommunene og til andre samarbeidspartnere. Andre igjen har fått ideer til brukerstyrte tiltak, hvordan de kan jobbe sammen med brukerorganisasjonene, og hvordan de kan bli bedre på brukermedvirkning. En kommune har ansatt en erfaringskonsulent, og flere beskriver hvordan visjonen sammen med recovery-tenkningen har gitt økt bevissthet om holdninger som de ønsker å formidle i arbeidet sitt.

Oppsummering og anbefalinger

Visjonen og det faglige perspektivet har ført til økt oppmerksomhet på det å fremme en ny og aktiv brukerrolle. Valget av rådslag før oppstart og innlemming av brukerorganisasjoner i prosjektgruppen har bidratt til dette både i planlegging og gjennomføring av nettverkene. Brukerne og deres organisasjoner er en ressurs som med fordel kan trekkes inn i andre læringsnettverk.

Ettersom læringsnettverk brukes både i nasjonale og lokale satsinger for å forbedre ulike områder i helsetjenesten, er det av stor betydning å finne ut om metoden faktisk fører til oppnåelse av målene som settes. Det anbefales derfor å legge inn midler til følgeforskning allerede når nye læringsnettverk blir planlagt.

Innhold

SAMMENDRAG	3
Bakgrunn	3
Planlegging og gjennomføring	3
Diskusjon	4
Oppsummering og anbefalinger	5
INNHold	6
FORORD	8
INNLEDNING	9
Bakgrunn	9
Hensikt	9
Læringsnettverk	9
Pasientforløp	10
Situasjonen i kommunene	11
En ny og aktiv bruker/pasientrolle	11
Visjon	11
Økonomiske forhold	12
PLANLEGGING OG GJENNOMFØRING	13
Målene for læringsnettverket	13
Valg av metoder og verktøy	15
Verktøykassen – Hva er viktig for deg?	15
Aktørkartlegging	16
Modell for kvalitetsforbedring	16
Faglig perspektiv	16
Recovery	17
Kunnskapsbasert praksis	17
Veilederen «Sammen om mestring»	18
Planleggingsfasen	18
Organisering	18

Oversikt over læringsnettverket	18
Invitasjon	20
Utviklingen av til sammen fem læringsnettverk	20
Forberedelsespakke 1	20
Rådslag med fagmiljø og brukerorganisasjoner	20
Gjennomføring	23
Samlingene	23
Kontakt med teamene mellom samlingene	25
Forberedelsespakke 2 og 3	25
Praktiske forhold	25
Evaluering av effekten av læringsnettverkene	26
Etiske problemstillinger	26
DISKUSJON	27
Visjonen	29
Målene	29
Pasientforløp	30
Faglig perspektiv	30
Ny og aktiv brukerrolle	30
OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER	31
Videre forskning	31
VEDLEGG 1 VERKTØYKASSEN	32
VEDLEGG 2 BRUKSANVISNING VERKTØYKASSE	36
VEDLEGG 3 SKJEMA FOR AKTØRKARTLEGGING, MED EKSEMPEL	38
VEDLEGG 4 INVITASJON TIL LÆRINGSNETTVERK	40
VEDLEGG 5 SØKNADSSKJEMA	42
REFERANSER	44

Forord

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Helsedirektoratet (Hdir), Kommunesektorens organisasjon (KS) og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) besluttet i 2013 å gjennomføre nasjonale læringsnettverk for utvikling av gode pasientforløp. Målgrupper: Eldre og kronisk syke – delprosjekt A, og voksne med psykisk helse- og/eller rusproblemer (ROP) – delprosjekt B. Hovedfokus for læringsnettverkene er kommunenes helse- og omsorgstjeneste og deres samarbeidspartnere. KS er prosjekteier for begge prosjektene.

Hensikten med dette notatet er å beskrive sentrale elementer i planleggingen og gjennomføringen av fem læringsnettverk i delprosjekt B. Læringsnettverkene ble gjennomført med samlinger i Oslo (to nettverk), Stavanger, Tromsø og på Værnes. Notatet inngår i en serie som utgis i tråd med målsetningen: Økt kunnskap om hva som skal til for at forbedringstiltak gir varige resultater.

I tillegg til dette notatet, har KS utarbeidet en rapport om læringsnettverket som er lagt ut på prosjektets hjemmeside: <http://www.ks.no/fagomrader/helse-og-velferd/laringsnettverk/psykisk-helse-og-rus/> Denne rapporten utdyper blant annet kommunenes mål og arbeid med pasientforløpene. Deler av teksten i det foreliggende notatet er også tatt inn i KS-rapporten.

Kunnskapssenteret vil takke prosjektgruppen for et lærerikt samarbeid gjennom nesten to år:

- Prosjektleder Pernille Næss, KS
- Nestleder Linda Øye, Mental Helse
- Rådgiver Erik Torjussen, A-larm
- Faglig rådgiver Gretha Helen Evensen, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid
- Seniorrådgiver Tom Runar Bergane, Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

Anne Karin Lindahl
Avdelingsdirektør

Anders Vege
Seksjonsleder

Toril Bakke
Intern prosjektleder

Innledning

Bakgrunn

Hensikt

Hensikten med notatet er å beskrive sentrale elementer i læringsnettverket Gode pasientforløp i kommunene, og viktige veivalg som er gjort underveis. Planleggingen og gjennomføringen bygger på forskning og erfaring om suksessfaktorer som må til for å lykkes med læringsnettverk (1-3).

Læringsnettverk

Læringsnettverk er et begrep som benyttes om mange ulike former for felles kompetanseutvikling på tvers av profesjoner og organisasjoner. Kjentegn for å kunne kalle noe for et læringsnettverk er blant annet (1-3): Deltakerne har et felles område de ønsker å forbedre, og samlinger legger et grunnlag for å dele ideer, stille spørsmål, inspirere og lære av hverandre. Deltakerne utvikler en felles faglig plattform gjennom foredrag om relevante tema, lærer å bruke ulike former for forbedringsverktøy, og jobber systematisk mellom samlingene med å forbedre det valgte området (1, 4).

Læringsnettverk ble valgt som metode fordi KS og Kunnskapssenteret har erfaring med å drive slike nettverk. I tillegg viser oppsummering av forskning og erfaring at læringsnettverk kan ha en positiv effekt på kvalitetsforbedring (1, 2, 4, 5). Oppsummeringer viser også til noen suksesskriterier som må ivaretas hvis læringsnettverk skal bidra til kvalitetsforbedring; leder- og medarbeiderforankring, en organisjonskultur som fremmer forbedringsarbeid og tilgang til data om egne tjenester (1, 2).

Erfaring viser at mange deltakere opplever faglig og organisatorisk utvikling, og at deltakelse i læringsnettverk skaper grobunn for økt samhandling med andre organisasjoner (1, 2). En rapport fra 2013 viser at tiltak der brukere og/eller pårørende har vært med vurderes som særlig vellykkede (2). Det anbefales derfor at brukerne og deres organisasjoner med fordel kan trekkes inn i planlegging og evaluering av nettverksaktivitetene (2).

Læringsnettverk er en metode som brukes både på lokalt og nasjonalt nivå til kvalitetsforbedring. Samtidig som det er enighet om noen kjennetegn og suksesskriterier, er det også dokumentert et stort behov for mer forskning på hvordan deltakelse i læringsnettverk påvirker kvaliteten på tjenestene (1, 2, 5-8).

På bakgrunn av en rapport fra 2011 utviklet Kunnskapssenteret en elektronisk håndbok som inneholder svar på sentrale spørsmål om læringsnettverk. Den inneholder også sjekklister med konkrete oppgaver som bør gjennomføres (1). Lenke til håndboken (9): <http://www.kunnskapssenteret.no/kvalitet-og-pasientsikkerhet/kvalitetsforbedring/handbok-i-laeringsnettverk>

Pasientforløp

Deltakelse i læringsnettverk krever tid, økonomiske og personellmessige ressurser. Det valgte området bør derfor være av stor betydning for mange pasienter. Valg av område i prosjektet Gode pasientforløp i kommunene henger sammen med dokumentasjon som tilsier at manglende samhandling er en av de viktigste årsakene til at syke eldre, mennesker med kroniske sykdommer, rusproblemer og psykiske lidelser ikke får et helhetlig og koordinert tilbud i dagens helse-Norge (10). Gode pasientforløp er et ledd i arbeidet med å oppnå målene i samhandlingsreformen og primærhelsemeldingen, blant annet at pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig der de bor (10, 11). Forløpene kan utvikles innad i et sykehus, innad i en kommune og/eller mellom sykehus og kommuner, samt inkludere andre sektorer/tjenester som er viktige for de aktuelle brukergruppene. I Norge brukes uttrykkene «pasientforløp» og «behandlingslinje» om hverandre, og defineres på ulike måter (12).

En studie av ansvarsfordeling og gråsoner mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for mennesker med ROP-problematikk viser at det fortsatt finnes hindringer for gode pasientforløp. Dette gjelder blant annet kompleksiteten i organiseringen og manglende samhandling både innad og mellom tjenestene (13, 14). Faktorer som bidrar til gode pasientforløp er tydelig ansvarsfordeling, god dialog mellom ulike tjenester og gjensidig respekt mellom nivåene (13, 14). Gode pasientforløp er blant annet kjennetegnet ved at tjenestene tar utgangspunkt i brukerens mål for eget liv (11).

Når det gjelder begrepet «pasientforløp» i dette læringsnettverket har prosjektledelsen valgt å ikke legge en spesifikk definisjon til grunn. Årsaken er blant annet at eksisterende definisjoner ofte har sitt utgangspunkt i spesialisthelsetjenesten, er standardiserte, og retter seg mot én spesifikk diagnose (15, 16). Helsetjenesten i kommunen yter ofte tjenester til pasienter med flere diagnoser og sammensatte problemområder, og derfor blir pasientforløp rettet mot én spesifikk diagnose lite meningsfylt (17). Teamene som deltar i læringsnettverket har blitt oppfordret til selv å definere hva som er et godt pasientforløp i egen kommune ut ifra hvilke behov brukerne har.

Situasjonen i kommunene

Situasjonen i kommunene er en viktig kontekst når det gjelder utviklingen av pasientforløp. I samhandlingsreformen er det et overordnet mål at pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig der de bor. Når det gjelder mennesker med ROP-lidelser er det store variasjoner i tilbudet. Det er organisert på mange ulike måter som ikke alltid er lett for brukeren å finne ut av (13).

En rapport fra 2014 konkluderer med at det største potensialet for forbedring sannsynligvis ligger i at pasientene får tjenester fra spesialisthelsetjenesten og kommunene samtidig (18). Betydningen av samtidighet i tjenestetilbudet understrekes også i nasjonale retningslinjer og veiledere (14, 19, 20).

En ny og aktiv bruker/pasientrolle

Gjennom lov- og avtaleverk, retningslinjer og veiledere sender myndighetene ut styringssignaler til helsetjenesten (11, 21). Et tydelig styringssignal er målet om å skape en ny og aktiv bruker-/pasientrolle (10, 11, 22, 23). Dette er blant annet et kjerneelement i «pasientens helsetjeneste», et begrep som ble lansert i 2012 (24). Helseministeren stilte da følgende spørsmål: Hvis pasienten fikk bestemme – hvordan ville vi organisert og styrt arbeidet da? Spørsmålet besvarer han blant annet med at vi må involvere brukerne i større grad enn i dag (24). Økt brukermedvirkning, både i behandling og i forbedring av tjenestene, har vært et overordnet mål i en lang periode og er blant annet hjemlet i lovverket (25-27).

En evalueringsrapport av status i samhandlingsreformen fra 2014 viser at det fortsatt er et stort forbedringspotensial når det gjelder det å oppnå en ny pasient- og brukerrolle i norsk helsetjeneste. Reformen har rettet oppmerksomheten mot prinsippet om at all pasient- og brukerbehandling skal ha til hensikt å understøtte mestring av egen helse (28). Det å bidra til en ny og aktiv bruker-/pasientrolle har vært sentralt i både planleggingen og gjennomføringen av læringsnettverkene.

Visjon

I læringsnettverk skal flere organisasjoner/avdelinger jobbe sammen på et felles område. Som ledd i arbeidet med å skape en fellesskapsfølelse kan det være nyttig å ha en samlende visjon. Inspirasjonen til visjon for satsingen Gode pasientforløp kom på en internasjonal kvalitetskonferanse i 2013. President Maureen Bisognano fra Institute for Healthcare Improvements (IHI) holdt åpningsforedraget hvor hun utfordret helsepersonell til å endre spørsmål fra: «What's the matter with you?», til: «What matters to you?». Dette budskapet understøtter holdninger og handlinger knyttet til uttrykket «pasientens helsetjeneste». Gjennom å vinkle spørsmålet på denne måten, vil helsepersonell lettere få tilgang til brukernes opplevelse av å leve med en sykdom eller lidelse. Dermed kan tjenestene rettes direkte mot det brukerne har behov for (11). Flere undersøkelser viser at det er andre tema og områder som er viktige for

brukerne enn det de ansatte tror, og derfor er det viktig å spørre (29) (30). Dette gjelder også satsingen Gode pasientforløp: Enkeltbrukere og brukerorganisasjoner vil sannsynligvis ha velbegrunnede oppfatninger av hvor skoen trykker, og disse synspunktene må kommunene ivareta i utformingen av pasientforløpene.

Retningsendringen betyr ikke at fagpersoner skal se bort fra egen fagkompetanse, men at tjenestene i større grad skal rette seg mot det som er viktig for brukeren (31). Eksempler fra praksis har vist at det kan gjøre andre tiltak som rutinemessig igangsettes overflødige (31, 32).

Økonomiske forhold

KS som prosjekteier har fått tildelt en økonomisk ramme fra HOD til gjennomføring av læringsnettverkene.

Planlegging og gjennomføring

Mange forhold påvirker planlegging og gjennomføring av et læringsnettverk og må tas hensyn til. Dette gjelder blant annet visjonen, målene, området som skal forbedres, behovet for verktøy og metoder, og eventuelt valg av faglig perspektiv. I tillegg er det av stor betydning at organisasjonene som inngår i nettverket legger forholdene til rette for sine deltakere, slik at det blir mulig å jobbe strukturert med forbedringsområdet mellom samlingene (1, 2, 9).

Målene for læringsnettverket

Målene for læringsnettverket ble utviklet i et samarbeid mellom HOD, Hdir, KS og Kunnskapscenteret. Både sentrale føringer i samhandlingsreformen og lokale utfordringer i kommunene har påvirket utformingen av målene:

- Utvikle helhetlige bruker-/pasientforløp i kommunene
- Ta i bruk og utvikle relevante verktøy og metoder til bruk i kommunenes arbeid med helhetlige pasientforløp
- Riktig bruk av sykehusinnleggelse for personer med psykiske vansker og/eller rusrelaterte problemer
- Styrke brukerens opplevelse av mestring
- Styrke brukerens rolle i forbedring av bruker-/pasientforløp
- Styrke forbedringskompetansen hos ledere og medarbeidere

I tillegg til disse overordnede målene har kommunene utviklet egne mål. Prosjektledelsen har understreket betydningen av at målene så langt det er mulig er SMARTE, dvs. spesifikke, målbare, ansporende, realistiske og at det er enighet om dem (33).

Tabellen viser en oppsummering av kommunenes mål. Relativt likelydende mål er slått sammen av forfatteren. Noen kommuner har et mål, andre har flere. Tabellen viser også antall kommuner som har de forskjellige målene:

Mål	Antall kommuner
Bedre kommunikasjon og samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten og innad i kommunene – blant annet mellom psykisk helse og rus.	9 kommuner
Felles behandlingslinje for flere kommuner.	9 kommuner

Samle informasjon om hva som finnes av tilbud/tjenester i kommunen. Legge informasjonen ut på nettet eller lage brosjyre.	8 kommuner
Avklare målsetting med hver enkelt bruker. Spørre: Hva er viktig for deg?	8 kommuner
Bedre arbeidet med individuell plan og se på innholdet i koordinatorrollen.	7 kommuner
Åpne nytt lavterskel-/aktivitetstilbud.	7 kommuner
Personer med rusavhengighet og/eller alvorlige psykiske lidelser opplever kommunen som tilgjengelig, tydelig og tverrfaglig når det gjelder tilbud.	6 kommuner
Gjennomføre en spørreundersøkelse blant alle brukerne. Den skal danne grunnlag for målformuleringer og resten av arbeidet i forbedringsteamet. Hva har vi som er bra og som vi kan bygge videre på?	5 kommuner
Velge ut og ta i bruk et måleverktøy for å finne ut om brukerne opplever tjenestene som nyttige.	4 kommuner
Tre kommuner ønsker å ha felles mål og diskuterer fortsatt dette.	3 kommuner
Brukerne skal ha full råderett over tiltak.	3 kommuner
Bli bedre på brukermedvirkning.	2 kommuner
Bedre pasientforløpene i samarbeid med bruker-miljøene.	2 kommuner
Lage en lederforankret utviklingsplan for de neste fire årene.	2 kommuner
NAV inviteres inn i forbedringsarbeidet.	2 kommuner
Bli bedre på pårønderarbeid.	2 kommuner
Satse mer på grupper enn på individuelle tiltak.	1 kommune
Brukerne får informasjon om de rettighetene som de har.	1 kommune
Implementere verktøy for å øke kvaliteten på samtale med brukerne.	1 kommune
Videreutvikle rusteamet: Lage retningslinjer for arbeidet.	1 kommune
Implementere recoverytenkning.	1 kommune
Etablere samhandlingsarena mellom rus og psykisk helsetjeneste.	1 kommune
Lage Smarte mål i en workshop.	1 kommune
Få opp interessen for å etablere lokale brukerorganisasjoner i kommunen.	1 kommune
Bolig, aktivitets- og nettverksarbeid står frem som de viktigste utfordringene de ønsker å gjøre noe med.	1 kommune

Økt fysisk aktivitet.	1 kommune
Alle brukere skal få tilbud hos time med psykiater/psykolog.	1 kommune
Invitere inn frivillige organisasjoner til å bidra.	1 kommune

Valg av metoder og verktøy

Verktøykassen – Hva er viktig for deg?

Tilgang til data om egne tjenester er ett av flere suksesskriterier dersom læringsnettverk skal bidra til kvalitetsforbedring. Dette har vært et viktig tema i læringsnettverket. I veilederen «Sammen om mestring» presiseres det at kun brukeren kan bedømme om tjenesten fungerer tilfredsstillende (19). Prosjektgruppen ønsket å tilby kommunene et evaluerings-/måleverktøy i utviklingen av gode pasientforløp. Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) var ett av de måleverktøyene som prosjektgruppen kjente til på forhånd (34). KOR ble vurdert som nyttig for kommunenes arbeid og ble presentert på samlingene ved flere anledninger. Kommunene fikk også tilbud om å delta på et dagskurs i KS-regi for å lære grunnprinsippene i KOR våren 2015.

I tillegg til KOR ble evaluerings-/måleverktøyene som presenteres i rapporten «Recoveryorienterte praksiser» gjennomgått og vurdert (35). Ingen av disse verktøyene passet til de definerte målene for ROP-satsingen.

På samme tid som vi vurderte relevante evaluerings-/måleverktøy, jobbet prosjektgruppen i læringsnettverket for eldre og kronisk syke med det samme. De valgte til slutt å bruke det validerte kartleggingsverktøyet The Patient-Specific Functional Scale (PSFS) (36). Dette verktøyet ble også lagt til grunn for utviklingen av den verktøykassen som KS og Kunnskapscenteret utviklet for ROP-satsingen.

Hensikten med verktøykassen er å sikre at tiltak som iverksettes tar utgangspunkt i aktiviteter som er viktige for brukerne. Ved hjelp av verktøyene vil tjenestene få en indikasjon på om brukeren opplever tjenestene de mottar som nyttige. Verktøyene skal brukes i et recoveryperspektiv, dvs. med vektlegging på håp og mestring. I verktøykassen ligger det fire verktøy, og alle presenteres nærmere i vedlegg 1:

1. *Samtalehjulet* kan hjelpe brukeren til å komme frem til områder/aktiviteter som er viktig for vedkommende, og hvor de ønsker hjelp. Brukeren bestemmer selv hvilke aktiviteter som skal prioriteres.
2. Områder/aktiviteter som brukerne ønsker hjelp til skrives inn i *Hva er viktig for meg-skjemaet*.
3. Deretter planlegges tiltak som beskrives i en *plan* sammen med en oversikt over hvem som har ansvar for å gjennomføre tiltakene. Hvis brukeren har en

individuell plan anbefales det å bruke denne. Hvis ikke kan en tiltaksplan gjøre nytten.

4. *Sjekkliste for samhandling* inneholder tiltak som forskning og erfaring har vist er viktig for å oppnå et koordinert tjenestetilbud. De forhåndsdefinerte tiltakene kan byttes ut med tiltak som forbedringsteamet mener er viktig for å nå kommunens egne mål med pasientforløpene.

Ved å knytte en poengsum til to av verktøyene (Hva er viktig for meg-skjemaet og sjekklisten) gjøres de om til et måleverktøy. En bruksanvisning på hvordan dette kan gjøres er vedlagt. Se vedlegg 2. Kommunene kan velge å bruke de fire verktøyene sammen, eller kombinere dem med egne verktøy som allerede er tatt i bruk.

Aktørkartlegging

Samhandling står sentralt i utvikling av gode pasientforløp. Vi trenger derfor et verktøy som kunne brukes til å kartlegge sentrale aktører både for den enkelte bruker og for kommunene. Det ble derfor utviklet et verktøy på bakgrunn av målgruppe og interessentanalyse-modellen til Grunig og Hunt, og Ihlen og Robstads Tistegsmodell for strategisk kommunikasjon og samfunnskontakt (37). Hensikten er å få oversikt over alle aktører som brukeren/tjenesten er berørt av, relasjonen til de ulike aktørene, og hvilken betydning de har. Vedlegg 3.

Modell for kvalitetsforbedring

Forbedringsmetoder og verktøy er et sentralt element i læringsnettverkene. For å bidra til at kommunene jobber systematisk med å utvikle gode pasientforløp, har prosjektgruppen introdusert modell for kvalitetsforbedring (33). Den består av fem faser og en konkret beskrivelse av hvordan man kan gå frem for å oppnå forbedringer i tjenestene, uavhengig av tema/område. Dette er én modell å jobbe ut ifra for å sikre systematikk i arbeidet. De kommunene som allerede benytter andre verktøy for kvalitetsforbedring ble oppfordret til å fortsette å bruke dem. Det er f.eks. mange kommuner som bruker LEAN i forbedringsarbeidet.

Faglig perspektiv

Et kjennetegn ved læringsnettverk er at deltakerne utvikler en felles faglig plattform på det området som skal forbedres. Hovedfokuset i læringsnettverket er utvikling av gode pasientforløp – et tiltak på systemnivå. I tillegg har satsingen et individnivå, noe målet om å styrke brukerens opplevelse av mestring viser. I veilederen «Sammen om mestring» pekes det på recovery som et faglig perspektiv som er egnet for tjenestene i kommunen (19). Holdningene som er implisitt i recovery kan utøves uavhengig av behandlingssideologi (19).

Recovery

Begrepet «recovery» blir brukt på ulike måter; både som en modell, et erfaringsbasert kunnskapsfelt, en filosofi og et paradigme (35). Som begrep har det en lang historie blant annet med røtter i menneskerettighetene. Brukerorganisasjonene har hatt stor påvirkning på utvikling av innholdet (35, 38). En anerkjent definisjon fra 1993 presenteres fortsatt som en av de mest relevante i norske fagmiljøer (35, 39). Den beskriver recovery som en personlig prosess, en måte å leve livet på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra, på tross av begrensninger som de psykiske problemene representerer. Recovery handler om at brukerne opplever mening og får støtte i egne bedringsprosesser (35).

Både fordi tenkningsgrunnet i recovery understøtter visjonen til ROP-satsingen, og fordi veilederen anbefaler recovery, er denne tenkningen lagt til grunn for læringsnettverket (19). Med «lagt til grunn» menes det at recovery har blitt presentert på samlingene, holdningene som ligger implisitt i begrepet har blitt diskutert i teamene på samlingene, og andre tema som ble tatt opp har blitt relatert til dette begrepet.

Kunnskapsbasert praksis

Det har vært et mål at læringsnettverkene skal fremme kunnskapsbasert praksis. Dette betyr en vektlegging av både forskning, erfaring og brukerkunnskap/brukermedvirkning (33). Teamene fikk en kort introduksjon om kunnskapsbasert praksis på samling 1 i forbindelse med en forelesning om systematisk forbedringsarbeid.

Angående forskning har vi kontinuerlig vurdert behovet for søk etter nyere forskning på det som er hovedtema i læringsnettverket. Når det gjelder recovery visste vi allerede om rapporten «Recoveryorienterte praksiser» fra 2013, en systematisk kunnskapssammenstilling (35). Denne rapporten har blitt delt ut til alle deltakerne i nettverkene. Pasientforløp – et annet hovedtema i satsingen, anbefales utviklet i sentrale føringer for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester til brukerne (10, 11, 22, 23, 35). Med så sterke anbefalinger har vi ikke funnet det nødvendig å gjøre søk etter nyere forskning på dette området.

Den erfaringsbaserte kunnskapen ble ivaretatt ved at Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) og Nasjonalt Senter for erfaringskompetanse (www.erfaringskompetanse.no) var deltakere i prosjektgruppen. Brukerkunnskapen ble ivaretatt av representanter fra Mental Helse og A-larm i prosjektgruppen, brukere som deltar i kommunenes forbedringsteam og gjennom innspill fra brukerorganisasjoner på samlingene.

Veilederen «Sammen om mestring»

Veilederen «Sammen om mestring» gir anbefalinger som er nyttige for kommunene i utviklingen av pasientforløp (19). Disse anbefalingene understøtter både visjonen for satsingen, og recovery-perspektivet. På samlingene ble anbefalingene gjennomgått, og det ble vist til veilederen i diverse foredrag. Alle deltakerne fikk dessuten utdelt et eksemplar på den første samlingen.

Planleggingsfasen

Sentrale elementer i planleggingsfasen var blant annet organiseringen av læringsnettverket, og rådslagene med sentrale bruker- og fagmiljø i forkant.

Organisering

Styringsgruppe

Satsingen Gode pasientforløp i kommunene, delprosjekt A og B, har en felles styringsgruppe med deltakere fra HOD, KS, Hdir, Mental Helse, MS-forbundet og Kunnskapssenteret. Styringsgruppen bestemte tidlig at de to delprosjektene skulle ha tett kontakt gjennom hele perioden, blant annet for å fremstå koordinert og samordnet overfor kommunene. I praksis var det få felles møter mellom delprosjektene.

Prosjektgruppe

Det ble etablert en prosjektgruppe i januar 2014. Prosjekteier KS ledet gruppen. I planleggingsfasen – våren 2014, hadde prosjektgruppen møter ca. en gang per uke, og laget blant annet en oversikt over oppgaver og fordeling av ansvar.

Det var viktig så tidlig som mulig å forankre arbeidet i sentrale fagmiljøer og brukerorganisasjoner. En slik forankring ville både lette spredningen av informasjon om satsingen og sikre tilstrekkelig faglig tyngde i gjennomføringsfasen. I løpet av våren 2014 hadde prosjektgruppen flere møter med ulike fagmiljøer og brukerorganisasjoner. Etter hvert så vi betydningen av å trekke representanter fra noen av disse inn i prosjektgruppen. Mental Helse, A-larm, erfaringskompetanse.no og NAPHA ble invitert inn.

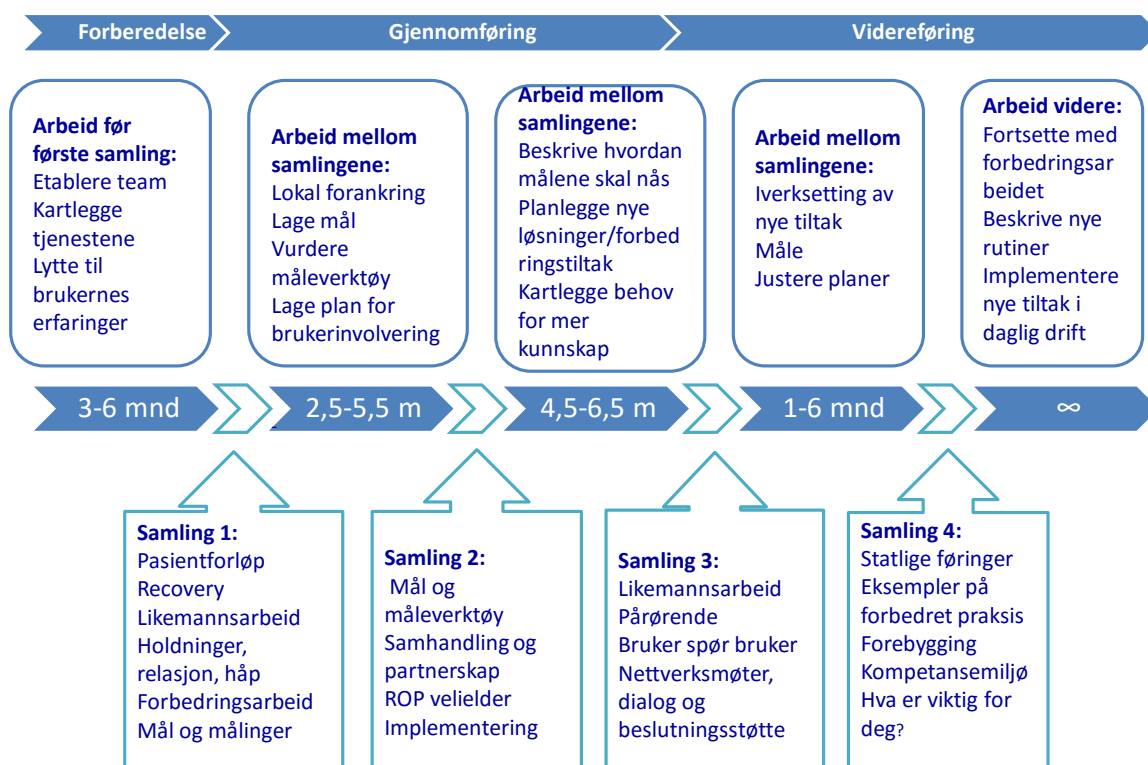
Oversikt over læringsnettverket

Det finnes ingen fasit for hvor mange samlinger et læringsnettverk skal bestå av, over hvor lang tid det skal gå eller hvor lang tid det skal være mellom samlingene. Mange forhold – blant annet økonomiske, faglige og personellmessige, spiller inn når det gjelder dette. Prosjektgruppen valgte å gjennomføre tre samlinger i hvert av de fem læringsnettverkene. I tillegg valgte vi å arrangere en felles konferanse –

«samling 4», i desember 2015 for alle de fem læringsnettverkene sammen med læringsnettverkene for barn/unge i ROP-satsingene. Alle samlingene har gått over to dager. Fra første møte i prosjektgruppen i januar 2014 til første samling i det første nettverket i september 2014, tok det åtte måneder. En føring fra Hdir var at læringsnettverkene skulle avsluttes i løpet av 2015.

Figur 1 viser en oversikt over fasene i læringsnettverket, og kortversjoner av arbeidet mellom og på samlingene. Videreføringsfasen er ikke beskrevet i dette notatet.

LN for gode pasientforløp for mennesker med psykiske helse- og/eller rusproblemer.



Figur 1 Faser i læringsnettverket med innhold på samlinger og i arbeidsperioder

Det viktigste arbeidet skjer mellom samlingene: Deltakerne i teamene jobber sammen med sine ledere, medarbeidere og brukere/brukerorganisasjoner med det området som er valgt til forbedring. Tidsperioden for læringsnettverket bør derfor være så lang at teamene får en reell mulighet til å gjennomgå alle fasene i forbedringsprosessen; forberede, planlegge, utføre, evaluere og følge opp.

Invitasjon

Invitasjonen til å delta i læringsnettverkene Gode pasientforløp ble sendt ut til alle kommuner i slutten av april 2014. Kommunegrupper som allerede samarbeidet, og som sognet til samme distriktpsykiatriske senter (DPS) eller ruspoliklinikk, ble oppfordret til å søke sammen. Invitasjonsbrevet og søknadsskjemaet om opptak ble sendt sammen (Vedlegg 4 og 5). At deltakerne har god informasjon på forhånd og er motivert er en viktig forutsetning for å nå målene i læringsnettverket (9). Både invitasjonen og søknadsskjema inneholdt derfor fyldig informasjon om elementer som inngår i nettverket. Kommunene skulle i påmeldingen beskrive forankringen i den administrative ledelsen og samarbeidet med DPS'er. Kommunene skulle også kort beskrive hvordan de planla å ivareta brukerrepresentasjon/brukerinvolvering.

Utviklingen av til sammen fem læringsnettverk

Hvor mange kommuner som til slutt kunne tas opp i læringsnettverket var blant annet begrenset av de økonomiske ressursene i prosjektet. Etter en del runder frem og tilbake var fem læringsnettverk som bestod av til sammen 61 kommuner på plass: Ett i nord med samling i Tromsø, ett i sør/vest med samling i Stavanger, to i øst med samling på Gardermoen og ett i Midt-Norge med samling på Værnes. Den første samlingen i det første nettverket (øst) ble avholdt 17. og 18. september 2014. Den siste felles samlingen for alle nettverkene ble avholdt 2. og 3. desember 2015.

Forberedelsespakke 1

For at teamene skal få benyttet tiden i læringsnettverket så effektivt som mulig, har Kunnskapssenteret og KS erfaring med å bruke forberedelsespakker. Disse pakkene inneholder oppgaver som teamene skal gjennomføre før hver enkelt samling. Forberedelsespakke 1 ble sendt til kommunene før den første samlingen. Oppgavene var:

- 1) etablering av forbedringsteamet
- 2) kartlegging av egne tjenester
- 3) lytte til de erfaringene brukerne har med tjenestene

For å få et inntrykk av hvordan brukerne opplever tjenestene, ble teamene bedt om å intervju minst to brukere med rusproblemer og/eller psykiske problemer om deres erfaringer.

Rådslag med fagmiljø og brukerorganisasjoner

I tråd med ønsket om forankring i sentrale fag- og brukermiljø og i kommuner og DPS, var det viktig å innhente disse miljøenes erfaringer med tjenestetilbudet og ønsker for fremtiden før vi startet læringsnettverkene. Det ble derfor avholdt to rådslag i 2014. Det første sammen med sentrale kompetansemiljø, kommuner og DPS. Deltakerne ble bedt om svare på følgende spørsmål:

Hva er et godt pasientforløp? Hva kjennetegner de gode tjenestene innenfor rus og psykisk helse?

Hvordan kan vi oppnå at tjenestene blir mer opptatt av: «Hva er viktig for deg», enn: «Hva er i veien med deg»?

Sentrale momenter i tilbakemeldingene fra rådslaget om spørsmål 1:

- Mangelfull innsats fra hjelpeapparatet på et *tidlig* tidspunkt gjør at det «tukler seg til» for mange brukere. Ofte mangler kriseplaner eller avtaler knyttet til perioder hvor brukers situasjon forverrer seg. Konsekvensene for brukeren og samfunnet er store.
- Begrepet «pasientforløp» passer ikke for målgruppene. Det kan være mer nyttig å tenke brukeren i sentrum, og alle aktørene/tjenestene organisert i et nettverk omkring brukeren. Disse aktørene går inn og ut av brukers liv avhengig av hvilke behov vedkommende har, og hvor han eller hun er i sin bedringsprosess.
- Avklaring av roller og ansvarsområder er viktig innenfor utvalget av tjenester: Hvem gjør hva når for/og/eller sammen med brukeren?
- Åpen brukerstyrt retur til spesialisthelsetjenesten, god veiledning og tett oppfølging av kommunene, samt å innse at alle har et ansvar for brukeren, uavhengig av oppholdssted, er viktig for å få til gode tjenester.
- Godt samarbeid på tvers må bygge på kjennskap og tillit mellom aktørene.
- Gode tjenester kjennetegnes av å være individtilpassede, kreative, tålmodige og utholdende. Mange brukere har mistillit til «psykiatrien» og negativ erfaring som kan medføre at de ikke vil ha hjelp selv om de trenger det.
- Pårørende/familien er svært viktig for mange brukere. Det er vanskelig å plassere disse inn i et pasientforløp.
- Viktige faktorer i brukers liv er arbeid og bolig. Dette lar seg også vanskelig passe inn i et pasientforløp. Brukers liv handler om mye mer enn behov for helsetjenester.

Sentrale moment i tilbakemeldingene på spørsmål 2:

- Brukerne vet ofte selv hva de trenger hjelp til, men trenger gode samtalepartnere for å greie å sette ord på det.
- Det er viktig å tenke på tjenesteytere som veiledere, ikke behandlere.
- Fagfeltet må «dyrke frem» de gode tjenestene sammen med brukerne, sette noen kommuner «til dyrking».
- Individuell plan og en koordinator med god relasjonskompetanse er nødvendig for å få frem «hva er viktig for deg».
- Kartlegging kan være smertefull. Vi må gi håp om endring/bedring, støtte mestringsstrategier og ta utgangspunkt i brukers interesser og det som gjør han/henne glad.

Det andre rådslaget ble avholdt sammen med Bruker-ROP i Hdir. Dette er et råd sammensatt av sentrale brukerorganisasjoner innen rus og psykisk helse. Å møte Bruker-ROP var viktig som ett av flere tiltak for å sikre brukermedvirkning gjennom hele nettverksperioden.

Innspill fra brukerne på spørsmål 1: Hva er et godt pasientforløp, og hva kjennetegner de gode tjenestene innenfor rus og psykisk helse?

- Det er viktig for brukerorganisasjonene at det er «en dør inn» til tjenestene.
- På rusfeltet er individuell plan svært nyttig. Det er dessverre motstand mot slike planer i tjenestene.
- Brukerne opplever at systemene ikke snakker sammen. Dette betyr blant annet at de må fortelle sin historie og bli kartlagt mange ganger. Dette er slitsomt og utmattende.
- Brukere opplever ofte at de blir overkjørt i ansvarsgrupper, derfor er det viktig at likemenn er med i gruppene.
- Helsepersonell trenger mer kunnskap om betydningen av likemannsarbeid fordi brukerne trenger noen som bryr seg på et menneskelig plan og kan være til støtte.
- Hjelpetiltak må være på brukernes premisser: Helsepersonell må spørre om hva som er viktig og lytte til svaret.
- Kommunene kan støtte brukerorganisasjonene ved å:
 - låne bort lokaler gratis til møter
 - anerkjenne og gi uttrykk for at de frivillige gjør er viktig jobb
 - etablere nettverk med frivillige organisasjoner, inngå langsiktig samarbeid og invitere på arrangementer og seminarer.
- Bemannet bolig er viktig for de brukerne som har størst behov for mestring av bosituasjonen.
- Viktig for pårørende at kommunene etablerer en pårørende telefon.
- Kommunene må følge med på sine innbyggere: Nå har vi en innbygger som er innlagt. Har hun/han egnet bolig å komme hjem til?
- Fastlege er en nøkkel, får du en god fastlege så har du «redda halve livet»!
- NAV er sentral – aktivitet, jobb, utdanning, støtte og mestring.
- Det er et stort behov for brukerstyrte tjenester, f.eks. brukerstyrt seng. Det finnes god dokumentasjon på effekten av slike tiltak, jf. Jæren DPS.
- Lage åpningstider etter virkeligheten: Brukere trenger ofte hjelp på ettermiddag/kveld/natt, da hjelpeapparatet er stengt.
- Helsestasjonen organiserer barselgrupper. Hvorfor gjøres ikke dette for andre behov, f.eks. hvordan få tilhørighet i «normale» grupper som kor og idrettslag.

Oppsummering av svarene på spørsmål 2: Hvordan kan vi oppnå at tjenestene blir mer opptatt av «hva er viktig for deg?» enn «hva er i veien med deg»?

- Holdningsendringen som ligger i visjonen er veldig bra.

- Brukerne ønsker å være skipper i eget liv, men trenger innimellom en los.
- Finansierings- og dokumentasjonssystemer styrer oppmerksomheten mot "hva feiler det deg". Denne utfordringen må satsingen møte.
- Spørre de pårørende hva de trenger for å kunne fortsette å stille opp for brukeren.
- Når man er avhengig av andre blir man veldig sårbar. Viktig å bygge opp gode relasjoner på bakgrunn av respekt.
- Viktig å spørre hvordan brukerne har forholdt seg til og løst kriser tidligere. Ofte greier brukerne å ordne opp selv, og personalet bør være interessert i å etterspørre hvilke mestringsstrategier de bruker.
- Individuell plan er et godt verktøy for å få til retningsendringen. La brukerne lage den selv og bestemme hvordan den skal se ut og hvordan det skal gjøres. Ikke bruk ferdig mal.
- Etterspørre brukernes tilfredshet med tjenestene og synliggjøre resultatet av spørreundersøkelser.
- La brukere vurdere hvordan samtalen/behandling/tilbudet har vært etter hver time.

Innspillene fra begge rådslagene ble brukt aktivt i den videre prosessen, blant annet i planleggingen av samlingene.

Gjennomføring

Sentrale elementer i gjennomføringen var blant annet samlingene og forberedelsespakkene.

Samlingene

Arbeidet som teamene gjør i egne kommuner mellom samlingene, og selve samlingene, er kjerneaktiviteter i et læringsnettverk. Under samlingene oppstår opplevelsen av fellesskap, og det er her deltakerne kan inspirere og lære av hverandre. Målet har hver gang vært å lage en god balanse mellom teoretiske forelesninger om relevante tema, tid til arbeid innad i teamene, og tid til å bli kjent med hverandres arbeid.

En av de viktigste oppgavene til de som skal drive et læringsnettverk er utvikling av program for samlingene. I satsingen Gode pasientforløp har dette vært en tidkrevende prosess, i all hovedsak styrt av målene for nettverkene. I tillegg er programmene påvirket av innspill fra rådslagene i forkant, tilbakemeldinger fra deltakerne etter samlingene og innspill fra deltakerne i prosjektgruppen underveis.

Figur 2 viser fordelingen av foredrag mellom eksterne foredragsholdere og foredrag holdt av deltakerne i prosjektgruppen, samt antall timer brukt på gruppearbeid og fremlegg i plenum.

Samling	Foredrag fra prosjektgruppen	Eksterne foredrag	Gruppearbeid og fremlegg i plenum
1	3 timer	3 ¾ timer	5 ½ timer
2	3 timer	2 ½ timer	3 ½ timer
3	2 ½ timer	3 ½ timer	3 timer
4	1 ¾ timer	4 ¼ timer	1 ¼ timer

Figur 2 Fordeling mellom foredrag og gruppearbeid på samlingene

Samling 1

På samling 1 var det lagt opp til en bred presentasjon av kommunene med utgangspunkt i forberedelsespakke 1. Dette ble gjort i plenum. En av brukerrepresentantene i prosjektgruppen intervjuet teamene og passet på at alle kom til orde. I tillegg fikk fag- og brukermiljøene i prosjektgruppen anledning til å presentere seg. For andre tema som ble tatt opp, se figur 1.

Samling 2

På samling 2 var det også lagt opp til at kommunene skulle presentere arbeidet som de hadde gjort siden forrige samling. Presentasjonen ble foretatt i plenum på samme måte som sist. I tillegg innførte prosjektgruppen parallellsesjoner. Noe av årsaken til dette var de mange relevante temaene: Det var et ønske om å ha med så mange som mulig uten at det gikk utover teamenes mulighet til å jobbe sammen og bli kjent med hverandre.

Samling 3

Før samling 3 ble kommunene oppfordret til å ta kontakt med prosjektleder hvis de ønsket mer tid til å presentere arbeidet sitt enn i plenumsrunden. Enkelte kommuner som vi visste var kommet langt i arbeidet, eller hadde gjort noe spesielt interessant, ble bedt om å legge det frem. Ut ifra tilbakemeldinger fra kommunene ble også

temaene pårørendearbeid og de vanskelige pasientforløpene satt på dagsorden. I tillegg var det avsatt tid til at kommunene skulle planlegge arbeidet sitt fremover.

Samling 4 - felles konferanse

Hensikten med samling 4 var å lage en felles avslutning for alle som hadde deltatt i læringsnettverkene Gode pasientforløp (voksne) og God samhandling (barn og unge). Samlingen markerte også starten på den viktige fortsettelsen på arbeidet i kommunene. 300 deltakere fra læringsnettverkene møtte opp for å høre om primærhelsetjenesten i et fremtidsperspektiv, Hva er viktig for deg – presentert av tre brukerrepresentanter, gode lokalbaserte tjenester, kommunenes rolle ved forebygging og avslutningsforedraget «De gode endringene skaper vi sammen».

Kontakt med teamene mellom samlingene

Erfaring fra tidligere nettverk viser at mange deltakere/team har behov for oppfølging (9). I Gode pasientforløp har det av ressursmessige hensyn ikke vært mulig å få til systematisk oppfølging av alle teamene. Men muligheten for oppfølging har alltid vært tilstede hvis teamene selv har tatt kontakt og etterspurt det. Alle deltakerne i prosjektgruppen har hatt kontakt med enkeltdeltakere og team, enten per telefon, eller ved å besøke kommunene.

Forberedelsespakke 2 og 3

Mellom samling 1 og 2, og 2 og 3, jobbet teamene med nye oppgaver og presenterte det de hadde gjort siden forrige samling. Oppgavene i forberedelsespakke 2 handlet om å lage en plan for forbedringsarbeidet og beskrive:

1. Hvordan de vil forankre forbedringsarbeidet?
2. Hvilke (konkrete) mål de har for forbedringsarbeidet?
3. Hvilke (måle)-verktøy de vil bruke for å kartlegge forbedringsarbeidet?
4. Hvilken plan de har for brukerinvolvering i forbedringsarbeidet?

Oppgavene i forberedelsespakke 3 handlet om at teamene skulle tenke fremover og beskrive:

1. Hvilke nye løsninger/forbedringstiltak de planlegger for å nå målet om gode pasientforløp?
2. Hvordan de vil gå frem for å jobbe med målene i praksis?
3. Kartlegge behov for mer kunnskap, og hva prosjektgruppen kan bidra med underveis og på samling 3.

Praktiske forhold

Det er mye praktisk arbeid i forbindelse med gjennomføringen av læringsnettverk. Ikke minst er det mye arbeid knyttet til det å arrangere samlinger. På grunn av manglende kapasitet i prosjektgruppen ble denne jobben satt ut til en profesjonell

konferansearrangør. I tillegg er det arbeidsoppgaver som kopiering av materiell til utdeling, kontakten med konferansearrangør og hotellet på forhånd og gjennom samlingene (mat, værelser, utstyr til forelesninger), samt blant annet sende innkalling til samlingene og sende ut kopi av lysbilder fra foredrag etterpå. KS valgte å ansette en egen person i deltid til å gjøre denne viktige jobben.

Evaluering av effekten av læringsnettverkene

Det har hele tiden vært et ønske fra prosjektledelsens side at effekten av læringsnettverkene på pasientforløpene i kommunene skulle måles/evalueres av et eksternt forskningsmiljø. Det har ikke vært ressurser til dette så langt, men vi fikk midler til en evaluering ved hjelp av BrukerSpørBruker (BSB) – en dialogbasert evalueringmetode (40). Målet med evalueringen har vært å få økt kunnskap om hvordan man kan legge til rette for god brukerinvolvering i læringsnettverkene og i kommunenes forbedringsarbeid (41). Hvilke faktorer fremmer, og hva hindrer eventuelt brukerinvolvering? Det ble gjennomført kvalitative intervjuer med tjenesteutøvere og brukerrepresentanter i seks ulike forbedringsteam i kommunene, og en elektronisk spørreundersøkelse til de resterende kommunene som tok del i læringsnettverket.

Evalueringen viser at brukerrepresentantene har gitt verdifulle bidrag i utvikling av tjenestene. Den viser også at brukerrepresentantene i all hovedsak opplever å bli godt inkludert og tatt på alvor. En av suksessfaktorene har vært at samarbeidet oppleves som likeverdig mellom tjenesteutøverne og brukerrepresentanter. Evalueringen har avdekket at utfordringene i stor grad er knyttet opp mot selve rekrutteringen av brukerrepresentanter. Årsaken som oppgis er at det ikke har vært etablert brukerorganisasjoner i kommunen, eller at brukerorganisasjonene ikke har vært i stand til å levere skolerte brukerrepresentanter (41).

Etiske problemstillinger

I både visjonen, overordnede mål og i det faglig tenkningsgrunnlaget vektlegges betydningen av brukermedvirkning. Et etisk dilemma som prosjektgruppen har vært opptatt av er derfor å sikre at både enkeltbrukere og brukerorganisasjoner får reell innflytelse både i planleggingen og gjennomføringen av læringsnettverket. Om vi har lykket er blant områdene som har vært evaluert gjennom BSB.

Diskusjon

I dette kapitlet vil sentrale elementer i læringsnettverkene bli diskutert i lys av erfaring og forskning når det gjelder læringsnettverk.

De økonomiske rammene som var lagt av HOD/Hdir har påvirket organiseringen av læringsnettverket. Det samme har den kunnskapen som KS og Kunnskapssenteret hadde om læringsnettverk fra før, og den erfaringen de har opparbeidet etter å ha gjennomført flere nettverk (1, 2). Med dette utgangspunktet har prosjektgruppen tatt valg blant annet når det gjelder antall samlinger i tidsperioden, antall nettverk, antall kommuner i hvert nettverk, hvor samlingene skulle avholdes og innholdet i samlingene. Det var ikke gjennomført noen formell evaluering av planleggingen og gjennomføringen på det tidspunkt som dette notatet ble laget. Synspunktene som fremkommer står derfor for forfatterens regning.

Er fire samlinger for få, for mange eller tilstrekkelig for å nå målene? Gitt rammene for prosjektet – at læringsnettverkene skulle avsluttes innen 2015, var fire samlinger mulig å få til. Det ga teamene tid til å jobbe med pasientforløpene mellom samlingene, samtidig som samlingene med forberedelsespakker ga rom for teamene til å vurdere eget arbeid og fremdrift på en systematisk måte. Muligens ville mer tid mellom samlingene hjulpet flere av kommunene til å få slutført oppgavene som var gitt i forberedelsespakkene.

Som tidligere nevnt tok det åtte måneder fra første møte i prosjektgruppen i januar 2014 til den første samlingen ble gjennomført i læringsnettverk 1. Det er vanskelig å se at dette kunne ha gått raskere, blant annet fordi deltakerne i prosjektgruppen trengte tid til å bli kjent og finne ut av ansvar og fordeling av oppgaver. Sannsynligvis er det enklere å planlegge og gjennomføre læringsnettverk når ett fagmiljø har det totale ansvaret. Samtidig kan det å ha en prosjektgruppe sammensatt av deltakere med ulik kompetanse tilføre læringsnettverket kvaliteter som det ikke ville oppnådd ellers.

Det er også forhold i kommunene som medfører en langsomhet i systemet og som tilsier at tålmodighet er viktig i planleggingsfasen av et læringsnettverk. Det gjelder blant annet følgende faktorer: Hvem skal invitasjonen sendes til, bytte av ledere underveis i prosessen som medfører at mailoversikter er feil, et generelt arbeidspress ute i kommunene og interne søknadsprosedyrer om deltakelse innad i kommunen

som tar tid. Dessuten er det viktig med forankring av deltakelse i læringsnettverk i både faglig og politisk ledelse. Erfaring tilsier at dette både må og vil ta tid.

Prosjektledelsen valgte å lage forberedelsespakker med oppgaver som kommunene skulle gjennomføre mellom samlingene. Oppgavene var valgt både ut ifra erfaringen med tidligere nettverk og ut ifra sentrale prinsipper i forbedringsarbeid (1, 2, 33, 42). Kommunene presenterte sitt eget arbeid på den første dagen av hver samling. Noen hadde jobbet seg systematisk gjennom oppgavene, mens andre ikke hadde hatt tid til å gjøre noen. Tilbakemeldinger i uformelle samtaler viste at forberedelsespakkene både ble opplevd som en positiv støtte, men også som et press som ga dårlig samvittighet hvis de ikke hadde fått tid til å gjøre oppgavene.

Prosjektledelsen hadde et bevisst forhold til fordeling av tid på samlingene. Målet var korte inspirerende foredrag slik at kommunene både fikk tid til eget arbeid og til erfaringsutveksling (1). Figur 2 viser at vi var nærmest målet på samling 1 med hele 5,5 timer til gruppearbeid. På samling 2 og 3 sank tiden som var beregnet til disse aktivitetene og samling 4 ble lagt opp som en konferanse. Evalueringer som kommunene fylte ut etter hver samling viser sprikende resultater på fordeling av tid: Noen mente det var alt for mye gruppearbeid, mens andre mente det var for lite.

Ble kommunene fulgt opp i tilstrekkelig grad mellom samlingene? Prosjektledelsen nevnte gjentatte ganger den muligheten som kommunene hadde til å ta kontakt hvis de trengte veiledning eller annen oppfølging. Men det ble ikke iverksatt regelmessig oppfølging uten at kommunene selv tok kontakt. Deltakerne i prosjektgruppen fikk individuelle henvendelser fra enkeltkommuner om bistand underveis og gjennomførte dette på egenhånd. Men henvendelsene var relativt få, ti–tolv til sammen. Erfaringer fra andre nettverk tilsier at deltakerne har behov for veiledning – men de vet ikke alltid hvor de skal begynne å nøste, og at det derfor ikke er enkelt å be om hjelp. I læringsnettverkene for eldre og kronisk syke gjennomføres systematisk oppfølging av teamene både mellom og før samlingene. Den positive erfaringen herfra tilsier at det er viktig å vurdere hvordan oppfølgingen skal gjennomføres.

Har deltakelse i læringsnettverket ført til gode/bedre pasientforløp i kommunene? Ettersom det ikke er gjennomført noen evaluering av effekten av arbeidet på tjenestene, er det ikke mulig på det nåværende tidspunkt å gi et svar på dette. Men vi vet noe: Etter samling 3 ble kommunene spurt om hva de har fått ut av deltakelse i læringsnettverket. Tilbakemeldingene viser blant annet at de har systematisert målene sine, fått gjennomført noen forbedringstiltak og også planlagt nye. Noen kommuner nevner at deltakelse i læringsnettverket har ført til at de nå jobber med å «åpne dører» mellom tjenestene i kommunene og til andre sentrale samarbeidspartnere. Nye ideer til brukerstyrte tiltak, hvordan de bedre jobber sammen med brukerorganisasjonene og hvordan de har blitt bedre på brukermedvirkning, tilskriver kommunene erfaringsutvekslingen på samlingene.

En kommune har ansatt en erfaringskonsulent som resultat av man har fått ny og viktig kunnskap om betydningen av brukermedvirkning. Flere kommuner beskriver hvordan visjonen sammen med recovery-tenkningen har gitt økt bevissthet om hvilke holdninger de ønsker å formidle i arbeidet sitt.

Visjonen

Visjonen handler om å gå fra å spørre: «Hva er i veien med deg?», til «Hva er viktig for deg?». Den retningsendringen som ligger i omformuleringen av spørsmålet har blitt godt mottatt både i fagmiljøene, kommunene og hos brukerne. Det synliggjøres blant annet i tilbakemeldingene fra begge rådslagene, i diskusjoner på samlingene og i de målene kommunene har satt seg. Blant annet kom målet «Avklare målsetting med hver enkelt bruker og spørre: «Hva er viktig for deg?» høyt opp på listen over kommunenes mål. Andre mål som viser at kommunene har tatt behovet for en retningsendring alvorlig er; å bedre arbeidet med individuell plan, gjennomføre spørreundersøkelser blant brukerne som skal danne grunnlag for mål, og det å ta i bruk måleverktøy for å finne ut om brukerne opplever tjenestene som nyttige. Målet om at brukerne skal ha full råderett over tiltak, for eksempel aktivitetssteder som startes opp, og målet om å bli bedre på brukermedvirkning peker også i samme retning.

To interessante mål handler om å etablere lokale brukerorganisasjoner i kommunene, og invitere inn frivillige organisasjoner til å delta i utviklingen av gode pasientforløp. Målene kan ha sammenheng med den betydningen som har blitt lagt på disse temaene gjennom hele prosjektperioden og på alle samlingene.

Målene

Hovedmålene for prosjektet var satt på forhånd. I tillegg har kommunene laget egne mål for arbeidet med å utvikle gode pasientforløp. En gjennomgang viser at mange har forholdt seg til de overordnede målene da de laget sine egne. Det viser for eksempel ett av de to målene som flest kommuner har valgt: Bedre kommunikasjon og samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten, og innad i kommunene – blant annet mellom psykisk helse og rus. Ett av de temaene som ofte ble løftet frem i kommunenes fremlegg på samlingene, og som understøttes av en rapport, viser at det er store variasjoner i de kommunale tilbudene – og at det er organisert på måter som ikke alltid er like lett for brukeren å finne ut av (13). Det største potensialet for forbedring ligger sannsynligvis i at pasientene får tjenester fra spesialisthelsetjenesten og kommunene samtidig (18). Bedre kommunikasjon og samhandling vil blant annet kunne medføre en høyere grad av samtidighet i tjenestene til beste for brukerne.

Prosjektledelsen har understreket betydningen av at kommunenes mål gjøres målbare, og har brukt relativt mye tid på samlingene til å vise hvordan det kan gjøres. Så langt vi vet på det nåværende tidspunkt er det få kommuner som har gjort dette. En gjennomgang av kommunenes mål viser at én kommune planlegger å gjøre målene målbare i en workshop. Mål som ikke er målbare medfører at det blir vanskelig å

velge måleverktøy – noe som igjen reduserer muligheten til å dokumentere om nye tiltak og løsninger virkelig oppleves som forbedringer av brukerne. Hvorfor så få av kommunene har laget målbare mål er ikke lett å svare på. Når de blir spurt – i uformelle samtaler på samlingene, er svaret ofte at det er uvant og dermed tidkrevende å gjøre målene målbare. Behovet for å dokumentere om endringer faktisk er forbedringer er dokumentert i flere rapporter (1-3, 42, 43).

Pasientforløp

Prosjektledelsen var klar over at det å velge pasientforløp som forbedringsområde var en utfordring. Det er et komplekst område med mange aktører involvert. Blant annet vil endringer et sted i forløpet påvirke samarbeidspartnere andre steder i forløpet. Kommunene har derfor blitt oppfordret til å kartlegge sentrale aktører som vil bli berørt og invitere dem inn i utviklingen av pasientforløpene. Flere kommuner har gitt uttrykk for at aktørkartlegging er nyttig, men det er ikke mulig å si noe om i hvilken grad de eventuelt inviterer inn aktuelle samarbeidspartnerne i det konkrete arbeidet med pasientforløpet.

Faglig perspektiv

Recovery, visjonen, og faglige føringer i veilederen «Sammen om mestring», utgjør til sammen et kunnskapsgrunnlag som kan gi arbeidet med gode pasientforløp en retningsendring. I hvilken grad kommunene virkelig gjennomfører en slik endring i praksis er det ikke mulig å vite på det nåværende tidspunkt. Men flere av kommunene har egne mål som gjenspeiler dette faglige perspektivet, og det er et lovende utgangspunkt for det videre arbeidet med pasientforløp.

Ny og aktiv brukerrolle

Å ha med to representanter fra brukerorganisasjonene inn i prosjektgruppen, og rådslaget med Bruker-ROP i forkant, er et bevisst valg fra prosjektledelsens side for å understøtte føringer om en ny og aktiv brukerrolle (19, 24). Det samme er oppfordringen til kommunene om å få inn brukerrepresentanter i forbedringsteamene. Brukerrepresentantene i prosjektgruppen har på lik linje med de andre deltatt i utformingen av program til samlingene. De har vært med på å ta viktige veivalg underveis og har hatt sentrale oppgaver og foredrag på samlingene.

Prosjektgruppens inntrykk er at fokuset på en ny og aktiv brukerrolle har blitt positivt mottatt. Brukerrepresentantene forteller at de har blitt kontaktet av kommunene og invitert til å delta i workshops/ha foredrag på samlinger, informere om likemannsarbeid og hvordan kommunene kan samarbeide med lokale brukerorganisasjoner. Flere kommuner har gitt uttrykk for at de setter stor pris på å ha tilgang til brukerrepresentanter på samlingene. Dette blant annet fordi de sliter med å få egne representanter inn i teamene. Det kan ha sammenheng med at det i enkelte kommuner er få eller ingen brukerorganisasjoner som har lokallag.

Oppsummering og anbefalinger

Med bakgrunn i målene for samhandlingsreformen, blant annet at pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig der de bor, er det gjennomført fem læringsnettverk med til sammen 61 kommuner innenfor den planlagte tids- og ressursrammen. I hvilken grad brukerne i de deltakende kommunene opplever bedre pasientforløp gjenstår å evaluere. Visjonen og det faglige perspektivet har ført til et kontinuerlig fokus på det å fremme en ny og aktiv brukerrolle. Valget av rådslag før oppstart og innlemming av brukerorganisasjoner i prosjektgruppen har bidratt til dette både i planlegging og gjennomføring av nettverkene. Som tidligere nevnt viser en rapport om læringsnettverk fra 2013 at tiltak der brukere og/eller pårørende har vært med vurderes som særlig vellykkede av deltakerne (2). Anbefalingen er derfor at brukerne og deres organisasjoner med fordel kan trekkes inn i planlegging og evaluering av nettverksaktivitetene (2). Dette synspunktet støttes av prosjektgruppen på bakgrunn av de erfaringene vi har fra gjennomføringen av de fem læringsnettverkene.

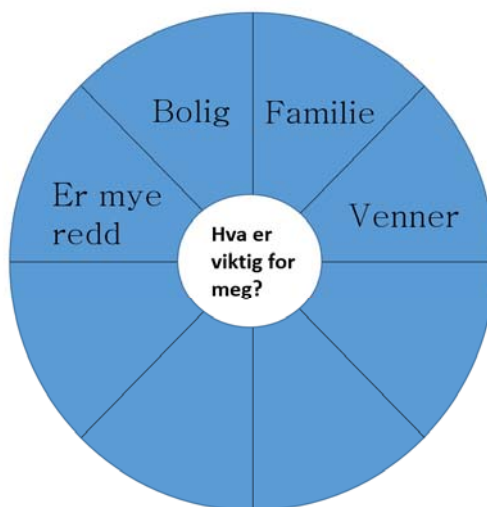
Videre forskning

Læringsnettverk brukes både i nasjonale og lokale satsinger for å forbedre ulike områder i helsetjenesten. Det er derfor av stor betydning å finne ut om metoden fører til at målene som blir satt faktisk nås. Det er enighet om noen kjennetegn og suksesskriterier for gode læringsnettverk, men det er også dokumentert behov for å finne ut om slike nettverk har en forbedringseffekt på tjenestene, og eventuelt hvilke elementer ved slike nettverk som har effekt (1, 2, 5-8): Er de nye tiltakene/løsningene forbedringer for brukerne, eller bare endringer? Det anbefales derfor å legge inn midler til følgeforskning allerede når nye læringsnettverk planlegges.

Vedlegg 1 Verktøykassen

1. Samtalehjul

Eksempel på samtalehjul
utfyllt av en bruker:



2. Hva er viktig for meg-skjema

Hva er viktig for meg - skjema																							
Viktige aktiviteter og mål for meg:										1. samtale		2. samtale											
										1		5											
• Skaffe meg et trygt sted å bo										4		6											
• Kontakte gamle venner										1		3											
• Besøke familien										2		6											
• Ikke være så redd																							
•																							
Hvor er jeg nå										1. gjennomsnitt		2. gjennomsnitt											
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		2,0		5,0	
Området/aktiviteten er vanskelig						Området/aktiviteten er enkel å få til						Opplevd nytte (2. gjennomsnitt – 1. gjennomsnitt)											
												3,0											

3. Plan som beskriver mål og tiltak

Eksempel på delvis utfylt plan:

Område: Bolig

Hovedmål: Skaffe meg et trygt sted å bo.

Delmål	Jeg trenger hjelp til	Ansvar	Tiltakene gjennomført som planlagt?	Brukerens kommentarer
1. Ha ferdig utfylt søknad om kommunal bolig innen 15/2-14.	Hjelp til å få tak i søknads-papirer og skrive søknaden.	Kontaktperson: Lise Hansen		
2. Greie alle aktiviteter som har med det å bo å gjøre	Lære å vaske tøy			
	Lære å holde orden på økonomien			

4. Sjekkliste for samhandling

Sjekkliste – samhandling				
Sjekklisten fylles ut av primærkontakt/koordinator				
Navn eller ID:		Evaluering		
Dato for fullført sjekkliste:		Utført		Hva er viktig for deg
Fyllt ut av:		Ja	Nei	
			Ikke aktuelt	Kommentarer
1	Brukeren har fylt ut et «hva er viktig for meg»-skjema.	1		2,0
2	En faglig vurdering av brukerens situasjon og behov er foretatt.		0	
3	Kartlegging av viktige samarbeidspartnere ut fra brukerens behov er gjennomført.	1		
4	Overordnet plan med brukerens mål, delmål og tiltak, er utarbeidet.		1	
5	Brukeren har fått en kontaktperson som koordinerer tiltakene i planen.	1		
6	Koordineringsmøte er avholdt mellom brukeren, kontaktpersonen, og samarbeidspartnere.	1		
7	Brukerens tilbakemeldinger på tiltakene som er iverksatt er innhentet.	1		
8	Tiltak er endret i tråd med brukerens tilbakemeldinger.		0	
9	Brukerens vurdering av nytten av tiltakene er innhentet på nytt ved hjelp av «hva er viktig for meg»-skjemaet..	1		5,0
10	Mål og tiltak i den overordnede planen er evaluert, og eventuelt endret, ut fra brukerens synspunkter, og en faglig vurdering.	1		
		7	2	1
Gjør vi det vi er enige om?		8		
Opplever brukerne at tjenestene er nyttige?				3,0

Vedlegg 2 Bruksanvisning verktøykasse

Versjon pr 150205. *Innholdet i bruksanvisningen kan bli endret etter hvert som vi får innspill på bruk av verktøykassen.*

Bruksanvisning for verktøykassen: Hva er viktig for deg?

Hensikten med verktøykassen

Sikre at alle tiltakene som iverksettes tar utgangspunkt i områder/aktiviteter som er viktige for brukerne.

Verktøykassen brukes med utgangspunkt i en relasjon preget av håp og mestring, og med respekt for brukerens egen bedringsprosesser.

Selv om verktøyene er en kartlegging av områder/aktiviteter brukeren ønsker hjelp til, er det viktig å ha et ressursfokus i samtalene, det vil si hjelpe brukerne til å se/oppdage/gjenopdage egne ressurser.

I Veilederen Sammen om mestring står det at «kun brukeren kan bedømme om tjenesten eller behandlingen fungerer tilfredsstillende». Ved å bruke denne verktøykassen vil tjenestene få en indikasjon på om brukeren opplever tjenestene de mottar som nyttige.

Verktøyene kan brukes sammen, eller man kan f.eks. bruke *Hva er viktig for meg-skjema* og/eller *sjekklisten* sammen med egne verktøy som allerede er tatt i bruk.

Tiltakene i sjekklisten kan byttes ut med tiltak som forbedringsteamet mener er viktig for å nå egne mål med pasientforløpene.

- Det første verktøyet – *samtalehjulet*, kan hjelpe brukeren til å komme frem til områder/aktiviteter som er viktig for vedkommende, og hvor de trenger/ønsker hjelp. Brukeren bestemmer selv hvilke områder/aktiviteter som skal settes inn i hjulet. Overordnede områder som f.eks. bolig, økonomi, utdanning, arbeid, gjenopprette kontakt med familie osv. vil kunne medføre tiltak over en lengre tidsperiode. Det gir brukeren en mulighet til å måle nytten av tiltakene ved hjelp av *Hva er viktig for meg-skjemaet*.
- Det andre verktøyet er *Hva er viktig for meg-skjemaet*. Områdene/aktivitetene brukerne ønsker hjelp til beskrives her.
- Når dette er gjort scorer brukeren hvert område/aktivitet ut fra hvor vanskelig det er for vedkommende på en skala fra 1-10. Jo nærmere ettallet, jo vanskeligere er området/aktiviteten å få til. Scorene settes inn i rubrikken «1. samtale» og gjennomsnittet regnes ut. *(se egen beskrivelse).

- Ut fra hvilke områder/aktiviteter brukeren har satt opp, planlegges tiltak sammen med brukeren.
- Tiltakene føres inn i en *plan* med oversikt over hvem som har hovedansvar for å gjennomføre tiltakene, samt en tidsangivelse for når de skal være gjort. Hvis brukeren har en individuell plan anbefales det å bruke denne. Hvis ikke kan en hvilken som helst plan gjøre nytten. Planen legges i brukerens journal. Brukeren skal ha en kopi av planen og mulighet til å skrive inn kommentarer.
- Etter en tidsperiode, som både må vurderes ut fra et faglig perspektiv og etter innspill fra brukeren, scorer vedkommende på nytt hvor de opplever å være i forhold til de samme områdene/aktivitetene, og scorene føres inn i rubrikken «2. samtale». Gjennomsnitt regnes ut på samme måte som under 1. samtale.
- Det tredje verktøyet er en *sjekkliste for samhandling*. Den inneholder tiltak som forskning og erfaring har vist er viktig for å få et koordinert tjenestetilbud. I tillegg føres gjennomsnittsscoret fra 1. og 2. samtale inn i henholdsvis punkt 1 og 9. Sjekklisten vil dermed både vise om brukeren opplever at tiltakene er nyttige (gjennomsnittsscoret er høyere i 2. samtale enn 1. samtale), og om viktige aktiviteter for å sikre koordinerte tjenester er gjennomført. Sjekklisten kan fylles ut av brukerens kontaktperson, eller aller helst sammen med brukeren. Kommunene står fritt til å sette inn egne tiltak i sjekklisten.
- *Programoppfyllelse*: Ved å gi poeng til hvert enkelt tiltak i sjekklisten kan den brukes som et mål på programoppfyllelse: Det vil si om aktiviteter/tiltak som er viktige på et faglig område blir gjennomført, eller ikke. I det vedlagte eksemplet handler programoppfyllelsen om koordinerte tjenester.
- NB: Både tiltak som er gjennomført, og de som er vurdert til å være ikke aktuelle, gir ett poeng. Aktiviteter som er aktuelle men ikke gjennomført gir 0 poeng. Høyest oppnåelige sum er 10 poeng. Hvis alle de 10 tiltakene er gjennomført gir det 100% programoppfyllelse. 8 av 10 poeng gir 80% programoppfyllelse.

Hva er viktig for meg-skjema - utregning av gjennomsnitt

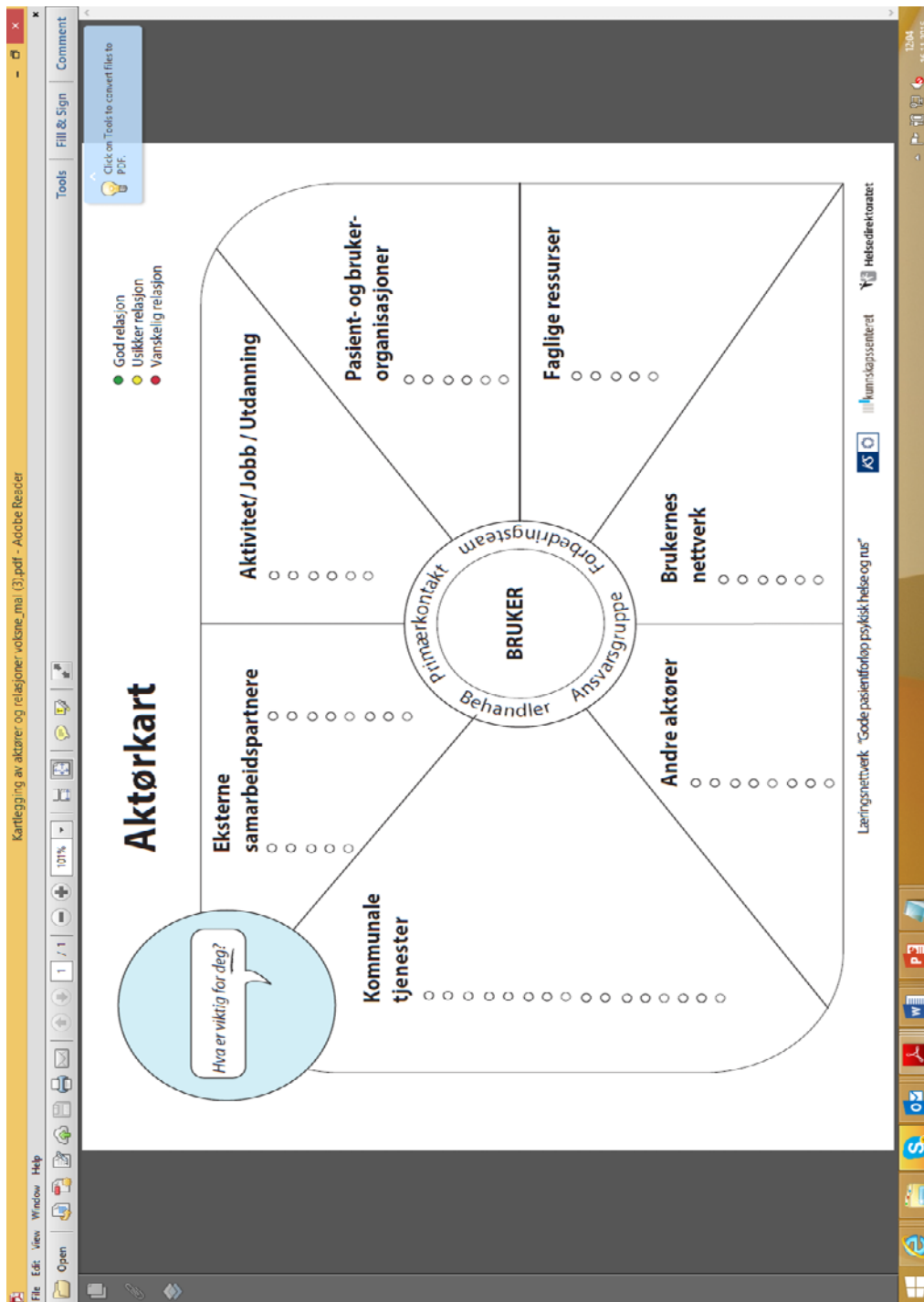
- Legg sammen scorene på alle aktivitetene, og del på antall aktiviteter. I eksemplet som er sendt ut tidligere er scorene slik: 1. samtale - 1 + 4 + 1 + 2 = 8 : 4 (antall aktiviteter) = 2,0.
- Når scorene fra 2. samtale, i eksemplet som er sendt ut tidligere, regnes ut på samme måte blir gjennomsnittet 5,0. Brukerens opplevde nytte i perioden fra 1. samtale til 2. samtale vil da være 5,0 – 2,0 = 3,0.

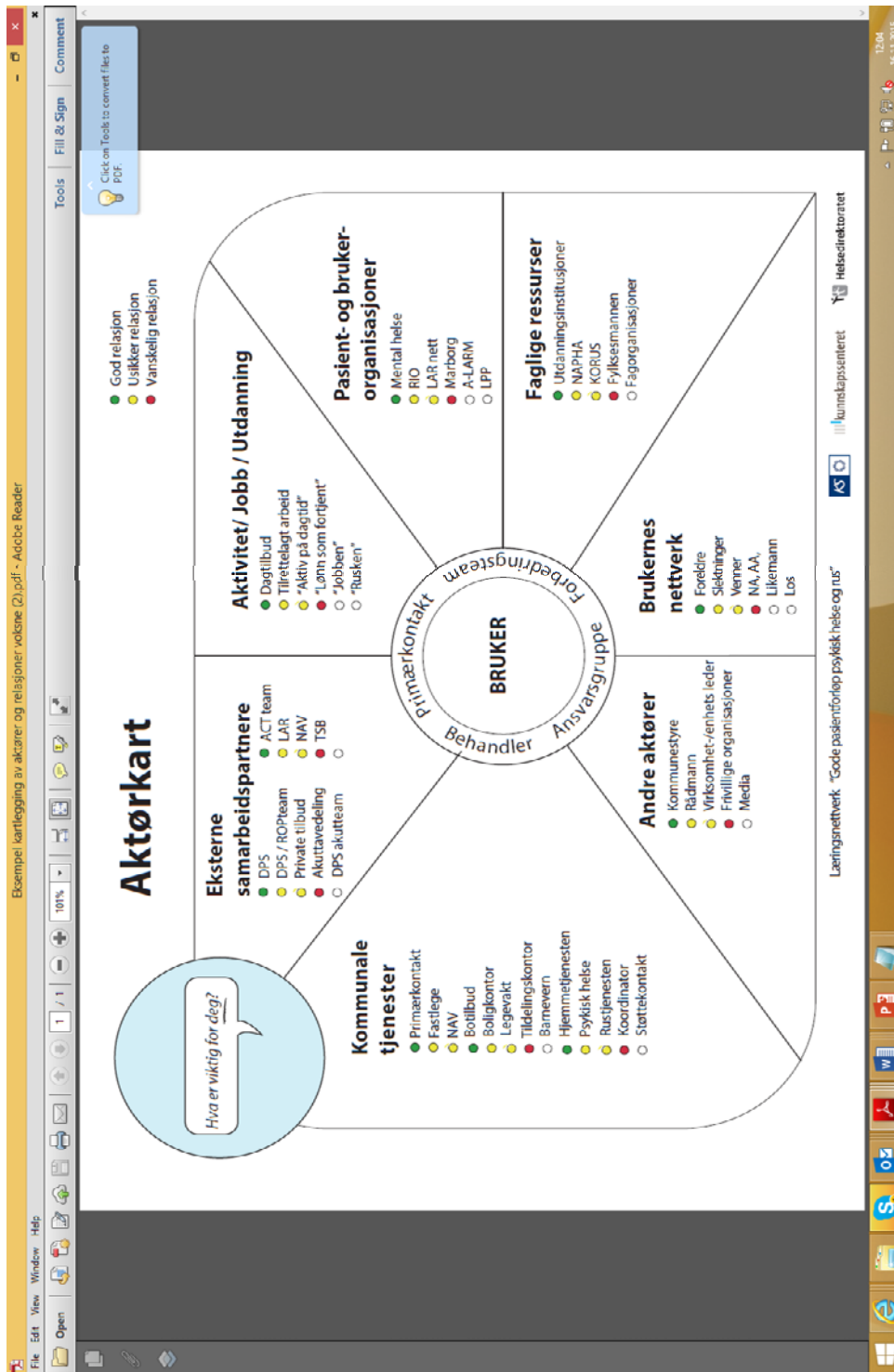
Følge med på kvaliteten av tjenestene

Ved å tallfeste viktige deler av tjenestetilbudet kan man følge med på og dokumentere kvaliteten på tjenestene. Dette kan f.eks. gjøres gjennom tidsserier. I denne verktøykassen gir både *Hva er viktig for meg-skjemaet* og *sjekklisten* denne muligheten. I første omgang har vi valgt å ikke legge inn bruksanvisningen på hvordan dette skal gjøres fordi det først må vises i praksis.

Spørsmål? Ta kontakt med Toril Bakke på tlf. 90843904.

Vedlegg 3 Skjema for aktørkartlegging, med eksempel





Vedlegg 4 Invitasjon til læringsnettverk

Invitasjon til Nasjonalt læringsnettverk:

Gode pasientforløp i kommunene for brukere med psykiske problemer og / eller rusproblemer

Bli med og snu tenkningen fra *"Hva er i veien med deg?"* til *"Hva er viktig for deg?"* KS og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten inviterer til deltakelse i et læringsnettverk for kommunene. Initiativet er forankret i Kvalitetsavtalen mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS og er et virkemiddel for å få til gode forløp, god samhandling og aktiv brukerinvolvering for disse målgruppene. Kommunene som deltar vil få tilgang på verktøy og metoder til hjelp i forbedringsarbeidet. Dette er et delprosjekt i satsingen Gode pasientforløp i kommunene, der det andre delprosjektet omhandler kronisk syke og eldre.

Vi samarbeider med sentrale brukerorganisasjoner og fagmiljøer om utvikling av satsingen. Vi vil jobbe med tema som:

- Hva er gode pasientforløp for brukerne innen psykisk helse- og rustjenestene?
- Relasjons- og samhandlingskompetanse
- Aktiv brukermedvirkning – fra ord til handling
- Forbedringskompetanse - metoder og praktiske verktøy i kvalitetsforbedring
- Kunnskapsbasert praksis – hva vet vi om hva som virker?
- Innovasjon og tjenestedesign
- Presentasjon av resultater fra FOU-prosjektet «Samspill eller svarteperspill»

Målsettinger

- Utvikle gode og helhetlige pasientforløp i kommunene
- Forbedre overgangene i bruker-/pasientforløpet. Både internt i kommunen og mellom 1. og 2. linjetjenestene.
- Styrke brukerens opplevelse av mestring
- Styrke brukerens rolle i forbedring av bruker-/pasientforløp
- Styrke forbedringskompetansen hos ledere og medarbeidere

Målgruppe for læringsnettverket

Vi inviterer kommunene til å delta med et tverrfaglig forbedringsteam. Hvor mange som inngår i forbedringsteamet vil avhenge av størrelsen på kommunen. Vi anbefaler at teamet består av 4-6 deltakere. Små kommuner som samarbeider kan gjerne etablere et felles forbedringsteam. De som bør inngå i et forbedringsteam er representanter tjenester på rus og psykisk helse samt gjerne representant fra NAV, ACT-team, fastlege og andre viktige samar-

beidspartnere. Vi oppfordrer spesielt til at kommunene får med representant fra samarbeidende DPS og / eller ruspoliklinikk. Det oppfordres sterkt til å få med en tjenesteleder som leder av teamet og en brukerrepresentant.

Deltakelse i læringsnettverket forutsetter at teamet gjennomfører oppgaver før oppstart, arbeider mellom samlingene og at arbeidet fortsetter etter siste samling for å sikre at oppnådde forbedringer skal bli en naturlig del av den daglige driften.

På samlingene vil det arbeides med utvikling av tjenestene gjennom bruk av metoder og praktiske verktøy i kvalitetsforbedring.

Framdriftsplan for læringsnettverkene

Læringsnettverket består av fire todagers samlinger over en periode på ca 15 måneder (se figur nedenfor). Kommunene som deltar jobber med forbedringsarbeid mellom samlingene og vil få oppfølging og veiledning. Den fjerde samlingen vil være en felles samling med de kommuner som jobber med samme tema inn mot barn og unge.

Hvert læringsnettverk vil bestå av 20 – 30 kommuner.

Det første læringsnettverket har første samling 17. og 18. september i Oslo.

Det startes også et nettverk i november; lokaliseringen av dette avhenger av den geografiske fordelingen til søkerkommunene.

Kommunal forankring og ressursbruk

Erfaringer har vist at for å lykkes med å nå målene i læringsnettverket bør man sikre følgende:

- Deltakelsen er forankret i ledelsen både på virksomhets- og rådmannsnivå.
- Tverrfaglig aktiv deltakelse.
- Involvering av alle berørte parter med god gjensidig informasjon
- Infrastruktur som støtter forbedringsarbeidet
- Metodene, inkludert målinger, er tilpasset forholdene i den enkelte kommune.
- Aktiv involvering av brukerne

Hvem kan delta

Alle kommuner kan søke. Vi oppfordrer kommunegrupper som allerede samarbeider, og som sogner til samme DPS / ruspoliklinikk om å søke sammen. Kommuner som har fått tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet til etablering av ACT-team, samhandlingsmodeller på rusfeltet og samhandling innen rus og psykisk helse oppfordres spesielt til å søke.

Kriterier for deltagelse er at kommunen etablerer et forbedringsteam (eventuelt i samarbeid med andre kommuner) som har mandat til å jobbe med å utvikle gode og helhetlige pasientforløp innenfor tjenesteområdene rus og psykisk helse. Kommunene må også forplikte seg til å jobbe med brukermedvirkning og beskrive hvordan visjonen fra "**Hva er i veien med deg?**" til "**Hva er viktig for deg?**" kan gjennomføres.

Kommunene / bydelene som blir tatt opp i prosjektet får tilsendt en forberedelsespakke med oppgaver som skal gjennomføres før første samling.

Påmelding

Søknadsfrist 30. mai 2014 Tilbakemelding om deltakelse blir gitt innen 13.06. Fyll ut vedlagte søknadsskjema og send det på e-post til: ks@ks.no

For ytterligere opplysninger, ta kontakt med:

Prosjektleder Pernille Næss

E-post: pernille.naess@ks.no

Tlf: 932 19 484

Vedlegg 5 Søknadsskjema

Søknadsskjema for deltagelse i Nasjonalt læringsnettverk:

Gode pasientforløp i kommunene for brukere med psykiske problemer og / eller rusproblemer

Kommune:	Helseforetak kommunen sogner til:
Kontaktperson i kommunen:	E-post og telefonnummer:
Mål for forbedringsarbeidet	Hvorfor?
Beskriv kort hvorfor kommunen ønsker å delta	
Forankring og involvering	Hva/ hvem/hvordan?
Beskriv kort hvordan deltagelsen er forankret i administrativ ledelse	
Beskriv kort hvordan dere skal ivareta brukerrepresentasjon/ Brukerinvolvering	
Beskriv kort hvordan dere skal ivareta tverrfaglig og tverretattlig involvering	
Beskriv kort kommunes bruk av individuelle planer for målgruppen	
Beskriv hvordan samarbeidende DPS og / eller ruspoliklinikk tenkes involvert	
Status andre relaterte prosjekter	Hvilke? Hvordan samarbeider disse?
Beskriv kort andre relevante prosjekter som pågår i kommunen rettet mot målgruppen	
Beskriv kort status når det gjelder overordnet tjenesteavtale-/samarbeidsavtale med spesialisthelsetjenesten på fagfeltene psykiske helse og rus	
Ressurser	Hvem/hva
Beskriv hvilke ressurser som kan settes av til forbedringsarbeidet	
Har kommunen mottatt tilskudd fra Helsedirektoratet til ACT team, lokalt rusarbeid og/eller utvikling	

av samhandlingsmodeller? Hvis ja, beskriv kort	
--	--

Team:

Enhet/Avd/Stilling	Navn	E-post	Tlf.nr	Annet

Frist for påmelding er 30. mai 2014

Tilbakemelding om deltakelse blir gitt snarest etter fristens utløp. Kommunene som blir tatt opp får ytterligere informasjon og oppfølging med tanke på forberedelser før 1. samling.

Kostnader: Det er ingen deltakeravgift. Kommunene dekker egne utgifter til reise og opphold på samlinger samt intern ressursbruk i kommunen. Det settes av midler i satsingen til dekning av samlingene, til praksiskompensasjon for fastleger som deltar i teamene, og til godtgjørelse til brukerrepresentanter i teamene.

Deltakerne i teamet forventes å delta på alle fire samlinger, den siste samlingen vil være en felles samling med de kommuner som jobber med samme tema inn mot barn og unge.

Søknadsskjema sendes til: ks@ks.no

For ytterligere opplysninger, ta kontakt med prosjektleder Pernille Næss, tlf: 932 19 484.

E-post: pernille.naess@ks.no

Referanser

1. Bakke T, Udness E, Harboe I. Læringsnettverk som verktøy i kvalitetsforbedring - en oppsummering av forskning og erfaring. Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten; 2011. (Rapport fra Kunnskapssenteret - Systematisk oversikt nr 23 - 2011).
2. Moland LE, Lien L, Nygård L, Hofstad T. Læringsnettverk og innovasjon i kommunene. Oslo: Fafo; 2013. (Fafo-rapport 2013:52).
3. Øvretveit J, Bate P, Cleary P, Cretin S, Gustafson D, McInnes K, et al. Quality collaboratives : Lessons from research. *Qual Saf Health Care* 2002;11(4):345-351.
4. Chin MH. Quality Improvement Implementation and Disparities. The Case of the Health Disparities Collaboratives. *Med Care* 2011;49(12):65-71.
5. Nadeem E, Olin S, Hill CL, Hoagwood KE, Horwitz MS. Understanding the components of quality improvement collaboratives: a systematic literature review. *The Milbank Quarterly* 2013;9(2):354-394.
6. Nadeem E, Olin SS, Hill LC, Hoagwood KE, Horwitz SM. A literature review of learning collaboratives in mental health care: used but untested. *Psychiatr Serv* 2014;65(9):1088-1099.
7. Hulscher ME, Schouten LM, Grol RP, Buchan H. Determinants of success of quality improvement collaboratives: what does the literature show? *BMJ Qual Saf* 2013;22(1):19-31.
8. Scarbrough H, D'Andreta D, Evans S, Marabelli M, Newell S, Powell J, et al. Networked innovation in the health sector: comparative qualitative study of the role of Collaborations for leadership in Applied Health Research and Care in translating research into practice. *Health Services and Delivery Research* 2014;2(13).
9. Bakke T, Udness E. Håndbok i læringsnettverk. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. [Oppdatert 20.11.2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/kvalitet-og-pasientsikkerhet/kvalitetsforbedring/handbok-i-laeringsnettverk>.
10. Samhandlingsreformen : Rett behandling – på rett sted – til rett tid. St. meld. nr. 47 (2008-2009).
11. Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Meld. St. 26 (2014-2015)

12. PsykNytt. Her finner du behandlingslinjer (pasientforløp) for psykoser. Helsebiblioteket. [Oppdatert 09.03.2015; Lest 06.08.2015]. Tilgjengelig fra: <https://psyknyheter.wordpress.com/2015/03/09/her-finner-du-behandlingslinjer-pasientforlop-for-psykose/>.
13. Pettersen K-S, Rudningen G. Samspill eller svarteperspill : En studie av ansvarsfordeling og gråsoner mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for mennesker med ROP-lidelser med voldsproblematikk. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet; 2014. (AFI-rapport 10/2014).
14. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser : Sammensatte tjenester – samtidig behandling. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. (Nasjonale faglige retningslinjer IS-1948).
15. Jensen HG, Bærøy S-E, Sandvik P, Johansen R, Sandstad GØ, Gårdvik KS, et al. Standardisert pasientforløp : Psykoser hos voksne. Hovedforløp (v. 1.1). St. Olavs Hospital/Divisjon Psykisk Helsevern. [Oppdatert 30.06.2015; Lest 06.08.2015]. Tilgjengelig fra: http://www.helsemidt.no/ftp/stolav/eqspublic/pasientforlop/docs/doc_26544/index.html.
16. PsykNytt. Nytt pasientforløp (behandlingslinje) for personlighetsforstyrrelser. Helsebiblioteket. [Oppdatert 10.02.2015; Lest 07.08.2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/nytt-pasientforlop-behandlingslinje-for-personlighetsforstyrrelser>.
17. Grimsmo A. Pasientforløp for rehabiliteringspasienten : utfordringer i skjæringspunktet mellom standardiserte forløp og individualiserte tjenester. [foredrag på konferanse]. Grimsmo/NTNU. [Lest 06.08.2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF%20INTER/FAG/Rehabilitering/Dokumenter/Rehabkonferansen%202012/Anders%20Grimsmo.%20Pasientforl%C3%B8p%20for%20rehabiliteringspasienten.pdf>.
18. Ose SO, Slettebak RT. Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2012 : Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon. Trondheim: SINTEF; 2014. (SINTEF A25834).
19. Helsedirektoratet. Sammen om mestring : Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne : Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. (Veileder IS-2076).
20. Helsedirektoratet. Rus- og psykiske lidelser. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelser. Helsedirektoratet. [Oppdatert 01.03.2012; Lest 05.08.2015]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelser>.
21. Hanssen G, Helgesen M. Hvordan påvirker statlige juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler prioriteringene i den kommunale omsorgssektoren? Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning; 2012. (NIBR-rapport 2012:26).

22. God kvalitet – trygge tjenester : Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Meld. St. 10 (2012–2013)
23. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015). Meld. St. 16 (2010–2011)
24. Pasientens helsetjeneste [pressemelding]. Helse- og omsorgsdepartementet. [Oppdatert 07. jan. 2014; Lest 21. apr. 2015]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/pasientens-helsetjeneste/id748854/>.
25. Lov om pasient- og brukerrettigheter. LOV-1999-07-02-63.
26. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. LOV-2011-06-24-30.
27. Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. FOR-2002-12-20-1731.
28. Statusrapport for samhandlingsreformen pr november 2014. Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen; 2014.
29. Eiring Ø, Landmark BF, Aas E, Salkeld G, Nylenna M, Nytrøen K. What matters to patients? A systematic review of preferences for medication-associated outcomes in mental disorders. *BMJ Open* 2015; 5(4):e007848.
30. Steinsbekk A, Westerlund H, Bjørgen D, Rise MB. Hvordan beskriver brukere av psykiske helse- og sosialtjenester et godt tjenestetilbud? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2013;50(1):2-5.
31. Høverstad L, Først R. Fra passiv mottaker til aktiv deltaker : Hverdagsrehabilitering i norske kommuner. Sluttrapport. Oslo: KS FoU; 2014. (FoU-prosjekt nr 134027).
32. Kjellberg PK, Kjellberg J, Ibsen R, Christensen LT. Hverdagsrehabilitering i praksis : Erfaringer fra Fredericia 2008-2010. *Ergoterapeuten* 2012;55(1):24-28.
33. Kongsmo T, de Vibe M, Bakke T, Udness E, Eggesvik S, Brudvik M, et al. Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid. Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten. [Lest 04.08.2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/modell-for-kvalitetsforbedring-utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-forbedringsarbeid>.
34. Valla B. Videre : Hvordan psykiske helsetjenester kan bli bedre. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
35. Borg M, Karlsson B, Stenhammer A. Recoveryorienterte praksiser : En systematisk kunnskapssammenstilling. Drammen: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA); 2013. (Rapport nr 4/2013).
36. Patient Specific Functional Scale (PSFS). Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering (NKRR) Diakonhjemmet sykehus. [Lest 10.08.2015]. Tilgjengelig fra: <http://diakonhjemmetsykehus.no/#!/diakon/forside/Helsepersonell/nasjon>

[al-kompetansetjeneste-for-revmatologisk-rehabilitering/klinisk-verktoyer/alfabetisk-liste/ 1737|2371.](#)

37. Ihlen Ø, Robstad P. Informasjon og samfunnskontakt: perspektiver og praksis. Oslo: Fagbokforlaget; 2004.
38. ImROC. ImROC Recovery College Network. ImROC, Mental Health Network NHS Confederation. [Lest 04.08.2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.imroc.org/get-involved/imroc-recovery-college-network/>.
39. Recovery. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). [Oppdatert 12.08.2010; Lest 04.08.2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.napha.no/content/13883/Recovery>.
40. Hva er Bruker Spør Bruker? KBT Midt-Norge. [Lest 15.12.2015]. Tilgjengelig fra: <http://kbtmidt.no/nb/bruker-spor-brukerere>.
41. Høiseth JR, Bjørgen D, Johansen KJ, Kvisle IM. Brukermedvirkning og brukerinvolvering: Evaluering av KS' læringsnettverk for gode pasientforløp for personer med psykiske problemer og/eller rusproblemer. Trondheim: KBT Midt-Norge; 2015.
42. Powell AE, Rushmer RK, Davies HTO. A systematic narrative review of quality improvement models in health care Edinburgh; Glasgow: NHS Quality Improvement Scotland; 2009.
43. Powell BJ, McMillen JC, Proctor EK, Carpenter CR, Griffey RT, Bunger AC, et al. A compilation of strategies for implementing clinical innovations in health and mental health. *Med Care Res Rev* 2012;69(2):123-157.

www.fhi.no

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Februar 2016
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no