



# Rapport

## Gode pasientforløp

Oppsummering av erfaringer og resultater

### Forfatter(e):

Line Melby, Geir Haakon Hilland, Martin Anfinssen, Merete Rørvik

### Rapportnummer:

102029847 - Åpen

### Oppdragsgiver:

KS



SINTEF Digital  
Postadresse:  
Postboks 4760 Torgarden  
7465 Trondheim  
Sentralbord: 40005100  
info@sintef.no

Foretaksregister:  
NO 919 303 808 MVA

# Rapport

## Gode pasientforløp

Oppsummering av erfaringer og resultater

### EMNEORD

Pasientforløp  
Forbedringsarbeid  
Kommunal helse- og omsorgstjeneste  
Hva er viktig for deg?  
Helhetlige pasientforløp i hjemmet  
Helsefremming

### VERSJON

1.0

### DATO

2024-02-07

### FORFATTERE

Line Melby, Geir Haakon Hilland, Martin Anfinson, Merete Rørvik

### OPPDRAGSGIVER(E)

KS

### OPPDRAGSGIVERS REFERANSE

Sigrid Askum

### PROSJEKTNUMMER

102029847

### ANTALL SIDER

78

### SAMMENDRAG

Denne rapporten presenterer resultater fra et oppdrag SINTEF har gjennomført for KS der hensikten har vært å sammenfatte erfaringer og resultater fra satsingen Gode pasientforløp. Vi har gjort intervjuer med 72 personer som har deltatt i læringsnettverk, fordelt på 12 intervjuer. Funnene viser det har blitt gjort mye forbedringsarbeid knyttet til de to hovedgrepene i Gode pasientforløp, henholdsvis innføring av sjekklister som skal bidra til mer systematiske pasientforløp i tråd med Helhetlige pasientforløp i hjemmet-modellen, samt styrket brukermedvirkning gjennom å anvende "Hva er viktig for deg?"-tilnærmingen. Samlet sett vil dette bidra til mer helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp. Det gjenstår imidlertid flere utfordringer knyttet til samhandling på tvers av kommuner og sykehus. Neste skritt bør følgelig være å la kommuner og sykehus sammen jobbe med forbedringsarbeid på dette området. Helsefelleskapets rolle bør utforskes, og mulighetene som ligger i digitalisering bør utnyttes enda mer.

### UTARBEIDET AV

Line Melby

SIGNATUR  
*Line Melby*  
Line Melby (Feb 7, 2024 12:18 GMT+1)

### KONTROLLERT AV

Marian Ådnanes

SIGNATUR  
*Marian Ådnanes*  
Marian Ådnanes (Feb 7, 2024 11:07 GMT+1)

### GODKJENT AV

Øystein Risa

SIGNATUR  
*Øystein Risa*  
Øystein Risa (Feb 7, 2024 12:14 GMT+1)

COMPANY WITH  
MANAGEMENT SYSTEM  
CERTIFIED BY DNV  
ISO 9001 • ISO 14001  
ISO 45001

### RAPPORT NR.

102029847

### ISBN

978-82-14-07221-1

### GRADERING

Åpen

### GRADERING DENNE SIDE

Åpen

# Historikk

VERSJON	DATO	VERSJONSBEKRIVELSE
0.6	2024-01-15	Førsteutkast, ikke alle deler gjennomskrevet
0.9	2024-02-04	Gjennomskrevet hoveddel, diskusjon gjenstående
1.0	2024-02-07	Endelig versjon

# Innholdsfortegnelse

Forord .....	5
Sammendrag .....	6
<b>1 Innledning.....</b>	<b>10</b>
1.1 Helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp: Utdringer og løsninger .....	10
1.2 Om satsingen Gode pasientforløp .....	11
1.3 Mål .....	13
<b>2 Metode og materiale.....</b>	<b>14</b>
2.1 Fokusgruppeintervjuer.....	14
2.1.1 Gjennomføring.....	15
2.1.2 Om informantene .....	17
2.1.3 Bearbeiding og analyse av materialet .....	18
2.1.4 Etikk .....	19
<b>3 Resultater .....</b>	<b>20</b>
3.1 Organisering av forbedringsarbeidet i egen kommune/helseforetak .....	20
3.1.1 Organisering og sammensetning av forbedringsteamene .....	20
3.1.2 Forankring.....	24
3.1.3 Samarbeid mellom kommuner og sykehus i læringsnettverk.....	27
3.2 Deltakelse i læringsnettverk: Samlinger, læringsutbytte og veiledning .....	31
3.2.1 Erfaringer med samlingene .....	31
3.2.2 Arbeid mellom samlingene.....	35
3.2.3 Veiledning .....	36
3.2.4 USHT som veileder for deltakere i læringsnettverk .....	38
3.3 Brukermedvirkning og brukeren i fokus .....	41
3.3.1 “Hva er viktig for deg?”- å stille spørsmålet .....	42
3.3.2 Strategier for spørsmålsstilling i praksis .....	44
3.3.3 Behov for trening og opplæring blant ansatte .....	46
3.4 Systematisering av pasientens helse- og omsorgstjenester i pasientforløp.....	47
3.4.1 Sjekkliste.....	47
3.4.2 Andre virkemidler for å systematisere pasientforløpet .....	53
3.5 Forbedring og samarbeid om overganger i pasientforløpet.....	54
3.6 Eksempler på forbedret tjenestetilbud.....	58
3.7 Videreføring av arbeidet med Gode pasientforløp.....	64
3.7.1 Helsefellsskapets rolle .....	68
<b>4 Diskusjon og konklusjon .....</b>	<b>72</b>
4.1 Konklusjon.....	75

5 Referanser .....77

**BILAG/VEDLEGG**

---

Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

---

## Forord

Arbeidet med å sammenfatte erfaringer og resultater fra Gode pasientforløp-satsingen har vært et lærerikt, interessant og hyggelig arbeid. Alle vi i forskerteamet har vært oppriktig interessert i å lære mer om hva slags erfaringer deltakerne i læringsnettverkene hadde gjort seg. Når vi i tillegg kunne reise rundt og delta på samlinger og treffe deltakerne på sine hjemsteder har det vært veldig givende.

Vi vil rette en stor takk til oppdragsgiver KS ved Torun Risnes og Sigrid Askum for meget godt samarbeid. Videre vil vi takke Anders Vege fra FHI/Helsedirektoratet for all bistand med rekruttering av informanter. KS lokalt rundt om i Norge har også bistått med organisering, herunder rekruttering av informanter og booking av lokaler. Til sist vil vi takke alle informantene som har delt sine refleksjoner og erfaringer med oss. Vi håper vi har klart å sammenfatte og formidle all den kunnskapen dere har delt med oss på en gjenkjennelig måte.

Trondheim, 6.2.24

Line Melby, prosjektleder

## Sammendrag

Denne rapporten oppsummerer resultater fra et oppdrag SINTEF har gjennomført for KS der hensikten var å oppsummere erfaringer med satsingen Gode pasientforløp. Gode pasientforløp er utviklet for å støtte kommuner og helseforetak i å bedre overgangene i pasientforløpet, samt å sikre brukernes behov for helhetlige, trygge og koordinerte tjenester. Satsingen er utviklet med basis i forskningsbasert kunnskap, herunder Helhetlig pasientforløp i hjemmet-modellen (HPH) og «Hva er viktig for deg?»-tilnærmingen. Arbeidsformen i satsingen har vært læringsnettverk der kommuner og helseforetak deltar. Deltakerne har vært organisert i tverrfaglige forbedringsteam og har fått veiledning og oppfølging underveis i læringsnettversperioden. Satsingen ble gjennomført i samarbeid mellom KS og FHI og var finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet. Satsingen pågikk i knappe ti år, og ble avsluttet i desember 2023. Totalt har kommuner og helseforetak som dekker 75 prosent av Norges befolkning deltatt i Gode pasientforløp.

Prosjektet SINTEF har gjennomført har pågått fra september 2023 til rapporten ble ferdigstilt i februar 2024. Samlet gjennomførte vi 12 intervju, med totalt 72 deltakere. Brorparten av deltakerne kom fra større gruppeintervju, avholdt i de seks fylkene Nordland, Agder, Sogn og Fjordane, Telemark, Innlandet og Oslo. Vi intervjuet informanter fra 38 ulike kommuner, og seks sykehus. KS lokalt og Folkehelseinstituttet (FHI) bisto med rekruttering av informanter. Resultatene fra fokusgruppe-intervjuene presenteres i kapittel 3, og oppsummeres i dette sammendraget.

### Organisering av forbedringsarbeidet i egen kommune/helseforetak

I delkapittel 3.1 presenterer vi funn som viser at det både er forskjeller og likheter i hvordan forbedringsteamene har vært organisert i de ulike regionene. Noen av teamene har vært ledertunge og har hovedsakelig bestått av enhetsledere fra kommunal sektor, eller personer fra helseforetakene med administrativt lederansvar. De som har hatt denne typen organisering har begrunnet det med at de anså det som vitalt med sterk lederforankring for å lykkes. Andre har organisert forbedringsteamene med en majoritet av personer som jobber mer praksisnært/klinisk, med begrunnelse i at de ønsket å forankre arbeidet mer tjenestenært. Vi finner eksempler på at begge formene for organisering av forbedringsteamene har fungert godt, men også eksempler der man har identifisert et behov for å endre organisering ved å inkludere for eksempel flere ledere, eller flere personer som jobber tjenestenært, alt etter hvordan den opprinnelige organiseringen av teamet har vært.

Når det kommer til utviklingsarbeid knyttet til samhandling mellom kommuner og sykehus, så finner vi ganske betydelige regionale forskjeller mellom læringsnettverkene. Eksempler på hvordan deltakelse i læringsnettverkene har bedret tjenestetilbudet er bedring av overganger mellom tjenestene, for eksempel ved at kommunene tilpasser utskrivelsesrapporten til sykehusets behov. Et helt konkret eksempel som ble nevnt i to regioner, er at kommunene har sluttet å inkludere IPLOS-data i innleggelsesrapporten til sykehuset, ettersom de har fått innsikt i at sykehuset ikke bruker disse dataene. Det er videre flere eksempler på at deltakerne syntes det var for lite felles arbeid mellom sykehus og kommuner, og for lite oppmerksomhet på samarbeidet dem imellom. Informanter fra både kommuner og sykehus opplevde at dette kom sekundært til å «rydde i eget hus».

### **Deltakelse i læringsnettverk: samlinger, læringsutbytte og veiledning**

I delkapittel 3.2 tar vi opp informantenes opplevelser knyttet til deltakelse på samlinger i læringsnettverkene, samt deres vurdering av arbeidet mellom samlingene. Intervjuene viser at deltakerne jevnt over har vært fornøyde med selve innholdet i samlingene de har deltatt på gjennom læringsnettverkene. Særlig synes de at det har vært verdifullt å få avsatt tid til å konsentrere seg om forbedringsarbeid – noe som det i daglig drift kan være vanskelig å få til. Opplegget med arbeid mellom samlinger og veiledning blir omtalt positivt. Når det gjelder forbedringspotensial og innspill til videreføring av arbeidet i satsingen, handler dette om vektleggingen av akademisk vs. praktisk kunnskap i samlingene, behovet for noe mer spissede oppgaver og enda større grad av veiledning i gruppearbeid. Det er like viktig med proaktiv veiledning mellom samlingene og kopling til allerede eksisterende kompetanse og ressurser i kommunen. Til sist er det et tydelig behov for større oppmerksomhet på å jobbe på tvers av kommuner og sykehus for å skape de gode overgangene for pasienter og brukere.

### **Brukermedvirkning og brukeren i fokus**

Et hovedgrep i Gode pasientforløp har vært å styrke brukermedvirkning og jobbe for at bruker/pasient blir en likeverdig partner i utarbeidelse av sitt pasientforløp. I delkapittel 3.3 presenterer vi funn som belyser dette temaet. Funn fra fokusgruppeintervjuene viser at brukermedvirkning/brukeren som en likeverdig partner i sitt eget forløp og "Hva er viktig for deg?" har vært viktige temaer for deltakerne. Læringsnettverket har utvilsomt bidratt til å sette temaet tydelig på agendaen. Mange jobbet brukersentrert fra før, men samtidig viser intervjuene at flere også trengte en påminnelse og noen teknikker som gjør det lettere å jobbe på denne måten. Gjennom læringsnettverksperioden – og i tiden etterpå, fram til intervjuet – ser det ut til å ha skjedd en utvikling og en økt grad av refleksjon rundt hvordan man kan sikre en brukersentrert tjeneste. Det var også flere eksempler på at tilnærmingen spredte seg fra den/de enhetene som deltok i forbedringsteamet til andre deler av kommunen. Samtidig er det tydelig at dette også er et kontinuerlig arbeid. Brukerinvolvering i dagens helse- og omsorgstjeneste handler også om at mange brukere og pasienter må erkjenne at de – på godt og vondt - må ta en større og mer aktiv rolle i sitt eget forløp. Det innebærer blant annet at vi som framtidige tjenestemottakere må forvente at flere tjenester gis i hjemmet. For helsepersonell blir det en oppgave å greie å engasjere og motivere brukere til å klare seg lengst mulig hjemme.

### **Systematisering av pasientens helse- og omsorgstjenester i pasientforløp**

I delkapittel 3.4 undersøker vi hvordan informantene har jobbet for å systematisere brukernes/pasientenes forløp. Intervjuene viser at forbedringsteamene – og tjenestene de tilhører – har jobbet på en rekke forskjellige måter for å oppnå dette. De mest nevnte virkemidlene for å skape sammenheng og systematikk i forløpene er forskjellige sjekklister hentet fra HPH-modellen (og mer eller mindre lokalt tilpasset), maler, faste møtepunkter for inntaks- og vedtaksmøte (tavlemøter), strukturerte inntakssamtaler og bruk av primærkontakt. Det er forskjeller mellom forbedringsteamene med hensyn til hvilke sjekklister de har jobbet med, og i hvilken grad de har klart å få dem i ordinær bruk i tjenestene. Ulike resultater på dette området ser i stor grad ut til å skyldes tidligere erfaring med bruk av sjekklister. De med tidligere erfaring har et forsprang på de uten erfaring. Til tross for variasjon mellom informantene/kommunene er det også noen felles erfaringer. Blant annet påpeker mange av informantene at sjekklister må digitaliseres for at de skal bli mest mulige brukbare. I tillegg har flere informanter framhevet at de ønsker mer kunnskap om hvordan de kan måle hva slags effekter innføring av sjekklister har hatt, foruten i hvilken grad de blir brukt.



### Forbedring og samarbeid om overganger i pasientforløpet

Et viktig tema i Gode pasientforløp har vært å bedre tjenesteovergangen innad i kommunene, samt mellom kommune- og spesialisthelsetjenester. Temaet tas opp i delkapittel 3.5. Oppsummert er det liten tvil om at satsingen har satt forbedring av - og samarbeid om - overganger i pasientforløp på kartet. Det er imidlertid vanskelig å fastslå om satsingen og forbedringsarbeidet faktisk har medført bedre tjenesteoverganger hos de som har deltatt i læringsnettverk. Eksemplene vi har presentert gir i alle fall en indikasjon på at det er flere tilfeller der arbeidet har medført bedre og mer sømløse overganger. Det er imidlertid, som vi har understreket tidligere, relativt store regionale forskjeller. Det kan være stor nytte i erfaringsoverføring fra læringsnettverk hvor de har lyktes godt med i å forbedre overganger i pasientforløpet til andre som ikke har kommet så langt. Det er samtidig viktig å påpeke at det er ulike forutsetninger i regionene, der eksisterende samhandlingskultur ser ut til å ha vært en sentral faktor for hvorvidt man har fått til et velfungerende samarbeid på tvers av tjenestenivåer.

### Forbedret tjenestetilbud

Informantenes fortellinger gir oss et bilde av at deltakelse i læringsnettverkene i Gode pasientforløp har ført til flere eksempler på forbedret **tjenestetilbud**. Det er også flere tilfeller der det har skjedd forbedringer som en "bieffekt" av forbedringsarbeidet på et annet område. Sett i sammenheng er det sannsynlig at arbeidet har gitt en positiv effekt for pasienter og brukere gjennom bedre pasientforløp. Dette tar vi opp i delkapittel 3.6.

Kunnskap og kompetanse som deltakerne har opparbeidet seg gjennom læringsnettverkene vil videre kunne være nyttig for annet framtidig forbedringsarbeid. For eksempel vil kompetanse på implementering av sjekklistene ha både direkte effekter som bedre inntak/innskriving av pasienter og indirekte effekter ved at ansatte øker sin generelle kompetanse knyttet til implementering av nye løsninger og tjenester. Som en del av arbeidet i læringsnettverket ble deltakerne videre bedt om å gjennomføre målinger for å vurdere om de hadde lyktes med implementeringen av HPH-sjekklistene. Flere har bemerket at de enten har lært metoder for å gjennomføre slike målinger eller har identifisert at dette er en kompetanse de mangler og trenger å tilegne seg. Tilsvarende eksempler finner vi under temaet "samarbeid mellom sykehus og kommune", der enten tjenestetilbudet i regionen er forbedret ved etablering eller videreutvikling av et godt samarbeid mellom tjenestenivåene, eller det er tydelig identifisert at dette samarbeidet om pasientforløp mangler, og at det nå arbeides med å forbedre det.

### Videreføring av arbeidet med Gode pasientforløp

I delkapittel 3.7 tar vi for oss informantenes syn på hvordan arbeidet med gode pasientforløp kan og bør videreføres. Gjennom intervjuene har vi fått et tydelig inntrykk av at informantene er opptatt av å videreføre arbeidet knyttet til å skape gode pasientforløp og jobbe brukersentrert etter at satsingen er ferdig, og flere team ønsker å fortsette og treffes. Det er flere som poengterer at de ikke føler seg ferdig med arbeidet, og alle erkjenner også at forbedringsarbeid er et kontinuerlig arbeid. For å holde oppmerksomheten oppe på temaet "gode pasientforløp" ønsker flere seg en type faglige samlinger, i for eksempel en slags light-variant av samlingene som har vært for læringsnettverkene. Flere trekker også frem betydningen av å skape en felles forståelse internt og på tvers av organisasjoner og nivåer om hvorfor det er viktig at man fortsetter satsingen

på Gode pasientforløp. I tillegg er det en viss bekymring for hvordan man skal få tid til å jobbe dedikert med temaet i en travel hverdag.

Det varierte en del hvor godt kjent deltakerne var med Helsefellesskap, og følgelig hvilke betraktninger de gjorde seg av relevansen for videre arbeid med samhandling og arbeidet med pasientforløp. Dersom helsefellesskapene fungerer som tiltenkt, vil aktørene i både kommune- og spesialisthelsetjenesten kunne nyttiggjøre seg av dem som en arena for erfaring- og kommunikasjonsutveksling og læring. Dermed vil aktørene i et opptaksområde få bedre forståelse for hva slags utfordringer de andre tjenestene står ovenfor, hva de trenger fra hverandre, hva slags kompetanse man sitter på (og hva slags kompetanse som mangler), og hvordan denne kunnskapen kan spres til øvrige aktører i regionen (Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, 2019). Dersom man lykkes med dette, er det et stort potensial i å forankre og videreføre arbeidet med Gode pasientforløp gjennom helsefellesskapene.

### **Veien videre**

I løpet av perioden læringsnettverkene har pågått har det blitt igangsatt en lang rekke forbedringsprosjekter i tjenestene. Rapporten beskriver noe av alt arbeidet som har blitt gjort. Utfordringene knyttet til samhandling og det å klare å tilrettelegge for helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp er imidlertid ikke løst. Det betyr at selv om satsingen er over, er det arbeid som gjenstår. Hvilke områder skal en særlig legge inn innsatsen på? Noen området peker seg tydelig ut. For det første er det behov for å tilrettelegge for at ansatte i kommuner og i sykehus kan jobbe *sammen* om å skape de gode overgangene og det gode pasientforløpet. For det andre bør en jobbe videre med *helsefellesskapet* og avklare hvordan det best kan engasjere og involvere kommuner og helseforetak i sin region for å styrke arbeidet med samhandling. For det tredje er det nødvendig å jobbe videre med *digitalisering*. Det omfatter forholdsvis enkle ting som å digitalisere sjekklister til mer omfattende prosesser hvor tjenester digitaliseres, i parallell med organisasjonsutvikling og forhåpentligvis i tråd med brukere og pasienters ønsker.

# 1 Innledning

Denne rapporten oppsummerer resultater fra et oppdrag SINTEF har gjennomført for KS der hensikten var å oppsummere erfaringer med satsingen Gode pasientforløp. Prosjektet har pågått fra september 2023 til rapporten ble ferdigstilt i februar 2024.

Rapporten er bygget opp slik at vi starter med en kort gjennomgang av utfordringer og mulige løsninger for å få til helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp. Deretter beskriver vi Gode pasientforløp-satsingen, og målet for oppdraget (del 1). I del 2 beskriver vi metode og materiale. Del 3 tar for seg resultatene, strukturert etter hovedtemaene vi har undersøkt. I del 4 trekker vi sammen trådene og peker på områder som en bør jobbe videre med.

## 1.1 Helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp: Utfordringer og løsninger

Gode pasientforløp-satsingen er utviklet for å støtte kommuner og helseforetak i å bedre overgangene i pasientforløpet, samt å sikre brukernes behov for helhetlige, trygge og koordinerte tjenester (KS & FHI, 2022). En kjent utfordring er manglende og dårlig koordinert samhandling internt og på tvers av kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten. Den ble særlig satt på agendaen med innføringen av samhandlingsreformen i 2012 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). I årene etterpå har vi sett en økende oppmerksomhet på behovet for bedre integrering av tjenester på tvers av nivåer. Samhandlingsutfordringene har blant annet sin bakgrunn i at stadig flere pasienter er eldre og har multisykdom, og at flere pasienter trenger behandling lengre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Videre skrives pasienter tidligere ut av sykehus i dag enn tidligere og har større behov for helsehjelp enn før (Melberg & Hagen, 2016; Melby et al., 2019; Storeng et al., 2020). For å nå målene om sammenhengende, godt koordinerte tjenester av høy kvalitet, der pasienten settes i sentrum, stilles det krav til god organisering, kommunikasjon og informasjonsutveksling på tvers av helse- og omsorgstjenestene (Schou et al., 2014).

Det er flere virkemidler som er innført fra nasjonale myndigheter for å styrke koordinering og samhandling i tjenestene. Det er krav i Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 6 om at kommuner og helseforetak skal inngå samarbeidsavtaler for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2014). Videre ble Helsefelleskap lansert i nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Hensikten er å skape en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste. Helsefelleskapene skal konsentrere seg om fire prioriterte pasientgrupper (barn og unge, personer med flere kroniske lidelser, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og skrøpelige eldre) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Forsøk med teamorganisering, som strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam, kan videre ses på som et virkemiddel for å legge til rette for strukturer som sikrer tverrfaglig og tverretattlig samarbeid, proaktivitet og pasienten i sentrum (Kalseth et al., 2022; Melby et al., 2021). Det finnes også andre forsøk med teamorganisering for å styrke samhandling og overganger mellom sykehus og kommune, hvor pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSHT) i Helse Nord kanskje er det mest kjente (Universitetssykehuset i Nord-Norge, 2023).

Foruten organisatoriske grep, er det stor satsing på utvikling og innføring av digitale løsninger som kan støtte samhandling mellom tjenesteutøvere, mellom tjenestene og brukere/pasienter. Forskning viser for eksempel at det er avgjørende med god kommunikasjon og informasjonsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune for å forhindre reinnleggelse, for å sørge for større etterlevelse og bidra

til større pasienttilfredshet (Becker et al., 2021). Digitalisering for å bøte på samhandlingsutfordringer gjenspeiles i Nasjonal e-helse-strategi som har som et av sine hovedmål at helsepersonell og innbyggere skal ha tilgang til oppdaterte helseopplysninger som er sikre og av god kvalitet. Det skal igjen legge til rette for en mer aktiv innbygger og bedre og mer effektiv helsehjelp (Direktoratet for e-helse, 2023). I praksis er det nødvendig å jobbe med organisatorisk utvikling og endring parallelt med innføring av digitale løsninger, slik at digitalisering og organisatoriske virkemidler må ses i sammenheng.

Et tredje viktig utviklingstrekk er at brukeren/pasienten selv skal ha økt innflytelse og medvirkning i eget tjenestetilbud. Fra nasjonale myndigheters side er det en ambisjon om å skape pasientens helsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Det innebærer blant annet at pasientene er aktive deltakere i helsehjelpen de mottar, de opplever sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner, og sårbare pasienter opplever at tjenestene opptrer i team rundt dem. I tillegg legges det vekt på at informasjon skal følge pasienten gjennom hele forløpet, og en økt bruk av digital hjemmeoppfølging og hjemmesykehus. Videre skal helsepersonell spille hverandre gode, og de vet hva neste ledd i pasientforløpet trenger og kan bidra med (ibid.) Å bruke "Hva er viktig for deg?"-metodikk er et viktig virkemiddel for helsepersonell i møtet med pasienten for å få innblikk i pasientens ønsker, prioriteringer, sorger og gleder (ibid.).

Gode pasientforløp-satsingen baserer seg både på behov for organisatorisk endring og et sterkt pasient-/brukerfokus. Flere av forbedringsprosjektene innenfor satsingen omfatter også digitale løsninger og tjenester. Et eksempel er Helserom Helgeland som ledes av Helgelandssykehuset og flere kommuner på Helgeland.

## 1.2 Om satsingen Gode pasientforløp

Satsingen på Gode pasientforløp/Helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp startet opp i 2014 og ble avsluttet ved utgangen av 2023. Formålet er beskrevet å støtte kommunene og helseforetakene i å bedre overgangene i pasientforløpet, samt å sikre brukernes behov for helhetlige, trygge og koordinerte tjenester (KS & FHI, 2022). Satsingen ble gjennomført i samarbeid mellom KS og FHI og er finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet. Totalt har nå kommuner og helseforetak som dekker 75 prosent av Norges befolkning deltatt i Gode pasientforløp.<sup>1</sup> ((Gode pasientforløp årsrapport, 2022).)

Satsingen har hatt fem effektmål og seks resultatmål.

### Effektmål:

- Brukeren/pasienten opplever å være likeverdig partner i utarbeidelse av sitt pasientforløp.
- Pasientens helsetjeneste i kommuner og sykehus er systematisert i helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp.
- Kommuner og sykehus arbeider kontinuerlig med å bedre overgangene i pasientforløpet.
- Helsefremmende mestring er sentralt i arbeidet med gode pasientforløp i kommunene og sykehus.
- Kommuner og sykehus samarbeider som partnere om det gode pasientforløpet.

<sup>1</sup> [Dette er Gode pasientforløp - KS](#) (lesedato: 6.8.23)

**Resultatmål:**

- Alle pasienter/brukere har systematisk oppfølging i sitt pasientforløp (basert på Helhetlige pasientforløp i hjemmet (HPH)-modellen).
- Tidlig intervensjon, forebygging og helsefremmende mestring er satt i system.
- Samvalg og personsentrert tilnærming er en naturlig del av pasientforløpet.
- Alle pasienter/brukere blir kartlagt og fulgt opp ut fra «hva er viktig for deg?»-skjemaet.
- Fastlegens rolle er integrert i pasientforløpet.
- Ledere etterspør resultater fra gode pasientforløp.

Arbeidsformen i satsingen har vært læringsnettverk der kommuner og helseforetak deltar. De første læringsnettverkene ble gjennomført separat for eldre og kronisk syke, og for personer med psykisk helse- og rusutfordringer. I perioden 2020-2023 har læringsnettverkene omfattet alle brukere.<sup>2</sup> Læringsnettverksperioden er på 18 måneder, samt at det er en forberedelsesfase på tre måneder før oppstart. I løpet av perioden arrangeres fire samlinger, i tillegg til en erfaringssamling om lag ett år etter den siste samlingen. Formålet med forberedelsesfasen har vært å forankre arbeidet i organisasjonen, opprette forbedringsteam og innhente innsikt fra brukere/pasienter. I tillegg har deltakerne i læringsnettverket fått i oppgave å lage en poster som viser forberedelsen de har gjort i læringsnettverket, som har blitt presentert på første samling. Formålet med de fire samlingene i læringsnettverksperioden er blant annet å etablere felles forståelse og behov for endringer, skape en felles forståelse for hvordan målene skal nås, evaluere eget forbedringsarbeid og justere planen for hvordan målene skal oppnås, samt presentere forbedringsarbeidet for de andre læringsnettverkene i regionen, og lage en plan for kontinuerlig forbedringsarbeid etter at den fjerde samlingen er ferdig (Gode pasientforløp årsrapport, 2019).

Satsingen er utviklet med basis i forskningsbasert kunnskap, herunder Helhetlig pasientforløp i hjemmet-modellen (HPH) og «Hva er viktig for deg?»-tilnærming. Deltakerne har vært organisert i tverrfaglige forbedringsteam og får veiledning og oppfølging av KS/FHI eller regionale ressurspersoner. Teamene jobber med kvalitetsforbedrende arbeid på egen hånd mellom samlingene (KS & FHI, 2021). De lokale Utviklingssenter for hjemmetjenester og sykehjem (USHT-ene) har også en rolle som veileder for forbedringsteamene. I tiden framover når helsefelleskapene har fått konsolidert seg, er det et mål at de skal spille en rolle. Eksakt hvordan rollen skal utøves må bestemmes i de respektive helsefelleskap.

Satsingen på Gode pasientforløp ble midtveisevaluert av forskere ved Nasjonalt Senter for e-helseforskning (NSE), og rapport ble publisert i 2020 (Nordheim et al., 2021). Evalueringen viste at læringsnettverkernes ambisjon og motivasjon for endring og forbedring er høy, og at arbeidet har medført et sterkere fokus og refleksjon rundt pasientsentrering og «Hva er viktig for deg?», samt større tillit mellom aktører i tjenestene, noe som igjen har ført til bedre samhandling og kvalitet på forløpene. Forfatterne fremhever at Gode pasientforløp bidrar til å drive fram et nødvendig og overordnet paradigmeskifte i retning av en personsentrert helsetjeneste. Samtidig peker forfatterne på at dette er et langsiktig arbeid og at det er utfordringer. Særlig trekker de fram rammebetingelsene for helsetjenesten som bestemmes på nasjonalt nivå. Disse må endres slik at styringssignalene støtter opp om visjonen i Gode pasientforløp (Nordheim et al., 2021).

<sup>2</sup> [Dette er Gode pasientforløp - KS](#) (lesedato: 6.8.23)

### 1.3 Mål

Hovedmålet med SINTEFs oppdrag har vært å belyse i hvilken grad **effekt**målene i satsingen Gode pasientforløp har blitt oppnådd, sett fra deltakere i forbedringsteam og helselederens side. Det betyr at vi særlig har undersøkt følgende tema:

- Brukere/pasienter opplever å være likeverdig partner i utarbeidelse av sitt pasientforløp.
- Pasientenes helsetjeneste i kommuner og sykehus er systematisert i helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp.
- Kommuner og sykehus arbeider kontinuerlig med å bedre overgangene i pasientforløpet.
- Helsefremmende mestring er sentralt i arbeidet med gode pasientforløp i kommunene og sykehus.
- Kommuner og sykehus samarbeider som partnere om det gode pasientforløpet.

I tillegg har det vært et mål å belyse spørsmål knyttet til **prosess**, altså hva slags erfaringer deltakerne i forbedringsteam og helseledere har gjort seg ved å delta i læringsnettverk, og deres samarbeid for å skape gode pasientforløp. Følgende tema har vært i fokus:

- Læringsutbytte fra å delta i læringsnettverk.
- Arbeid med forankring i sine respektive organisasjoner.
- Forankring i helsefellesskap.

Videre har det også vært et mål å kartlegge og gi konkrete eksempler på forbedring i tjenestetilbudet, som har sammenheng med deltakelse i læringsnettverk (**resultat** av deltakelse):

- Beskrive eksempler på forbedret tjenestetilbud, særlig knyttet til bruk av «Hva er viktig for deg?»-tilnærming og HPH.

Til siste har vi undersøkt "veien videre". Hvordan skal arbeidet som er startet opp gjennom satsingen tas videre? Hva er deltakernes synspunkter på dette?

## 2 Metode og materiale

### 2.1 Fokusgruppeintervjuer

For å innhente kunnskap om erfaringene med satsingen på Gode pasientforløp gjorde vi fokusgruppeintervjuer med deltakere i læringsnettverk, inkluderte veiledere for forbedringsarbeidet. Utvalg av deltakere ble gjort i samsvar med oppdragsgiver, med tanke på å dekke et bredt utvalg av deltakende kommuner og tilhørende helsefelleskap. Sentrale faktorer i disse vurderingene var kommunenes størrelse, ulike planer for videreføring av satsingen, og ulik fremdrift med tanke på hvor lenge kommunene har arbeidet med satsingen. Intervjuene ble gjort i perioden oktober-desember 2023.

Som metode har fokusgruppeintervju flere fordeler. En særlig fordel i dette prosjektet var at vi raskt var i stand til å innhente en stor mengde data fra et bredt utvalg. Utover dette viser forskningslitteratur at fokusgruppeintervju kan oppleves mindre truende for deltakerne enn individuelle intervjuer. Det kan oppleves trygt å sitte sammen med andre i en gruppe og dele felles erfaringer (Tjora, 2012). Videre er det en særlig styrke ved fokusgruppeintervju at deltakerne vil ha en interaksjon og dynamikk seg imellom, noe man ikke har i et individuelt intervju. Det innebærer at deltakerne kan spille på hverandre, reflektere over hva de andre sier, og stimulere hverandre til å huske på erfaringer som ikke er forberedt som et intervjutema (Tjora, 2012). Dette var moment som gjorde seg gjeldende i alle våre gruppeintervju, hvor interesserte og engasjerte deltakere entusiastisk delte erfaringer fra perioden de arbeidet med satsingen.

Til disse intervjuene hadde vi en intervjuguide (Tabell 1), som var formulert etter satsingenes sentrale effektmål. Denne ble så diskutert med oppdragsgiver. Det ble spesielt lagt vekt på at det i tillegg til effektmålene skulle kartlegges hvordan deltakerne ser for seg at de positive erfaringene fra satsingen skal videreføres, samt hva de behøver for å muliggjøre dette. I praksis fungerte denne guiden som en tematisk veiviser, med sentrale påminnelser om hvilke punkt som burde berøres, mens vi i selve samtalen la vekt på å ha en så naturlig dialog som mulig rundt disse temaene. Slik ble disse intervjuene semistrukturerte forskningsintervju, hvor vi kunne forfølge interessante spor i samtalen når de oppsto, samt legge opp til en naturlig og engasjert meningsbrytning framfor rigide økter med spørsmål og svar. Med rundt 90 minutter til hvert intervju, og flere som varte lengre, framsto fokuset på den gode samtalen som viktig for å holde engasjementet oppe blant informantene.

**Tabell 1: Intervjuguide**

<b>Tema basert på mål med oppdraget</b>	<b>Spørsmål</b>
	Innledning, infoskriv, presentasjonsrunde
Erfaringer ved å delta i læringsnettverk, organisering, samarbeidsmåter og utbytte	Hvordan forbedringsteamet er organisert, og hvordan dere har jobbet? Hva konkret har dere jobbet med av forbedringsarbeid i deres team? Hvordan har dere jobbet på tvers av HF/kommune? Opplever dere at dere jobber mot et felles mål? Hvordan har helsefellesskapene vært påkopleet? Har dere brukt noen spesifikk metodikk (utover læringsnettverk)?
Effektmålene for Gode pasientforløp	Hvor godt kjent er dere med effektmålene? Har disse satt retning for prioritering av forbedringsarbeid?
Bruker/pasienten i fokus	Hvordan har dere jobbet for å sikre at bruker/pasient blir en likeverdig partner i sitt forløp? Har dere erfaringer med «Hva er viktig for deg?»-tilnærming?
Helsefremmende mestring	På hvilken måte har mestring og helsefremming vært ivaretatt i forbedringsarbeidet?
Tjenesteorganisering	Har dere systematisert forløp ut fra for eksempel en HPH tilnærming? Har dere gjennomført andre grep for å sikre bedre overganger mellom sykehus og kommune?
Eksempler på forbedret tjenestetilbud	Kan dere gi eksempler på forbedret tjenestetilbud? Finnes det mer info/dokumentasjon på resultater og effekter av nytt tilbud?
Veien videre	Hvordan videreføre erfaringene fra Gode pasientforløp? Hva mener dere er viktig for at dette skal bli en varig endring (ny varig arbeidskultur?) Hvordan er ambisjonene framover?
Avrundning	Er det noe som vi ikke har fått snakket om som er viktig å formidle i dokumentasjonen av satsingen?

### 2.1.1 Gjennomføring

Samlet gjennomførte vi 12 intervju, med totalt 72 deltakere. Brorparten av deltakerne kom fra større gruppeintervju, holdt i de seks fylkene Nordland, Agder, Sogn og Fjordane, Telemark, Innlandet og Oslo. Vi intervjuet informanter fra 38 ulike kommuner og seks sykehus. KS lokalt og FHI bisto med rekruttering av informanter, og i flere tilfeller ble det avholdt en samling i tilknytning til intervjuet. Eller intervjuet ble lagt opp til et allerede eksisterende arrangement, som gjorde at mange som hadde deltatt i Gode pasientforløp uansett var til stede.



Fire forskere fra SINTEF deltok i intervjuene, hvor vi i så stor utstrekning som mulig hadde to intervjuere pr. gruppe. Hovedhensikten var å ha god mulighet til å følge opp temaer som kom opp underveis i intervjuet. Av praktiske årsaker er det også en fordel å være to moderatorer/intervjuere for å ha kontroll på tidsbruk og ordstyring. Tabell 2 viser fordelingen av deltakere pr. fylke, antall deltakere og antall intervju, mens Tabell 3 viser de ulike deltakende kommunene og sykehus.

**Tabell 2: Oversikt over sted, tidspunkt, hvor mange intervjuer gjennomførte og antall personer intervjuet, per region.**

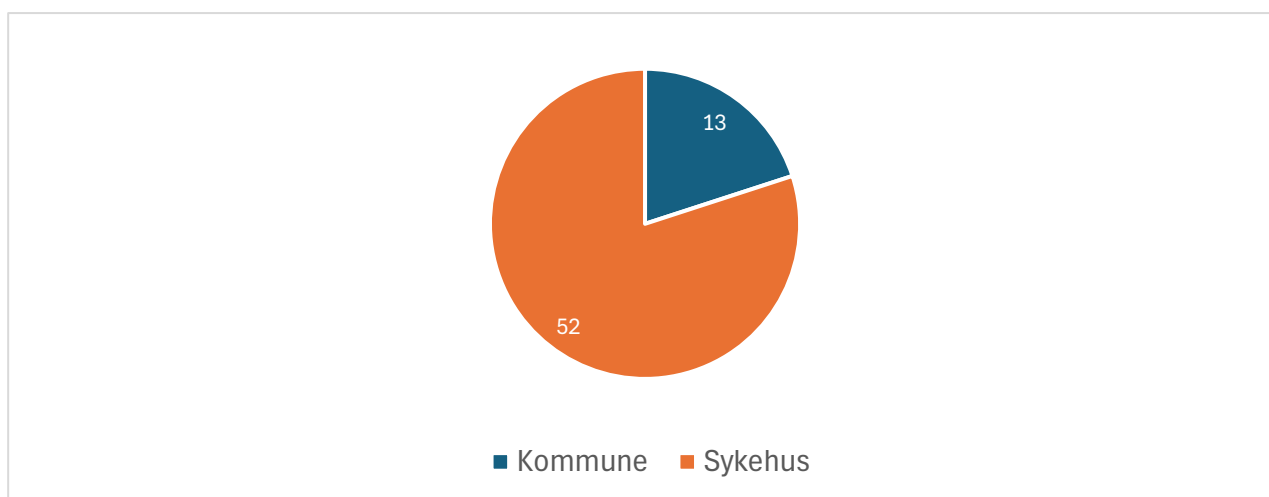
Sted	Tidspunkt	Antall intervju	Antall personer
Helgeland, Mosjøen	11.okt	1	7
Agder, Kristiansand	12.okt	2	17 (8+9)
Sogn og Fjordane, Skei i Jølster	23.nov	2	12 (7+5)
Telemark, Seljord	17.nov	1	7
Oslo	21.nov	1	8
Innlandet, Hamar	29.nov	2	13 (6+7)
USHT	11.des	1	4
USHT	12.des	1	2
Ledere Sørlandet sykehus	13.des	1	2
<b>Totalt</b>		<b>12</b>	<b>72</b>

**Tabell 3: Oversikt inkluderte kommuner og sykehus**

Fylke:	Inkluderte kommuner:	Antall deltakere	Deltakende sykehus
<b>Helgeland</b>	Lurøy, Rana, Vefsn, Alstahaug, Herøy	<b>5</b>	Helgelandssykehuset Mosjøen
<b>Agder</b>	Kvinesdal, Birkenes, Iveland, Grimstad, Kristiansand, Froland, Åmli, Lyngdal, Arendal	<b>9</b>	Sørlandet sykehus Kristiansand
<b>Sogn og Fjordane</b>	Askvoll, Fjaler, Luster, Sogndal, Stryn, Kinn, Lærdal, Stad, Vik	<b>9</b>	Førde sentralsjukehus
<b>Telemark</b>	Seljord, Tokke, Notodden, Kviteseid, Vinje	<b>5</b>	Sykehuset Telemark
<b>Oslo</b>	Oslo	<b>1</b>	Oslo Universitetssykehus
<b>Innlandet</b>	Nord-Fron, Våler, Hamar, Gausdal, Elverum, Gran, Vestre Toten, Løten, Stange, Ringsaker	<b>9</b>	Sykehuset Innlandet
<b>Antall:</b>		<b>38</b>	

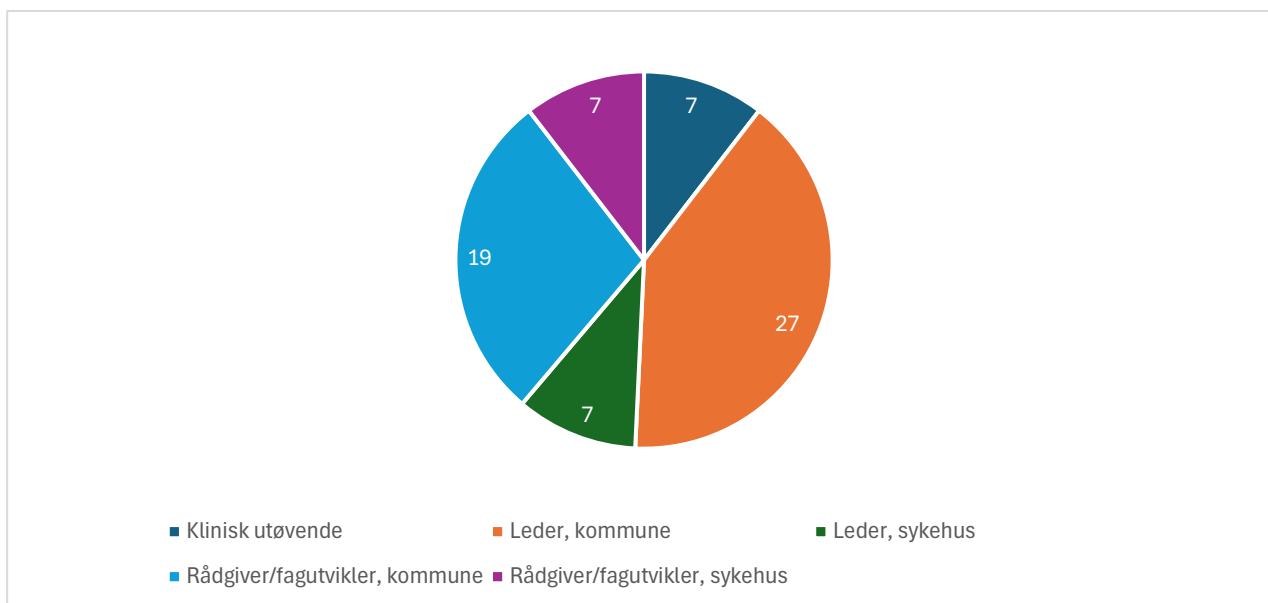
### 2.1.2 Om informantene

Gode pasientforløp har hatt en sentral ambisjon om å bedre overgangene i pasientforløp mellom kommuner og sykehus, hvilket gjorde at vi la vekt på å få med deltakere fra både kommuner og sykehus i hvert intervju. I fylkene hvor vi fordelte et større antall deltakere på flere grupper sørget vi derfor for at det alltid var (minst) en representant fra sykehuset i hver gruppe, samt at vi gjennomførte et separat intervju med to sykehusledere. Figur 1 viser fordelingen av informanter på henholdsvis sykehus og kommune. I tillegg intervjuet vi veiledere fra USHT. Dette dreier seg om sju personer, der seks ble intervjuet separat og en deltok i ett av de ordinære gruppeintervjuene. USHT-veilederne er imidlertid ikke kategorisert basert på stillingsbeskrivelse og i sykehus/kommune-oversikten da de hadde en annen rolle i satsingen enn våre øvrige deltakere.


**Figur 1: Fordeling av antall informanter etter hvorvidt de jobbet i kommune eller på sykehus.**

Som vi ser av fordelingen av antall informanter fra hvert tjenesteområde, er kommunesektoren naturlig nok betydelig sterkere representert enn sykehusene. Fra figur 1 ser vi at 20 prosent, eller 13 informanter,

jobber på sykehus, mens 80 prosent av deltakerne i læringsnettverkene jobber i kommunal sektor. Oversikt over deltakernes overordnede stillingsbeskrivelser er å finne i Figur 2.



**Figur 2: Fordeling av antall informanter etter stillingsbeskrivelse**

Fra figur 2 ser vi at 27 av deltakerne, eller ca. 42 prosent, jobber som ledere i kommunal sektor. Den nest største stillingskategorien er rådgiver/fagutvikler i kommunen, en rolle 29 prosent av informantene har. Fra figuren ser vi også at sju av informantene, eller 11 prosent, jobber i stillinger hvor de er klinisk utøvende.

Informantene representerer forbedringsteam som har jobbet med en rekke forskjellige tema. Vi kommer nærmere inn på flere av disse underveis i resultatdelen. Her vil vi bare nevne at alle informantene har fortalt om sitt forbedringsarbeid i mer eller mindre detalj. Det ligger imidlertid utenfor rapportens hensikt å gå veldig detaljert inn på det. Beskrivelsene av forbedringsarbeidet har omfattet brede tema som "å sette forbedringsarbeid i system", samt "å bedre den interne samhandlingen i kommunen". Mer spesifikt har noen hatt fokus på å bedre overgangen mellom korttidsavdelinger og hjemmet, og å etablere rutiner for inntakssamtaler slik at alle ansatte skal kunne gjennomføre disse, uavhengig av stilling og tidligere erfaring med inntak. Noen kommuner har satt søkelys på mottaksrutiner på sykehjem for å sikre at pasientene får et godt pasientforløp, og andre har arbeidet med innføring av utskrivningssamtaler når pasienter skrives ut fra sykehjem etter korttidsopphold. På et mer generelt plan har forbedringsteamene også jobbet med innovasjonsledelse og kulturendring, herunder målet om å gå vekk fra silotenkning til å se tjenestene mer i sammenheng.

### 2.1.3 Bearbeiding og analyse av materialet

Alle intervjuene ble fullt ut transkribert. Med unntak av to intervjuer som vi transkriberte selv, ble resten transkribert av studentassistenter. Vi fordelte transkripsjonene mellom oss, og var bevisste på å la en prosjektmedarbeider som *ikke* hadde deltatt i intervjuet gå gjennom noen intervjuer som hen ikke hadde deltatt på selv. På denne måten vekslet vi mellom å analysere intervjuer vi selv hadde vært med på og intervjuer som kollegene hadde ledet. Hensikten var å sikre at flere prosjektmedarbeidere fikk innblikk i materialet og kunne bidra med sin forståelse av intervjuet. Intervjuene ble kodet ut ifra de sentrale problemstillingene i oppdraget, inkludert satsingens effektmål.

#### **2.1.4 Etikk**

Prosjektet behandler personopplysninger og ble derfor meldt til SIKT. Vi har ikke ønsket å identifisere personer som har deltatt i intervjuene, og ingen blir dermed omtalt med personidentifiserende opplysninger, som rolle/stilling/kommune. Ingen kommuner eller sykehus blir navngitt når vi presenterer funn, for eksempel i form av sitater. Vi har imidlertid altså valgt å navngi hvilke regioner, kommuner og sykehus informantene kommer fra, for å være mest mulig åpne omkring hvor erfaringene stammer fra.

## 3 Resultater

### 3.1 Organisering av forbedringsarbeidet i egen kommune/helseforetak

Kommunene og helseforetakene som har deltatt i satsingen Gode pasientforløp har alle sitt særpreg, og har gått inn i forbedringsarbeidet med ulike forutsetninger. Deltakerne har for eksempel hatt ulik grad av erfaring med forbedringsarbeid knyttet til pasientforløp fra tidligere. Team-sammensetning, og forankring, har også variert. Videre i denne delen skal vi gå gjennom hvordan kommunene og sykehusene som har deltatt i studien har beskrevet organiseringen av arbeidet.

#### 3.1.1 Organisering og sammensetning av forbedringsteamene

Alle kommuner og sykehus som har deltatt i Gode pasientforløp har satt sammen et såkalt forbedringsteam som har ansvar for kvalitetsforbedringsarbeidet. Det omfatter å definere hva slags kvalitetsforbedring man ønsker å jobbe med, ta ansvaret for å gjennomføre forbedringsarbeidet, samt å delta på samlinger i læringsnettverket. Deltakerne hadde fått få føringer med tanke på hvordan teamet skulle settes sammen. Dermed fant vi også en stor grad av variasjon i hvordan teamene var organisert, fra relativt topptunge samlinger med ledere for ulike tjenestetilbud, til mer praksisnære organisasjonsformer. Oppsummert var teamene:

- Tverrfaglig sammensatte.
- Varierende i størrelse.
- Varierende med tanke på andel ledere og andel ansatte som jobber operativt.
- Organisert internt i kommunen, og internt i sykehus. Teamene går ikke på tvers av kommuner og sykehus.
- En del team endret sammensetning underveis.

#### Tverrfaglige team

Sitatene under eksemplifiserer den tverrfaglige sammensetningen i noen team:

*«I [kommunen] har vi vært opptatt med å være tverrfaglige og startet med ei veldig stor gruppe, der vi så at noen naturlig falt i fra fordi vi landet på å ha arbeidet fra korttidsavdeling ut internt i kommunen og imot sykehuset. Da var det de som var involvert i arbeidet der som ble med videre, slike som ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleiere, avdelingsleder og helsefagarbeidere. Kommune-overlegen har vært med, og så har koordinering og tildelingskontor [vært med] hos oss» (Kommune, Telemark).*

*«Jeg er avdelingsleder i miljø/velferd. Jeg har vært prosjektleder i dette prosjektet. Vi har vært sju personer i gruppa, de samme personene gjennom hele prosjektet. Hadde med avdelingsleder ifra omsorgssenter. Har hatt med avdelingsleder fra arbeidssenter. Sykepleier fra avdeling og miljøarbeider fra psykisk helse og rus. Fysioterapeut hadde vi med og. Så vi har representanter fra hele [kommunen]». (Kommune, Sogn og Fjordane)*

*«Vi tenkte at vi måtte jobbe på tvers av tjenesten, så vi hadde både representanter fra hjemmesykepleie og sykehjem ... For vi skulle jo jobbe med overganger mellom sykehjemmet og*

*hjemmesykepleien. Så vi hadde med oss enhetsleder, teamleder, fysioterapeuter også var det meg som prosjektleder. Så det tenker jeg var fint.» (Kommune, Agder)*

*«Vi etablerte et tverrgående arbeid – eller en tverrgående arbeidsgruppe, som besto av ledere fra forbedringsteamene både på sykehus og i kommunen. Og så var det det å finne ut av hvem ellers vi trenger å ha med oss. Ikke sant, for det var ikke bare lederne. Hvis vi skulle endre på noe, så måtte vi ha med oss de som jobber med fagsystemene, andre som også jobber med beslektede områder som kunne ha noe si for det vi hadde med.» (Kommune, Oslo)*

*«Så vi hadde jo intervjuer hvor vi drev med forskjellige ting helt i starten. Vi planla hva forbedringsteamet skulle gjøre, og ja vi er sammensatt av ledere, kvalitetsrådgiver, fysioterapeut og to sykepleiere som jobber i klinikken, men forskjellige steder. Det med kanskje å ha flere på et sted som du [representant fra en annen kommune] sa var suksesskriteriet det kjente vi på.» (Kommune, Innlandet)*

Eksemplene over fra fem forskjellige kommuner er representative for beskrivelsen av teamsammensetning. Mange ulike profesjoner har blitt inkludert i teamene. Foruten de gruppene som nevnes i sitatene, har også noen inkludert for eksempel kokk og aktivitør. Ut fra intervjuene og våre inkluderte kommuner, er det leger som er den gruppen som har deltatt i minst grad i forbedringsteamene.

På sykehus har forbedringsteamene også vært organisert som tverrfaglige grupper. I eksemplet under har man ønske om å inkludere bredt fra Medisinsk avdeling:

*«Vi har vært et tverrfaglig team, så har vi i hovedsak gått ut fra Medisinsk avdeling med fagsykepleier og lege derfra, og så har vi hatt fysio- og ergoterapeut, de er jo inne i alle avdelinger. Der har et viktig bidrag inn i hverdagen på Medisinsk avdeling. Så er det divisjonsrådgiver og meg som rådgiver på Medisinsk avdeling. Og sekretær til alle som er inne på en avdeling da, og den avdelingen vi har jobbet på er [navn på avdeling]. Det er en ganske stor avdeling, Medisinsk avdeling, med 38 sengeplasser, cirka 70 ansatte. Vi har hatt med representanter fra stort sett alle faggrupper der da, alle skulle kunne komme med innspill.» (Sykehus)*

På et annet sykehus satte de sammen et veldig stort team, som i utgangspunktet ble litt tilfeldig sammensatt. Her endte man opp med å dele teamet i to, og de to teamene konsentrerte seg som to forskjellige temaer:

*"Ett team var veldig stort. Rundt 20 personer, som ble sammensatt litt tilfeldig av ulike tidligere etablerte prosjekt. Både IKT- og EPJ-folk, noen enhetsledere fra sengepost fra både Kirurgi og Medisin. Veldig mye stab og HR. Ble mer og mer redusert møtefrekvens og aktivitet, en del falt i fra underveis. (...) Men, vi har delt opp i to forskjellige forbedringsteam som skulle jobbe med ulike ting etter hvert: Fokuserert mot sengepost og prosedyrearbeid, så det har vært variert fagpersonell i alle fall." (Sykehus)*

## Lederdeltakelse i teamene

Et annet tema som ble tatt opp når det gjaldt teamsammensetning, var i hvilken grad man hadde ledere med i teamet, eller ikke. I Innlandet hadde en kommune organisert forbedringsteamet gjennom en ledelsestung gruppe, basert på tidligere erfaring med tilsvarende arbeid:

*«Vi var jo med på forrige runde med Gode pasientforløp for noen år siden. Det var nyttig fordi vi kom jo godt i gang med kvalitetsarbeidet, men det viser seg at når vi hadde en gruppe som besto av ikke-ledere, så blir det så vanskelig å få til møter, og å få tid til å arbeide med det. Så det risler litt bort i sanden etter hvert. I denne runden tok vi lærdom [av tidligere erfaring], nå er samtlige i gruppen ledere. Så nå er det ingen grunn til at det skal liksom dabbe av, ikke sant. For nå har vi satt fokus på lederansvaret.»* (Kommune, Innlandet)

Flere andre kommuner hadde også valgt å ha grupper med mange ledere. Det var ledere for ulike enheter og på ulike nivåer. For eksempel hadde en kommune i Agder kun ledere med i sitt forbedringsteam. Det besto av kommunalsjef, enhetsleder for hjemmetjeneste, sykehjem og helse, kommunepsykolog, leder for kvalitetsavdelingen og avdelingsledere for hjemmetjenestene og sykehjemstjenestene og rehabiliteringsavdelingen. I en kommune på Helgeland fortalte også informanten at de hadde en "stor gruppe, veldig store forventninger og gikk bredt ut med ledere på alle nivå".

I en annen kommune på Helgeland, hadde de den motsatte erfaringen. Det var ingen ledere med i teamet, noe som gjorde at gruppa fikk mindre gjennomslagskraft. Her hadde teamet blitt etablert som et tverrfaglig team "på gulvet," men ledelsen var ikke med. Etter hvert som ledelsen ble inkludert i teamet, medførte det ny giv, med konkrete planer om videre arbeid framover. Et sykehus hadde gjort en tilsvarende erfaring. Her mente informanten at det har vært utfordrende at det har vært mange enhetsledere fra sengeposter som har prøvd å få til ting, men at det har vært litt lite involvering fra ledelsen. Utfra erfaringene som framkom i intervjuene, er det altså tydelig at det er hensiktsmessig å ha med ledere i selve forbedringsteamet. Betydningen av forankring av arbeidet tar vi nærmere opp i delkapittel 3.1.2.

Foruten betydningen av å ha med ledere i forbedringsteamet, pekte også flere informanter på viktigheten av å ha med lege i forbedringsteamet. Imidlertid hadde flere erfart at det var vanskelig å få med leger i teamet, som følge av at det flere steder er legemangel, og de som er i jobb dermed har stor arbeidsmengde:

*«Det er rekrutteringsproblemer. Vi har for få leger og de er en knapp ressurs altså. [lege] skulle nok ønske å være med - [lege] er trivelig og flink, men blir satt til andre oppgaver rett og slett. Sånn at det står ikke på viljen, [lege] synes dette her er spennende og interessant. Men [lege] får rett og slett ikke tildelt tid da.»* (Kommune, Agder)

## Brukerrepresentasjon i teamene

Det var ikke et stort tema i intervjuene om brukere (tjenestemottakere) skulle være representert i teamene. Det var heller ikke fra KS og FHI sin side lagt opp til at man trengte å inkludere brukerrepresentant. Noen kommuner ønsket likevel å ha med brukerrepresentant, og blant annet i Agder og Telemark var det kommuner som hadde hatt med brukerrepresentant. I fokusgruppe-intervjuet i Telemark ble særlig

spørsmålet om brukermedvirkning og erfaringer rundt å ha med en brukerrepresentant diskutert. I én kommune hadde de startet arbeidet med å invitere en bruker med på «kick-off» hvor vedkommende fortalte om hvordan hen hadde opplevd sitt pasientforløp. En slik erfaringsinnhenting hadde flere av informantene/kommunene gjort, men uten at de nødvendigvis hadde vært med på møte i forbedringsteamet.

I en annen kommune i Telemark hadde de inkludert en person som er veldig engasjert i eldrepolitikk og har hatt mange verv. Opplevelsen var imidlertid at hun rett og slett var for opptatt til å kunne bidra substansielt, og etter hvert falt det sammen. Slike erfaringer ledet til diskusjoner omkring hvor krevende det er å finne en bruker/brukerrepresentant som passer til oppgaven. Som nevnt, var det altså ikke noe krav eller oppfordring til at forbedringsteamene skulle inkludere en brukerrepresentant. I Telemark mente informanter likevel at KS og FHI som arrangører burde ha oppfordret sterkere til det, og noen mente at det kunne vært en organisert del av forbedringsarbeidet.

### Refleksjoner rundt teamsammensetning

I intervjuene har informantene reflektert mye rundt hvordan et forbedringsteam bør settes sammen. Over har vi pekt betydningen av at teamet er tverrfaglig sammensatt og at ledere er inkludert. Det var også noen andre poeng som ble tatt opp i intervjuene. Det ene vi vil framheve er verdien og nytten av å **bygge på en etablert struktur** når man skal sette sammen et forbedringsteam. Det var flere deltakere/kommuner som tok utgangspunkt i eksisterende strukturer. For eksempel hadde Seljord gjort det slik:

*«Vi hadde fra før av opprettet noe som vi kaller mestringsteam, med representanter fra sykehjem, hjemmetjenester, psykisk helse, enhet for funksjonshemmede, pluss fysioterapeut og ergoterapeut og en fra Tildelingskontoret. Det var jo allerede en gruppe som vi ønsket eller tenkte, nå har vi anledning til å revitalisere gruppen. Så vi startet opp med det som en gruppe og har i grunnen holdt i det hele tiden.»* (Kommune, Telemark)

Gode grunner for å bruke en etablert struktur kan være at deltakerne allerede kjenner hverandre, og man har allerede etablert noen arbeidsmåter. I forlengelsen av dette poenget var det noen deltakere som mente det var viktig å rekruttere teammedlemmer som var engasjert og hadde lyst til å bidra. Deltakelse bør altså være **frivillig** heller enn at man bare utpeker noen. En kommune som deltok i læringsnettverket på Helgeland hadde gjort seg følgende erfaring:

*«Jeg tenker at når man arbeider strukturert med forbedring, så må man få lov til å melde seg frivillig til et slikt arbeid. Det er ingen vits i å peke ut representanter, sånn: «du og du skal delta». Du må ha genuin interesse for det. Da får du resultat. Hvis ikke er det dødfødt. Å bli valgt inn i ei gruppe bare for at noen skal sitte der idiotisk. Vi opplevde jo underveis i arbeidet med dette at enkelte fattet interesse; «oi, dette var artig!». Mens noen satt der og tenkte at: «nei, det her har jeg i tillegg til alt annet jeg skal gjøre, så må jeg også sitte i gruppe». Så det er en erfaring vi har gjort oss, at hvis vi skal drive på med forbedringsarbeid så må vi få rekruttert noen som har lyst. Også må det settes av tid.»* (Kommune, Helgeland)



Til sist var dere flere kommuner som pekte på fordelene med å være liten. I små kommuner kjenner alle hverandre. Det har sin fordel både når det gjelder å sette sammen teamet og i det praktiske forbedringsarbeidet, som en av informantene fra en kommune i Telemark uttalte: *"Du kjenner folkene, så du vet hvem du skal ta med deg, og tjenestene kjenner hverandre også"*. Oslo representerer motstykket til dette, men også her kjenner mange ansatte hverandre og opplevde det som en fordel at man hadde jobbet sammen tidligere når de skulle i gang med Gode pasientforløp.

### 3.1.2 Forankring

Det ble snakket mye om temaet "forankring" i intervjuene. Det var stor enighet om at ledere må være informert og engasjert, og støtte forbedringsarbeidet hvis det skal lykkes. Samtidig er det helt avgjørende at de ansatte ute i tjenestene føler eierskap og opplever at forbedringsarbeidet gir mening. Ellers vil arbeidet heller ikke lykkes.

#### Betydningen av lederforankring

Fra intervjuene finnes det et utall eksempler på betydningen av lederforankring. Under skal vi vise noen av dem, og vi har valgt ut sitater for å vise litt variasjon. Flere informanter understreket viktigheten av topplederforankring, det vil si på kommunalsjef- og kommuneoverlegenivå i kommunen, og på direktørnivå i sykehus.

*«[I vår kommune] var det jo veldig godt forankret med kommuneoverlegen, veldig tydelig. Og kommunalsjefen var veldig tydelig og fulgte opp. Forankring helt til toppen. Helt nødvendig ... at det er en vilje.»* (Kommune, Agder)

Engasjement hos lederne er viktig, både for å oppleve at det man holder på med er viktig, men også for at ansatte kan få avsatt tid til å delta:

*«Vi har hatt ledelsen med oss hele tiden, så folk har fått fri til å komme, møte opp, det har vært veldig positivt. Fordi det koker ned til ledelse, lederne må være pådrivere og vi ser at hvis ikke lederne etterspør, så skjer det minimalt. Så de må være på hele tiden.»* (Kommune, Innlandet)

Flere av informantene tok opp at det ikke er nok at (topp-)ledelsen støtter forbedringsarbeidet, men at de også aktivt må etterspørre resultater. En informant fra Sogn og Fjordane understreket at de hadde vært "veldig heldige" og hatt en kommunalsjef som etterspurte resultater hele veien. Det gjorde at teamet måtte tenke godt gjennom hva de faktisk hadde oppnådd før hvert ledermøte. En informant fra Telemark hadde også samme oppfatning. Topplederne/lederne må etterspørre resultater fra forbedringsarbeidet. Hvis de ikke gjør det, må faktisk teamet selv tilby seg å orientere om status:

*«Det er veldig viktig med ledelsesforankring, det handler om mer enn at lederen har sagt at «ja, det er greit at du jobber med dette.» Det handler om at ledere etterspør og etterspør og etterspør. Og hvis det er en leder som ikke etterspør, så tenker jeg at ledere av forbedringsteamet kan si at de gjerne vil orientere om dette her så og så ofte.»* (Kommune, Telemark)

I en av kommunene som deltok i læringsnettverket i Sogn og Fjordane reflekterte de også rundt manglende etterspørsel fra ledelsen. Informanten mente at man har forventninger til ledelsen på et høyt nivå. Man ønsker at de skal ha forventninger om at deltakelsen i Gode pasientforløp og forbedringsarbeidet skal gi et resultat. I fokusgruppen på Helgeland ble det også en diskusjon rundt hvorvidt ledelsen etterspør rapportering på kvaliteten i tjenestene. Mange hadde erfart manglende spørsmål og oppfølging på kvalitetsarbeid i tjenestene og var skuffet over det. Det omfattet både arbeidet innen Gode pasientforløp og i tjenesten generelt. I den ene fokusgruppen i Sogn og Fjordane hadde de en nesten tilsvarende diskusjon. Her hadde deltakerne opplevd at forbedringsprosjektene deres hadde hatt god forankring hos ledelsen, men at heller ikke de etterspurte resultater. Informantene i den ene fokusgruppen diskuterte om det er rimelig å forvente at ledelsen skal etterspørre resultater. Det var en enighet om at det er positivt og virker motiverende og som "en pådriver" for arbeidet.

I en av kommunene i Innlandet hadde de sørget for å forankre arbeidet med satsingen på gode pasientforløp ved å organisere forbedringsteamet som en gruppe bestående av kun ledere. Slik mente informanten at de sikret at arbeidet ville prioriteres og videreføres i fremtiden:

*«Nei, det er jo det som er vanlig, at du har med en del fagpersoner, og jeg koordinerte jo dette. Jeg sitter jo litt utenfor tjenesten, men kanskje skulle jeg vært i tjenesten for å koordinere det. Men i denne runden tok vi lærdom og så er samtlige i gruppen ledere. Så nå er det ingen grunn til at det skal dabbe av. For har vi satt fokus på lederansvaret.»* (Kommune, Innlandet)

Informantene var bevisste på at betydningen av forankring er viktig. Noen trakk blant annet fram at dette hadde vært et tema på den første samlingen i læringsnettverk. Her ble det presisert viktigheten av at ledere var med.

### **Forankring kan være krevende å få til**

Det var altså stor bevissthet på at forankring hos ledelsen er viktig, men det var likevel mange som hadde slitt med å få det til. Flere relaterte manglende framgang i forbedringsarbeidet til manglende forankring. En informant fra en kommune på Helgeland sa det slik:

*«Vi hadde ikke med verken kommunedirektør, kommunaldirektører eller fagsjefer. Prosjektet var ikke godt nok forankret. Forståelsen av det å ha et bredt pågående forbedringsarbeid har ikke vært til stede hos oss, det skal vi innrømme.»* (Kommune, Helgeland)

I Oslo ble forankringsarbeidet beskrevet som tidkrevende, og de brukte mye tid på å forankre arbeidet rundt omkring i bydelene, samt få en god kopling til OUS:

*«Vi var tre bydeler. Altså, det å få oss med, det var et tungt arbeid – nå forteller jeg bare min opplevelse. Altså, jeg opplevde at dere synes det var tungt å få med bydelene, men at det ble lettere når [sykehus] også kom på banen. For da ble det kanskje lettere for ledergruppa å forstå viktigheten og se ...»* (Bydel, Oslo)

Som det framkommer av sitatet følte deltakerne i forbedringsteamet at det ble enklere å forankre Gode pasientforløp-arbeidet i bydelene når [sykehus]ble koblet på. Det virket som en felles forståelse blant informantene at det var uheldig at sykehuset kom med så sent, og at det var en viktig grunn til at forankringsarbeidet var så vanskelig. I tillegg er Oslo i en særstilling, der hver bydel kan sies å tilsvare en kommune. Det betyr at når tre bydeler deltok i satsingen, så måtte prosjektet forankres i alle tre. Lederen for teamet fikk imidlertid skryt for godt arbeid og for å oppfordre til samarbeid mellom bydelene, samt sikre spredning ut i de lokale tjenestene.

En informant fra et helseforetak på Helgeland pekte videre på at på sykehus er det mange ledernivå, slik at det ikke er tilstrekkelig å bare kople på ett av nivåene. Det samme gjelder for kommuner. Ideelt sett bør alle nivåer være involvert, og det øverste nivået må gi beskjed om at "her skal det satses". Deretter må hele linja nedover følge opp. Flere informanter pekte også på at det er ganske stor turnover i tjenestene, og det gjelder også blant ledere. Det gjør forankringsarbeidet til et slags kontinuerlig arbeid. Hver nye leder må innrulleres og få en forståelse av viktigheten av arbeidet.

### **Involvering av ansatte: forankring "nedover"**

I tillegg til at arbeidet må forankres hos ledelsen, må de som jobber ute i tjenestene føle eierskap og se betydningen av arbeidet for at det skal lykkes. Kort sagt trengs involvering og forankring blant de ansatte. Det var stor enighet om dette blant informantene. Gjennom intervjuene framsto det som det var mer utfordrende å få involvert ledere på laveste nivå og ansatte ute i tjenestene, enn hos toppledere og ledere høyere opp i linja. Dette kan i stor grad handle om at tjenesteutøverne bruker mesteparten av kapasiteten sin på å holde driften i gang. På [sykehus] hadde de nettopp en slik erfaring:

*«Det er veldig mange på nederste nivå som har drift fremst i panna, og drifta skal gå rundt (...) Det sitter ganske fast, etter mange, mange år med å ha jobbet slik. Det er pasientene først ... Og det å greie og snu dette, at det kanskje må gå ut over pasientene, for nå henger dere så langt etter på ting som har å gjøre med pasientsikkerhet, kvalitet og så videre. Så det å akseptere [akseptere at de kan sette pasientene i sentrum] «kan vi tenke sånn her?». Men da må det jo settes inn noen ressurser, for det går jo utover pasientene. Ventelistene øker.» (Sykehus)*

Sitatet viser dilemmaet med at det innimellom kan være nødvendig å prioritere ressurser på kvalitetsarbeid på bekostning av daglig drift. Ideelt sett vil man ha ressurser til å få til begge deler samtidig. Men dette var en problemstilling flere var opptatt av. I den ene fokusgruppen i Sogn og Fjordane ble temaet "involvering av ansatte" diskutert, og flere hadde erfart at det var vanskelig å få de ansatte med. Også her ble dette relatert til travle hverdager og fokus på drift:

*"Vi får ikke anledning til å møtes fordi folk har det så travelt. Det er fokus på drift, drift, drift bunnlinje og røde tall og så videre." (Kommune, Sogn og Fjordane)*

*"Det er veldig vanskelig å få det helt ut i ytterste ledd. Selv om jeg sitter og er en del av det ytterste ledd selv, så er det likevel vanskelig." (Kommune, Sogn og Fjordane)*

*"Det er helt tydelig at det ikke var forankret på praktisk fagnivå. Jo, det var litt forankret mot fysioterapeutene, altså fysio- og ergoterapeut var med på veldig mange av disse prosedyrene/prosjektene. Både når det gjaldt sårbarhetsanalyser og alt annet, men å få det ut ellers, så var det et kjempeproblem.» (Kommune, Sogn og Fjordane)*

Et eksempel fra en kommune i Telemark viser hvordan de bevisst rekrutterte deltakere til forbedrings-teamet fra den operative delen av tjenesten. I en tidligere runde med læringsnettverk hadde de hatt med mange fra administrasjonen og ledelsen. Nå ville de gjøre det på en annen måte:

*"[De] hadde nok ikke tatt inn de helt riktige personene den gangen, fordi det var mye oppe i administrasjonen og ledelsen. Det ble aldri noe av. Men nå tok vi med avdelingslederen for korttidsavdelingen og en sykepleier ute i hjemmetjenestene, ergoterapeut, fysioterapeut og rehabiliteringsteamet, slik at da har det festet seg mer i hvert fall." (Kommune, Telemark)*

Erfaringene fra informantene viser oppsummert at det er krevende med forankring i organisasjoner som har ganske stor kompleksitet og mange nivåer, og at forankring gjennom hele linja er viktig for å lykkes.

### **3.1.3 Samarbeid mellom kommuner og sykehus i læringsnettverk**

Et viktig tema når det gjaldt organiseringen av arbeidet med Gode pasientforløp har vært hvordan deltakelse i læringsnettverk har påvirket samarbeidet mellom kommuner og helseforetak. Temaet er viktig for å kunne si noe om effektmål 5: «Kommuner og sykehus samarbeider som partnere om det gode pasientforløpet». Flere av deltakerne i fokusgruppeintervjuene, på tvers av regionene, har trukket fram at arbeidet med læringsnettverket har vært nyttig for å avdekke misforståelser mellom sykehus og kommuner. Et (typisk) eksempel på dette er at når kommunen har rapportert inn IPLOS-data til sykehus i innleggelsesrapporter, og sykehuset ikke helt vet hvordan de skal forstå eller nyttiggjøre seg dataene fordi de ikke selv bruker IPLOS. Et eksempel fra Innlandet illustrerer dette:

*«Der har vi gjort en endring hos oss. Det har kommet fram gjennom det [Gode] pasientforløpet her nå at sykehusene egentlig ikke skjønner så mye av den innleggelsesrapporten som kommer fra kommunen, fordi det er bare en kort liste over ADL-funksjoner. Tall og score. Og de skjønner ikke noe av det, det er intetsigende for dem. Så der har hjemmesykepleien begynt ... når de skriver innleggelsesrapport så de har litt mer utfyllende på hva, og hvordan den funksjonen egentlig er for eksempel. Vi haker ikke av på IPLOS-score lengre fordi det vil ikke sykehuset ha. De skjønner det ikke, og de gjør ingenting med det.» (Kommune, Innlandet)*

Også i Telemark hadde de erfart at arbeidet i læringsnettverket hadde ført til bedre samarbeid mellom kommunene og sykehuset i regionen. Det var spesielt etter at den første fasen var ferdig, fasen der kommunene og sykehuset «ryddet i eget hus», at de begynte å sette søkelys på hvordan de kunne styrke samarbeidet seg imellom. Spesielt i Telemark etterspurte kommunene mer samarbeid med sykehuset, noe sykehuset etterkom ved å arrangere en egen samling (ut over de fire samlingene i lærings-nettverket) for å sørge for enda tettere dialog mellom tjenestene. Dette ble slått fast som svært positivt av informantene fra Telemark:

*«Første året jobbet vi med å rydde i eget hus og med interne overganger. Det siste halvåret jobbet vi mot sykehuset, og det var da sykehuset tok initiativ til det møtet i januar, eller for snart et år siden.»*  
(Kommune, Telemark)

I Telemark ble det også eksplisitt konstatert at det hadde vært svært viktig å ha en god samhandlingskoordinator med i arbeidet: *«Vi har hatt en veldig god samhandlingskoordinator, hen er kjempeviktig og hen er sånn "åh ide" så kaster hun ut ideen, eller så kan vi kaste ideen til henne, og så lager hen et møte av det»*. Det ble også trukket fram at en av grunnene til at de syntes de hadde lykkes godt med samarbeidet mellom sykehus og kommunene, var at de hadde jobbet mye med samhandling i regionen fra før:

*«Vi har jo jobbet mye med samhandling i vår region. Vi har jobbet med det lenge, så vi har egentlig blitt ganske gode på mange områder når det gjelder å samhandle. Jeg tror at det handler like mye om tillitt, anerkjennelse og respekt for hverandre ... jeg opplever at vi er gode på akkurat det - at vi stoler på hverandre, vi tenker at vi vil hverandre vel, vi skjønner at vi har noe å lære av hverandre. Det har vi jobbet mye med i Telemark, så det tror jeg gir avkastning rett og slett»* (Kommune, Telemark)

Også i Agder uttalte informantene at det hadde vært positivt for samarbeidet mellom kommuner og sykehus og møtes på samlinger i læringsnettverket. En informant fra sykehuset mente at de fikk økt forståelse for hvordan kommunene jobbet på samlingene: *«Men det var disse samlingene vi hadde felles. [Sykehus] var veldig godt representert. Og de satt og hørte på alle disse kommunene, som jobbet seriøst. Altså, det var noe med å forstå hverandre, og å øke forståelsen for hverandre.»* En annen informant fra en kommune i læringsnettverket i Agder sa seg enig i dette *«Vi har fått til en utvikling der man snakker samme språk, og har større tillit til hverandre og forståelse for hverandre»*.

I Sogn og Fjordane framhevet en av informantene at gjennom arbeidet med Gode pasientforløp hadde kommunen jobbet mye med interne forhold, særlig knyttet til brukere med store og sammensatte behov. Nå var de klare for å vende blikket utover - mot sykehuset:

*«Forbedringsutdanning, Gode pasientforløp, også den oppfølgingsteam-tankegangen. Nå ønsker vi å åpne oss litt mer opp og snakke med helseforetak, og gjerne med noen andre kommuner om måten vi samarbeider på og om de som trenger oppfølging fra flere, de som er litt tyngre brukere.»*  
(Kommune, Sogn og Fjordane)

På Helgeland fortalte en av informantene fra kommunene at det at ansatte fra kommunene og sykehuset har møttes i læringsnettverket, har medført at temperaturen i diskusjoner mellom dem har blitt lavere, rett og slett fordi man har utviklet relasjoner til hverandre gjennom å møtes:

*«Man ser det i det her, med jobbing sammen, eller møter sammen på slike ting. Det forplikter, for man oppfører seg annerledes og strekker seg lenger når man har en relasjon. Det er jo litt knivkasting. Det er ikke vanskelig å finne noe ufordelaktig å tillegge andre, det blir straks vanskeligere hvis det er*

*noen du kjenner. Det er jo små forhold, så sjansen for at vi ryker sammen om vi treffes i en diskusjon, den er mindre om man har møttes. Det tror jeg, for det forplikter.» (Kommune, Helgeland)*

I Oslo ble det sagt at arbeidet med Gode pasientforløp hadde vært veldig positivt for å avdekke misforståelser mellom sykehus og kommunen:

*«Jeg synes det var veldig, veldig fint med læringsnettverket, vi fikk jo avdekket mange misforståelser mellom sykehuset og kommunen. Sykehuset trodde kanskje vi hadde lagret medisiner i kommunen, da fikk jo vi sagt at det gjør vi ikke. Tre virkedager er faktisk ikke første eller andre påskedag, og onsdagen deretter eller tirsdagen etter der, at – noen ganger var det vanskelig å få resepter fra [NN]. Så vi fikk snakket sammen om mange slike ting, og kommet i lag og faktisk sittet fysisk og diskutert, det var kjempeflott.» (Oslo kommune)*

Allikevel ble også den unike organiseringen av Oslo kommune i ulike bydeler nevnt her, og det ble understreket at kvaliteten på samarbeidet mellom sykehus og kommuner varierer avhengig av hvilken bydel sykehuset skal samhandle med. Dette ble understreket av en av informantene fra spesialisthelsetjenesten: *“Ja, det er veldig forskjell. Og det er absolutt behov for mer arbeid om disse tingene her, for at vi kan alle bli bedre, og samarbeide bedre”*. Og videre som svar på spørsmål om hen kunne gi eksempler på hva som fungerer bedre i samarbeidet med enkelte bydeler enn med andre: *«Ja, det er litt måten man kommuniserer på, litt hva de forskjellige gjør, nettverksmøte eller ikke nettverksmøte. Noen dukker opp, noen dukker ikke opp.”*

### **Ønske om mer samarbeid mellom kommuner og sykehus**

Selv om mange informanter delte positive erfaringer, i form av mer kunnskap om hverandre, færre misforståelser og økt samarbeid mellom kommuner og sykehus, som følge av deltakelse i læringsnettverket, var det også flere som mente det hadde vært lagt for lite vekt på forbedringsarbeid knyttet til samhandling på tvers av nivåer. Flere informanter fortalte at de hadde trodd at kommuner og sykehus *sammen* skulle jobbe med samhandling. En informant fra Sogn og Fjordane sa: *«Men det ble veldig fort klart at «nei det var ikke slik det var planlagt, her skulle vi rydde i eget hus og da ble vi veldig forvirret, hvordan skal vi forholde oss til det?»*

Også på Helgeland ble det på spørsmål om det hadde vært et samarbeid mellom sykehus og kommunene. En informant fra en av kommunene svarte: *«Nei, det har vel ikke vært mye av det.»*. Også sykehusets informanter hadde forventet at det skulle være mer samarbeid, og et felles arbeid på tvers, for å styrke samhandling og overganger i pasientforløpet. Det hadde riktignok være noe samarbeid, men de var ikke helt i mål:

*vi i sykehuset har hatt forventning om at vi i større grad skulle samhandle litt mer i læringsnettverkene, med kommunen, for det var vel kanskje i mindre grad. Vi har noe samarbeid, og så har det vel vært noe ulikt på de ulike sykehusene hvordan man samarbeider, men der har vi ikke kommet så langt. Man har, i [navn på kommune] en del slike samarbeidsmøter som kanskje egentlig har vært igangsatt før Gode pasientforløp. Men der tror jeg at vi har et potensiale for mer samarbeid*

*og samhold. Det er vel litt på grunn av dette vi ser vi kan samarbeide, men der er vi i alle fall ikke i mål. Det tror jeg ikke noen vil påstå.» (Sykehus)*

Også en informant fra en av kommunene på Helgeland sa seg enig i at samarbeidet mellom sykehuset og kommunene ikke hadde endret seg som følge av arbeidet i Gode pasientforløp. Informanten trakk fram to grunner til dette. Den ene var at de mangler muligheter for å kommunisere digitalt, og det andre var at arbeidet ikke var forankret på riktig nivå i sykehuset – ifølge informanten:

*«Jeg har jo bare vært her noen år, og jeg synes det fungerer akkurat likedan mellom kommuner og sykehus som det alltid har gjort. Det er ingen endring, i alle fall ingen åpenbar endring. For det første så må vi jo ha en digital mulighet til å faktisk kunne kommunisere med hverandre. For det andre tror jeg... og nå har jeg jobbet mest i kommunen. Kommunen har strekt seg, og bruker mye tid på samarbeid med sykehuset som ikke fører fram til noen ting. På grunn av at sykehuset er så kompleks i sin organisering, at de ikke har med de som virkelig kan endre ting.» (Kommune, Helgeland)*

Det var også andre informanter fra Helgelandskommunene som var skuffet fordi de, etter egen oppfatning, hadde kommet så kort i å jobbe med samhandling mellom kommunene og sykehus. I fokusgruppeintervjuet ble det diskutert at samhandling mellom sykehuset og kommunene hadde vært for lite på agendaen på samlinger i læringsnettverket. Flere hadde hatt forventninger om at det skulle være mer oppmerksomhet på samarbeid og samhandling, men oppgaven med "å rydde i eget hus" hadde kommet i forgrunnen.

Den utfordrende prosessen med å samhandle mellom kommuner og sykehus på Helgeland ble altså en sentral del av fokusgruppeintervjuet. Flere av informantene var imidlertid tydelige på at selve forbedringsarbeidet og arbeidet med læringsnettverk hadde vært positivt i seg selv, til tross for at de ikke hadde fått jobbet særlig med samhandlingsutfordringer på tvers av nivåer. Spesielt sykehuset hadde gjort seg positive refleksjoner rundt arbeidet som hadde blitt gjort, og opplevde nå at de hadde kommet lenger særlig når det gjaldt å lage gode rutiner for utskrivning. Som en følge av både de konkrete samhandlingsutfordringene som aktørene har måttet reflektere over i forbedringsarbeidet, og utfordringene med å få det til i praksis, kommenterte flere deltakere på Helgeland at det var først nå, etter å ha vært med på Gode pasientforløp, at de hadde verktøyene de trenger for å begynne det *egentlige* forbedringsarbeidet: *«Vi var egentlig ikke klar for å gå i gang med prosessen da vi startet ... Kanskje det er nå man hadde vært mer klar for dette?»*, uttalte en informant.

## Oppsummering

I dette delkapitlet har vi vist at det er forskjeller og likheter i hvordan forbedringsteamene har vært organisert i de ulike regionene. Noen av teamene har vært ledertunge og har hovedsakelig bestått av enhetsledere fra kommunal sektor, eller personer fra helseforetakene med administrativt lederansvar. De som har hatt denne typen organisering har begrunnet det med at de anså det som vitalt med sterk lederforankring for å lykkes. Andre har organisert forbedringsteamene med en majoritet av personer som jobber mer tjenestenært, med begrunnelse i at de ønsket å forankre arbeidet mer tjenestenært. Vi finner eksempler på at begge formene for organisering av forbedringsteamene har fungert godt, men også eksempler der man har identifisert et behov for å endre organisering ved å inkludere for eksempel flere

ledere, eller flere personer som jobber tjenestenært, alt etter hvordan den opprinnelige organiseringen av teamet har vært.

Når det kommer til samarbeid om samhandling mellom kommuner og sykehus, så finner vi ganske betydelige regionale forskjeller mellom læringsnettverkene. Eksempler på hvordan deltakelse i læringsnettverkene har bedret tjenestetilbudet er bedring av overganger mellom tjenestene, for eksempel ved at kommunene tilpasser utskrivelsesrapporten til sykehusets behov. Et helt konkret eksempel som ble nevnt i to separate regioner, er at kommunene har sluttet å inkludere IPLOS-data i innleggelsesrapporten til sykehuset, ettersom de har fått innsikt i at sykehuset ikke bruker disse dataene. Det er videre flere eksempler på at deltakerne syntes det var for lite felles arbeid mellom sykehus og kommuner, og for lite oppmerksomhet på samarbeidet dem imellom. Informanter fra både kommuner og sykehus opplevde at dette kom sekundært til å «rydde i eget hus».

## 3.2 Deltakelse i læringsnettverk: Samlinger, læringsutbytte og veiledning

Et sentralt spørsmål i prosjektet har vært å undersøke hvilket utbytte forbedringsteamene har hatt av å delta i læringsnettverk, og mer konkret; hvilken nytte deltakerne mener det har hatt for forbedringsarbeidet deres. Læringsnettverket har kort oppsummert bestått av følgende hovedkomponenter: (1) Fire samlinger der hele forbedringsteamet var invitert til å delta, med foredrag fra eksterne, erfaringsdeling fra andre kommuner/sykehus, samt gruppearbeid. (2) Arbeid i egen kommune/sykehus mellom samlingene. Resultatet av dette arbeidet ble blant annet presentert på postere på samlingen etter. (3) Veiledning mellom samlingene.

### 3.2.1 Erfaringer med samlingene

Deltakernes erfaringer med samlingene var et sentralt tema i alle fokusgruppeintervjuene. På et overordnet nivå tyder funnene på at deltakerne har vært fornøyde med innholdet i samlingene, men det er også flere eksempler på konstruktiv kritikk av hva som kunne blitt gjort bedre for å øke læringsutbyttet for deltakerne. I den videre presentasjonen av informantenes erfaringer med samlingene, tar vi først for oss ulike typer positive erfaringer. Funnene kommer fra samtlige regioner som vi gjennomførte fokusgruppeintervjuer i.

Fleire informanter, på tvers av regioner, poengterte at læringsnettverkene som kunnskaps-utvekslingsarena fungerte som en mye tiltrengt pause i en hektisk hverdag. Her har deltakerne hatt mulighet til å lære av hverandre gjennom erfaringsutveksling både av hva som fungerer godt, men også hva som er de store utfordringene i sin region. En informant fra en kommune på Helgeland hadde et godt eksempel på vellykket erfaringsdeling som følge av deltakelse på samlingene i læringsnettverket:

*«Det å få høre hverandres historier; Hva er utfordringene? Hvordan har man jobbet med dette? Hvilke resultater har man oppnådd etc., var veldig nyttig. Samlingene i læringsnettverket var en god arena for å dele erfaringer og lære av hverandre.» (Kommune, Helgeland)*

Det ble også nevnt at kombinasjonen av faglig påfyll gjennom foredrag av blant andre Anders Grimsmo, professor emeritus ved NTNU, representanter fra KS og FHI, og gruppearbeid med andre deltakere i



forbedringsteam, ble opplevde som svært nyttig. En informant fra en av kommunene i læringsnettverket på Helgeland uttalte blant annet at «*kombinasjonen med faglig påfyll rundt viktige tema, og at man jobbet i grupper med konkrete problemstillinger opplevdes som svært nyttig*». Det ble også sagt av flere deltakere at de satte pris på at det ble gitt rom for å sitte sammen og diskutere, eksemplifisert her ved en informant fra en annen kommune på Helgeland:

*«Jeg synes det var veldig bra også på de samlingene hvor du ble gitt rom for å sitte sammen og diskutere. Du blir jo gitt muligheten, for ellers er det jo en travel hverdag [der det ikke er mulig]. Så har vi det som agenda: Hva kan vi gjøre for å bli bedre.»* (Kommune, Helgeland)

Flere informanter fortalte også at samlingene tjente en viktig funksjon gjennom å inkludere teammedlemmer/nye teammedlemmer i tankegangen som underbygger HPH-modellen. Det var derfor en hjelp for teamlederen for å innrullere nye deltakere, og ga også en motivasjon til å jobbe med temaet, her eksemplifisert ved en av deltakerne fra en kommune i Sogn og Fjordane:

*«... da er samlingene kjempeviktige, for da har jeg tatt med meg noen nye, så da har de fått ny giv, og dette må vi prioritere, det er skikkelig bra. Så det har vært veldig bra og fått drive teamet videre for min del, det er litt kjekt, litt «kom igjen, bli med», at man får litt kjøtt på beina da.»* (Kommune, Sogn og Fjordane)

Også blant representanter for læringsnettverket i Innlandet ble det fortalt at de opplevde samlingene som svært positive, og som en felles arena for læring og erfaringsutveksling. Flere av deltakerne presiserte at de satte veldig pris på samlingen der kommuner og sykehus møttes på Lillehammer. Det opplevdes som veldig nyttig og konstruktivt, men også krevende. Det ble også spesifikt poengtert at deltakerne satte pris på prosessveiledningen de fikk underveis i samlinger:

*«Det var en kjempefinurlig sesjon vi hadde på Lillehammer, der vi satt i store ringer og fikk lov til å ... – «nå må vi snakke med sykehuset». Det var et snodig forum egentlig, men veldig, veldig gøy. Skulle ønske jeg var bedre forberedt. Håper det ikke føltes helt invaderende- eller overkjørende. Jeg brydde meg ikke om det, men [navn] som også sitter i andre rommet, hun synes nok at det var litt ..., ja kleint, for hun sa «håper ikke det er sånn ny seanse med at alle skal sitte å [kritisere hverandre]. Skjønner det [føltes «kleint»] fordi det var jo litt voldsomt. Føler litt på det for det var jo tydelig hva som var konstruktivt og hva som ikke var konstruktivt. Men jeg personlig opplevde ikke det som noe truende eller veldig vanskelig, vi bare skrev en oppsummering og fikk veiledning av [navn på prosessveileder], prosess-støtten vår, og så har vi jo det med i arbeidet videre, så jeg synes det var nyttig. Ja, og det som jeg også synes er nyttig er at du hørte jo at mange andre kommuner sliter med det samme. Sant, det er jo ikke bare vi som har disse problemene, eller utfordringene. Denne samlingen har løftet dette viktige temaet, det er jo fint.»* (Kommune, Innlandet)

Det var også en generell enighet blant informantene at det var positivt og konstruktivt at det var satt av mye tid under samlingene til å jobbe med gruppearbeid mellom foredragene. Dette ble nevnt av informanter fra flere regioner, her eksemplifisert ved en informant i Sogn og Fjordane:

*«I dette læringsnettverket så var det ofte satt av et par timer der gruppen jobbet individuelt. Det var veldig nyttig for oss, for da fikk vi på en måte den tiden til å jobbe med de spørsmålene som akkurat var tatt i plenum. (...) Alle satt rundt bordet. Så fikk vi på en måte hjelp til å møtes. Så å ha et læringsnettverk i samme forbedringsarbeid er kjempeviktig.» (Kommune, Sogn og Fjordane)*

På spørsmål om hvilke erfaringer deltakerne her hadde ved å delta på samlingene, var det flere som trakk frem språk som et tema. Her opplevde vi at informantene var noe delt i hvilken opplevelse de hadde hatt av språket som ble brukt på samlingene. Enkelte (klart mindretall) mente språket var for teoretisk og lite praksisnært, mens andre syntes språket var passende. Det kunne virke som opplevelsen av språk og begreper varierte etter hvilken bakgrunn og hvilken type arbeid informantene hadde. Et godt eksempel på dette fant vi i Telemark, der en person som jobber svært tjenestenært i sitt daglige virke uttalte følgende:

*«Det var nå mye teori og på et språk som ikke alltid er så lett å skjønne for de som ikke er i et forskningsmiljø hele tiden. Ja, det er en del av fram ... kunne vel ha vært litt mer normalisert, mer mot praksis da, for å skjønne det.» (Kommune, Telemark)*

Tilsvarende tilbakemelding om at språket kunne oppleves som «akademisk» og vanskelig, forekom ikke veldig ofte, men det ble nevnt også av andre informanter i andre regioner. Det er ikke overraskende å registrere at språk- og begrepsbruk, og hvordan kunnskapen formidles, påvirker erfaringer og kanskje også det reelle læringsutbyttet. Det vil alltid være en balansegang mellom å presentere stoff på en lettforståelig og uakademisk måte, og samtidig ivareta den vitenskapelige og forskningsbaserte kunnskapen som ligger under et opplegg, som har vært tilfellet i Gode pasientforløp.

Et annet tema som noen informanter hadde tilbakemeldinger på, var knyttet til gruppearbeidet på samlingene. En informant mente at gruppearbeidet kunne vært mer styrt fra arrangørens side:

*«Jeg tror kanskje det jeg savnet litt på de samlingene, kanskje ikke så mye rundt det med språk (...), men det er mer prosess under samlingen. Det tror jeg på, fordi det var gruppearbeid, men det var veldig åpent. Det synes jeg burde ha vært litt mer tilrettelagt, fordi noen grupper kan være ganske store, så sitter en rundt et bord, og da er det jo som alltid den mest dominante av oss som snakker mest.» (Kommune, Telemark)*

Denne tilbakemeldingen sa flere av informantene i Telemark seg enig i, ettersom de syntes spørsmålene i gruppearbeidet var brede og for lite konkrete. Flere informanter mente det skulle vært mer praktisk innhold, for eksempel konkrete øvelser, for at kunnskapen skulle bli lettere anvendbar ute i tjenesten (også betraktninger om dette under «hva er viktig for deg?»-spørsmålet). Vi fant imidlertid også eksempler på at deltakere i andre læringsnettverk syntes at innholdet i samlingene var for konkret, eller for «styrt» fra KS og FHI sin side. Et eksempel på dette kom fra en informant fra spesialisthelsetjenesten. Vedkommende syntes totalt sett samlingene var et «nyttig prosjekt», men mente også at «vi var litt styrt [av innholdet på samlingene]:

*«Det var mer at når vi var på disse felles samlingene så hadde en noe forventning om at det handlet om bestillingen inn til oss, og hva de [forventet at vi skulle levere]. For det var utrolig kjekt å høre på*

*de ulike kommunene og hva de fikk til, men jeg tenker at vi også sikkert kunne tatt et pasientforløp, «hva er viktig for hjertesvikt pasienten», vi kunne selvfølgelig gjort mye spennende innad på sykehuset. Men det var liksom ikke det vi oppfattet at vi skulle gjøre. Ja, det var bare det jeg ville si. Nyttig prosjekt uansett, men jeg føler vi ble styrt.» (Sykehus).*

Totalt sett er inntrykket fra intervjuene at det var flere deltakere som mente man var "for lite styrt" heller enn "for mye styrt". Flere ønsket altså noen flere konkrete bestillinger både før og under samlingene. Et annet tema som ble tatt opp knyttet til læringsutbytte fra samlingene, handlet om overføringsverdien fra eksemplene som ble vist på samlingene til tjenestene deltakerne jobber i til daglig. Flere informanter fortalte at de syntes overføringsverdien kunne være lav. Denne tilbakemeldingen var spesielt gjeldende i Oslo, der flere av informantene, både fra spesialist- og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, uttalte at de ikke følte det var overføringsverdi fra video-eksemplene som ble brukt på den første samlingen i læringsnettverket:

*«... det ble presentert enten en video eller en eller annen presentasjon, fra en kommune fra Vestlandet, kanskje, jeg husker ikke. Men de hadde som forbedringstiltak å ta sykehjemsbeboere ut på tur. Jeg mener at det dreide seg om en båttur. Og det i seg selv, den historien er jo fantastisk og fin, men jeg husker godt at vi, i hvert fall på sykehussiden, satt og bare «herregud, er det det vi skal drive med?» Er det liksom det som er forbedringsarbeidet. Altså, det er jo veldig fint, men her i Oslo har vi faktisk litt høyere mål. For våre sykehjem lufter allerede våre beboere.» (Sykehus).*

En annen informant fra læringsnettverket i Oslo, fra en bydel, påpekte også at de mente det var lav overføringsverdi i eksempelet som ble vist på den første samlingen, og at de følte de selv måtte definere innholdet i «Hva er viktig for deg?» spørsmålet:

*«Jeg husker for eksempel da vi hadde oppstart, så ble vi vel vist bildet av en eldre dame på sykehjem som hadde fått hilsen på hesten sin. Som ikke er veldig realistisk, og det får vi ikke til. Og så har man jo tatt det derfra til å handle mye mer om hvor viktig det er å faktisk fange opp, hva er det pasienten ønsker, hva er det de har lyst til. Og ikke bare et spørsmål, «hva er viktig for deg?» (Bydel, Oslo)*

Det var også noen få kritiske tilbakemeldinger omkring gjennomføringen av samlingene som gikk på den rent praktiske organiseringen av disse. Det er ikke mange eksempler på dette, men vi mener det er verdt å ta med et fra Innlandet som omhandler at de syntes det var negativt at den ene samlingen ble lagt til uken det var skoleavslutning i hele landet:

*«Og så snakket vi litt om disse samlingene, de la inn ei samling til den mest kaotiske skoleavslutningsuken i juni. Den uken som alle skolene i hele landet legger skoleavslutningen til, for det er på en måte «nedskrevet i grunnloven», at skoleavslutningene skal være akkurat da. Da var det på en måte litt dumt, de kunne brukt alle andre uker i året på en samling. Ja, fordi det var ferieavvikling og alt. Det var veldig frafall, det var ingen som kunne være med. Så styr unna skoleavslutning.» (Kommune, Innlandet)*

Til slutt i dette underkapittelet, vil vi gjøre oppmerksom på funn omkring digitale samlinger under covid-19. Det ble påpekt fra flere deltakere at de hadde negative erfaringer med digitale samlinger, relativt til fysiske, som var veldig vanlig under pandemien. En av deltakerne i Sogn og Fjordane mente at det opplevdes som «for passivt og distansert», og derfor «mindre nyttig sammenlignet med fysiske samlinger, det er mye mer

*nyttig å være her i samme hus.»* Det var derimot også eksempler på at deltakere i forbedringsteam syntes det var fordelene med digitale samlinger, da det kan bety at travle folk kan være med på deler av en samling de ellers måttet droppet helt. En teamleder fortalte at hun hadde hatt med seg to ledere i teamet, og det var ikke alltid de klarte å prioritere en hel dags deltakelse, men de fikk til å delta på noe digitalt. Tiden med pandemi og restriksjoner på fysiske møter har gitt oss alle mange erfaringer med digitale og hybride møter i forskjellige former. Når det gjelder gjennomføring av samlinger i læringsnettverk er det nok ingen tvil om at informantene foretrakk at samlingene ble gjennomført fysisk.

### 3.2.2 Arbeid mellom samlingene

Forbedringsteamene har, som vi var inne på over, hatt oppgaver mellom samlingene. Dette har typisk dreid seg om å identifisere behov for forbedring i sin tjeneste, og følge opp igangsatte tiltak med ulike typer målinger. Gjennom hele prosessen har deltakerne fått oppfølging av KS sentralt og regionalt, for eksempel gjennom koordinering og tilrettelegging for å sikre at læringsnettverket tar hensyn til lokale forhold og pågående satsinger i kommunen, samt av representanter fra de regionale utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). Et gjennomgående funn på tvers av alle intervjuene, var at mange av informantene syntes det var krevende å sette av tid til å jobbe med Gode pasientforløp i den ordinære jobben sin, men at de satte veldig pris på at det var en forventning i satsingen om at de skulle jobbe mellom samlingene. Dette medførte at de fikk opprettholdt innsatsen inn mot målene i satsingen, samt at det bidro til å strukturere og prioritere arbeidet i en travel jobbhverdag. Et godt eksempel på dette kom fra en av deltakerne fra en kommune i Agder:

*«Jeg synes det var veldig fint med det læringsnettverket, at vi fikk noen oppgaver vi skulle gjøre i forkant av hver samling. Dette gjorde at vi klarte å holde presset oppe i kommunene mellom hver samling, og at vi skulle produsere noe. Det synes jeg var positivt. Og at vi hadde en kommunalsjef på toppen som spurte «hvordan ligger dere an?», det syntes jeg var fint.»* (Kommune, Agder)

Også i Telemark ble det sagt at det var en stor fordel for arbeidet i Gode pasientforløp at de måtte jobbe mellom de fire samlingene:

*«Jeg bare tenkte på; det at vi skulle gjøre oppgaver før neste samling var jo med på at vi jobbet mellom og på en måte drev forbedringen fremover. Så da måtte vi ha interne møter innimellom, og det var veldig nyttig. Så tror jeg det kunne vært vanskelig, alle var dedikerte, dette her må vi, så da fikk vi gjort jobben også. Om jeg var leder av teamet og jobbet litt med dokumenter og noe annet på siden, men det var mer en sekretær på en måte, for teamet. Men det var veldig nyttig at vi måtte levere noe eller gjøre noe på neste samling, og ha disse posterne og den sammenfatningen, statusrapport som vi også måtte skrive. Så du blir på en måte mer bevisst på hva du driver med, og ser helheten i det.»* (Kommune, Telemark)

Det ble også konkret presisert av en informant fra Telemark at det å lage en milepælsplan var viktig for å *«holde trøkket oppe»*, og at KS sitt Kompendium for Gode pasientforløp (versjon 1, 2018) hadde vært veldig viktig for å ha en oppskrift på hvordan de skulle organisere arbeidet mellom samlingene:

*«Nei, vi lagde jo møteplan og en milepælsplan på en måte så alle visste når det kom, hvert halvår, eller gjorde vi det for et helt år? Nei, hvert halvår, tror jeg. Men det jeg skulle si var det at det hadde aldri blitt noe om vi ikke hadde hatt den oppskriften. Faste samlinger, faste gjøremål. Rett og slett en brukermanual. Hvordan du skal komme deg gjennom fordi vi er jo så travel, så hvis man skal sitte og finne ut av det selv, så hadde det aldri blitt noe av. Så når du spør hvordan vi har jobbet, så for vår del så har vi jobbet etter den malen.» (Kommune, Telemark)*

Et annet funn relatert til erfaringer med arbeid mellom samlingene er at flere av deltakerne opplevde at det var svært nyttig å skulle produsere en poster som skulle framvises ved neste samling. Her eksemplifisert ved en informant fra en kommune i Telemark:

*«Ja, det at vi skulle gjøre oppgaver før neste samling var jo med på at vi jobbet mellom, og på en måte drev forbedringen framover, så da måtte vi ha interne møter innimellom, og det var veldig nyttig. Alle var dedikerte; «dette her må», så da fikk vi gjort jobben også. Det var veldig nyttig at vi måtte levere noe, eller gjøre noe på neste samling og lage denne posteren. Det var også viktig med sammenfatningen, og statusrapport som vi også måtte skrive. Så du blir på en måte mer bevisst på hva du driver med og ser helheten i det.» (Kommune, Telemark)*

### 3.2.3 Veiledning

Veiledning fra utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) har vært en del av oppfølgingen av forbedringsteamene i Gode pasientforløp. I tillegg har KS sine medarbeidere i regionene hatt ansvar for lokal koordinering og tilrettelegging. Vi var derfor interessert i hvilke erfaringer deltakerne fra forbedringsteamene som deltok i fokusgruppeintervjuene, hadde hatt med veiledning fra USHT og KS. Vi var her interessert i veiledning som har funnet sted i forkant, og imellom de fire samlingene i læringsnettverket.

Flere informanter fortalte at de ønsket mer veiledning i forkant av den første av de fire regionsamlingene. De syntes det var mye som skulle være klart til første samling, for eksempel poster, og at de var avhengige av at noen i teamet hadde jobbet med tilsvarende arbeid tidligere:

*«Jeg er enig i at måten det ble startet på ... (...) at vi skulle ha mye klart til første samling, fordret jo at det var medlemmer som er vant til denne type kvalitetsarbeid. Vi var heldige med at vi egentlig var. Og så hadde vi også med sykepleiere som overhodet ikke hadde drevet med lignende arbeid, men sammen hadde vi jo nok erfaring til å kunne være relativt godt forberedt til første samling. Vi hadde ikke noe veiledning på forhånd heller, men vi skjønnte greit hva det innebar. Vi var heldige sånn sett». (Kommune, Telemark)*

Det ble også konstatert av enkelte at det kunne oppleves som vanskelig å jobbe mellom samlingene grunnet manglende erfaring med arbeidsmetodikken som kreves for å jobbe i tråd med HPH. En representant fra en kommune i Telemark fortalte at de her savnet noe mer veiledning fra KS, spesielt når det gjaldt prosessveiledning og effektmålinger. Informanten påpekte at KS har en rekke prosessverktøy tilgjengelig, som vedkommende mente kunne vært inkludert i arbeidet mellom samlingene i læringsnettverket:

*«Men det vi gjorde og som jeg nevnte allerede, det med tjenestereiser, det gjorde vi lokalt. Der stusset jeg faktisk litt, på hele læringsnettverket fordi KS er jo en part, og jeg vet jo at KS har et helt*

*verktøyskrin på slike ting, så det synes jeg det kunne ha vært mer ... vi kunne de metodene fra før, så det var ikke vanskelig for oss, men jeg tror ikke alle kommuner har ... det er små kommuner slik at da trenger en nok hjelp til hva som er lurt og hva slags verktøy det er lurt å bruke kapasitet og ressurser til. Så det er et slikt innspill jeg har til læringsnettverket i forhold til fortsettelsen. For vi kunne den metoden fra før.» (Kommune, Telemark)*

En informant fra en av kommunene som deltok i læringsnettverket i Sogn og Fjordane uttalte at hen har vært veldig fornøyd med oppfølgingen fra USHT: *«vi har på en måte hatt veldig god oppfølging fra Utviklingscenteret og de er kjempegode på den oppfølgingen inn mot kommune»*, og at USHT har vært flink til å kommunisere med kommunene: *«og de er så lette å kontakte og de ringer og spør hvordan det går.»*

Også i Innlandet ble det framhevet at veiledning fra både KS, FHI og USHT hadde vært veldig nyttig mellom samlingene. Det ble påpekt at imellom første og andre samling var det et inntrykk av at de ikke hadde fått gjort så mye av det de hadde planlagt, men at dette bedret seg når USHT tok kontakt og veiledet i læringsnettverket:

*«Ja, for der også var dette her med KS og FHI; folk fant jo ut at vi har samlinger, men hva skjer mellom samlingene? Fordi når vi kommer til samling 2 og så har det kanskje ikke skjedd så mye. Så derfor har de i større grad fulgt opp kommunene mellom samlingene, mer nå enn tidligere. Mer kontakt med oss som er kontaktpersoner, og USHT-folkene har jo vært inne og hatt veiledning for å holde oss i gang, så de har bidratt mellom samlingene. Det er veldig bra.» (Sykehus)*

I Agder ble nødvendigheten av veiledning underveis for å nå resultatmålene i Gode pasientforløp fastslått. Ifølge informanten fungerte veiledningen som «stoppunkter» der læringsnettverket ble fulgt opp, og det var nyttig for å holde dem på riktig kurs:

*«Det var jo veiledning underveis mellom samlingene. Det tror jeg også er viktig når man står i endring: At man har stoppunkter og at det er noen som følger opp. Men jeg tror det er ganske viktig – å ha noen stoppunkter.» (Kommune, Agder)*

Også på Helgeland fortalte informantene at de hadde satt pris på veiledningen mellom samlingene. Det var særlig viktig fordi de fikk delt erfaringer omkring arbeidet sitt med noen utenfor kommunen, og de fikk hjelp til å justere underveis:

*«Og så tenkte jeg også på det vi snakket om, den prosessen med at vi hadde veiledning imellom ... at du fikk snakket med andre, og hadde en slags pekepinn på om vi var på rett vei eller om vi måtte justere oss. Så det var en fin måte å bli møtt på av aktørene.» (Kommune, Helgeland)*

I Telemark ble det sagt at de fikk bistand og støtte fra KS, FHI og USHT til å gjennomføre en femte samling. Denne femte samlingen syntes informantene var viktig for å beholde kontinuiteten i arbeidet, slik at de kunne nå resultatmålene for satsingen:

«Ja, under den fjerde samlingen var det jo veldig unisont fra kommunene og sykehuset at vi trenger hjelp til å holde fokuset her. Ellers er vi redd for at dette sklir bort. Det var det ene. Og det andre var at det har jo hele tiden vært et slikt kontinuerlig ønske om å få resten av sykehuset og kommunene i Nedre Telemark òg med i satsinger. Så dette til sammen gjorde jo at vi samhandlings-koordinatorene, sammen med KS, FHI og USHT i Telemark, arrangerte en femte samling i oktober, som vi kalte inspirasjonssamling.» (Kommune, Telemark)

Informanter fra flere av regionene syntes det var vanskelig å vite hvilken effekt forbedringsarbeidet de holdt på med faktisk hadde. Det var flere eksempler på at informanter ønsket bistand fra enten KS eller USHT til å gjennomføre objektive målinger for å undersøke om man jobbet i tråd med effektmålene. Et godt eksempel på det som ble sagt i flere av regionene finner vi i Telemark, der en informant hadde følgende å si om veiledning ved gjennomføring av effektmålinger:

«Det er jo et potensiale i selve læringsnettverket, på å måle, sånn at ikke det blir for vanskelig for oss å måle. Det er ofte små kommuner, det er ingen eller få som har kompetanse på å drive og måle. Så det er et tips, ja. At de kunne ha styrt det noe, det hadde hjulpet. Det synes jeg vi har etterspurt på flere samlinger; hvordan skal vi måle? Kan dere hjelpe oss med å lære oss det? Og så har de prøvd å lære oss det, men det har liksom ikke satt seg helt.» (Kommune, Telemark)

### 3.2.4 USHT som veileder for deltakere i læringsnettverk

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) har vært en del av satsingen på Gode pasientforløp i en koordinerings- og veiledningsrolle. Rollen til USHT har i all hovedsak vært å bistå deltakerne i de ulike læringsnettverkene med prosessveiledning og oppfølging, for å bedre deltakernes mulighet til å oppnå de målene de har satt for sitt forbedringsarbeid. USHT har fulgt de ulike læringsnettverkene gjennom prosessen ved å tilby fast veiledning mellom samtlige samlinger i læringsnettverket. I tillegg ble deltakerne i læringsnettverket informert om at USHT var tilgjengelige for oppfølging og veiledning, også ut over de fastsatte veiledningstidspunktene, og at deltakerne derfor kunne forespørre oppfølging fra USHT ved behov. I tillegg til oppfølging mellom samlingene, har USHT arrangert en fast oppfølgingssamling med samtlige oppfølgingsteam i de aktuelle regionene, etter at siste samling i læringsnettverket var gjennomført. I praksis har veiledningen vært i form av workshops, fagdager, foredrag og individuelle samtaler med enkelt deltakere (ofte ledere).

Videre presenterer vi funn fra intervjuene med representanter fra USHT som jobbet aktivt med koordinering og veiledning i to av læringsnettverkene (fem informanter)<sup>3</sup>. For å ivareta deltakernes anonymitet, oppgir vi ikke hvilke regioner de jobber i. Siden deltakerne kun representerer to regioner, kan de altså ikke ses på som representative for USHT sin rolle i de resterende regionene.

Oppsummert hadde informantene fra USHT et godt inntrykk av Gode pasientforløp, og mente at det har vært en vellykket satsing, selv om de også mente det var rom for utvikling og justering, som vi skal komme tilbake til i dette underkapittelet. Når det gjaldt deres erfaringer med organisering av veiledningsarbeidet,

<sup>3</sup> Det deltok også representanter fra USHT i noen av de andre intervjuene, men da ble USHTs rolle i liten grad diskutert.

og hva de mente utbyttet av veiledningen hadde vært for deltakerne, hadde samtlige informanter fått gode tilbakemeldinger fra deltakerne i læringsnettverket. Deltakerne i forbedringsteamene hadde ansett veiledningen og koordinering fra USHT som viktig for å lykkes med arbeidet med Gode pasientforløp. Dette samsvarer med det informantene fra forbedringsteamene fortalte. Representantene fra USHT fortalte videre at de hadde hatt en tilnærming der de ønsket å imøtekomme deltakerne i læringsnettverket på hva de trengte, i stedet for å gjennomføre veiledningen etter en fastsatt mal. Årsaken til dette var at de oppfattet at de forskjellige aktørene hadde ulike behov. Behovene for koordinering og veiledning varierte blant annet etter sektor, sammensetningen av læringsnettverket og erfaring med lignende forbedringsarbeid. USHT så seg derfor tjent med å tilpasse sine tjenester etter behovene hos aktørene de veiledet, noe de fikk gode tilbakemeldinger på. Sitatene under illustrerer denne fleksible tilnærmingen:

*«Der har vi jo prøvd å imøtekomme kommunene når det gjelder ønskene de har hatt. Noen har sagt «ja, kom ut til oss. Og dere har regien på hele møtet. Gjør som dere vil.» Mens andre har hatt sitt program, som vi har prøvd å gi innspill på i veiledninger, eller har avklart på forhånd hva de har behov for, og – vi har gjort litt forskjellige varianter. Men vi har hatt litt prosessarbeid med dem, for å få dem selv til å reflektere over hva de har behov for, og hva de trenger. Så det har jo vært mest fysiske møter, og hatt noen litt lengre møter. To og en halvtimers møter.» (USHT1)*

*«... [vi var] opptatt av at kommunene må få veiledning på det de står i og lurer på, og at det varierer for noen. Kanskje bruker lengre tid på å komme i gang og etablere teamet sitt og på en måte forankrer ting. Andre er opptatt av andre ting – så vi var vel fleksible i hva vi ..., det var mer kommunens tid, og at vi la opp til introduksjon og ga de en retning – så det hang absolutt sammen med veiledningen, eller progresjonen som var tenkt for læringsnettverket.» (USHT4)*

Et annet poeng som ble løftet fram fra USHT-informantene var at mange kommuner er engasjert i prosjekter og forbedringsarbeid på tilstøtende områder. Da gjaldt det for USHT å identifisere disse og kople dem med forbedringsteamet. Det kunne omfatte personer med særlig kunnskap i forbedringsarbeid, prosessveiledning eller annen mer spesifikk kompetanse som kunne være nyttig for teamets forbedringsarbeid. På den måten kunne man bedre utnytte hele kommunenes kompetanse og kanskje også kople relaterte satsinger.

### **Innsats og organisering av det videre arbeidet med pasientforløp**

I løpet av årene satsingen hadde pågått hadde USHT-representantene videre gjort seg noen refleksjoner omkring hva som kunne vært gjort annerledes, og hvilke eventuelle justeringer som kunne være nyttig i en videreføring av arbeidet. En del av samtalen i intervjuene dreide seg om dette. Disse funnene presenteres i tabell 4 og 5 under.



**Tabell 4: Funn fra intervjuene med USHT**

<b>Rette oppmerksomheten på samarbeidet mellom kommuner og sykehus</b>	<b>Informant</b>
«... når en inviterer til Gode pasientforløp– eller helhetlig pasientforløp, eller hva enn du kaller det, som da skal gå fra hjem til hjem, så er det egentlig veldig unaturlig at ikke det fokuset har kommet veldig sterkt fram (...) sånn det har blitt nå så kunne en nesten ha kjørt et eget læringsnettverk for sykehus, og et eget læringsnettverk for kommunen.»	1
«Og så begynte jo kommunene å jobbe. Så har de hatt det målet med å jobbe med overganger med sykehuset, men så begynte de jo å jobbe mer med sine egne utfordringer først. Og så har de i forløpet, helt fram til fjerde samling nesten, vært opptatt av sitt eget, i sin egen kommune. Mellom hjemmetjenesten og sykehjem, og alle de forskjellige tingene der.»	2
«Så har det jo på en måte kanskje handlet mest om å rydde i eget hus, noe som også er viktig. Men jeg tror nok det har vært litt skuffelse for meg, at en ikke har klart å rigge gode prosesser rundt [samhandling mellom kommunen og sykehus].»	4
«Ja, det er å få til – på sikt, at en kan jobbe med samhandlingen mellom sykehus og kommune, det er hvert fall neste trinn. Men jeg tenker at det aller viktigste nå, er at vi har dialog med de kommunale teamene for å hjelpe dem med å fortsette det arbeidet som de har begynt på. Sånn at de ikke mister det, kan du si, mister fokus på det. For klart, det er ingen team som en kan si –dette blir du jo aldri ferdig med, men de er jo heller ikke ferdig med det de har satt i gang nå, under Gode pasientforløp.»	1

**Tabell 5: Funn fra intervjuene med USHT**

<b>Forankre satsing på økt samarbeid mellom kommuner og helseforetak under Helsefelleskapet</b>	<b>Informant</b>
«Det er veldig spennende det som skjer videre. Vi tenker at det i hvert fall må være klart definert hvem som skal dra det videre. Hvem er det som skal ha ansvaret? Og der tenker vi at vi i USHT er klare for å gjøre den jobben. Fordi vi kan jo bare fortsette å jobbe med [kommunene] med tanke på pasientsikkerhet og andre oppdrag. Men det er viktig, hvis en skal få noe bedring på det som skjer mellom kommunene og sykehuset, så må overordnet være med på dette og dra det. Helsefelleskapet eller KS eller noen andre. Og det ser jo ut som Helsefelleskapet er ansvarliggjort.»	1
«Jeg tror at Helsefelleskapets paraply må være over dette. Og Helsefelleskapet hos oss har jo pasientforløp som et arbeidsområde, som det fint kan legges innunder. Og så at KS er med og bidrar i for eksempel en type inspirasjonssamlinger eller regionale møter eller – hvordan en vil organisere det. Og så prosessveiledning fortsatt. Og der kan jo vi [USHT] fortsette å være med på det.»	1
«Så det ligger absolutt på agendaen - når en nå holder på å rigge hvordan helsefelleskapene skal jobbe og hvordan en skal sette ned ulike satsinger der, så vil jo dette forhåpentligvis kunne bli en del av det. Det er i hvert fall det som er meningen. Så det skal jo sluses inn i strukturer som er varige, og som gjør at de kan dra det videre. Men det er jo ingen enkel sak. Hadde det vært enkelt, så hadde vi vel ikke måttet holde på med dette. Det blir ingen enkel sak selv om man putter det inn i Helsefelleskapet, men det er hvert fall en struktur og et fora der en kan prøve å se videre på det.»	3
«Hvis en tar helsefelleskapet, hvis en ser litt på det hele bildet der, så er det jo helsefelleskapet vi skal jobbe fram nå, å sette sammen fagutvalg. Og jeg ser at per nå så	5

---

*har ikke vi noen rolle i helsefelleskapet, sånn formelt. Verken som observatør eller andre. Men det hadde vært interessant å ha vært en del av de fagutvalgene.»*

---

*«Og da tenker jeg en aktiv part, i de fagutvalgene. Og ikke bare en observatør. For det er jo 4 og 3 snakk om at vi kanskje skal være observatør i SSU, men det aller viktigste er vel at vi inkluderes i fagutvalgene i Helsefelleskapet. Burde egentlig vært en USHT-representant i fagutvalget.»*

---

Et inntrykk fra intervjuene med USHT er at de gjerne hadde sett at de hadde vært trukket mer aktivt inn i Gode pasientforløp. Dette ble formidlet av informanter tilknyttet de to separate læringsnettverkene. En begrunnelse for det var at USHT opplevde å være tett på deltakerne/forbedringsteamene underveis og kunne formidlet deres innspill. Dette gjaldt for eksempel behovet for å øke fokuset på samarbeid mellom kommunene og helseforetakene, spesielt tidlig og midtveis i satsingen. En annen begrunnelse var at det hadde gjort det lettere å samordne veiledningen de selv ga til deltakerne, og veiledningen deltakerne fikk på samlingene i læringsnettverket. Innspillene peker på et generelt poeng om viktigheten av å koordinere alle medvirkende aktører i slike satsinger.

### Oppsummering

Intervjuene viser at deltakerne jevnt over har vært fornøyde med selve innholdet i samlingene de har deltatt på gjennom læringsnettverkene. Særlig synes de at det har vært verdifullt å få avsatt tid til å konsentrere seg om forbedringsarbeid – noe som det i daglig drift kan være vanskelig å få til. Opplegget med arbeid mellom samlinger og veiledning blir omtalt positivt. Når det gjelder forbedringspotensial og innspill til videreføring av arbeidet i satsingen, handler dette om vektleggingen av akademisk vs. praktisk kunnskap i samlingene, behovet for noe mer spissede oppgaver og enda større grad av veiledning i gruppearbeid. Det er like viktig med proaktiv veiledning mellom samlingene og kopling til allerede eksisterende kompetanse og ressurser i kommunen. Til sist er det et tydelig behov for større oppmerksomhet på å jobbe på tvers av kommuner og sykehus for å skape de gode overgangene for pasienter og brukere.

### 3.3 Brukermedvirkning og brukeren i fokus

Pasient- og brukermedvirkning er en sentral pilar i Gode pasientforløp, og første effektmål i satsingen er at "brukeren/pasienten opplever å være likeverdig partner i utarbeidelse av sitt pasientforløp". I den praktiske gjennomføringen av satsingen er dette særlig operasjonalisert gjennom at tjenesteutøvere skal stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?».

"Hva er viktig for deg" er en tilnærming, eller et verktøy, som nettopp forsøker å sikre medvirkning fra pasient/bruker i møtet med helse- og omsorgstjenestene. Ved at pasientene spørres om hva som er viktig for dem, er også målet å dreie fokus over fra sykdom og problemer til styrker og mestring. I tillegg skal tjenestene bli bedre i stand til å gi brukeren individuelt tilpassede tjenester. Den store vektleggingen på brukermedvirkning beskrives som en retningsendring i [Gode pasientforløps læringskompendium](#). I løpet av den tiden læringsnettverkene har eksistert, har også erfaringen med brukermedvirkning og "hva er viktig for deg" utviklet seg. Deltakerne i de første læringsnettverkene var svært positive til "hva er viktig for deg"-budskapet, men opplevde at det var vanskelig å integrere spørsmålet i tjenesten. Dette resulterte i opprettelsen av en «Hva er viktig for deg?»-dag og oppfordring til å trene på å stille spørsmålet (ibid.)

I intervjuene har brukermedvirkning og "Hva er viktig for deg?" vært et stort samtaleemne som engasjerer mange. Deltakerne hadde mange refleksjoner rundt brukermedvirkning generelt, og hvordan spørsmålet skulle forstås, hvordan det best skulle stilles, og hvordan svarene burde kontekstualiseres mer spesifikt.

### 3.3.1 "Hva er viktig for deg?"- å stille spørsmålet

Som beskrevet i tidligere forskning (Oksavik et al., 2020; Olsen et al., 2021) kan helsepersonell oppleve det som utfordrende å balansere pasientsentrering og brukermedvirkning med tjenestenes krav og behov, for eksempel knyttet til å etterkomme stramme budsjetter. Samtidig er det ingen tvil om at ansatte i helse- og omsorgstjenestene, inkludert våre informanter, er opptatt av å inkludere brukerne/-pasientene i sine egne forløp. Flere informanter beskrev at deres ansatte og/eller kolleger kunne synes det var vanskelig og fremmed å stille spørsmålet. Men slett ikke alle syntes det. En informant syntes det var uproblematisk, og at det handlet om hens utdanning og fagbakgrunn: *"Som terapeut er jeg veldig vant til det. Jeg spør alle om det, men det er måten vi er opplært."* Dette gjorde at hun også kunne dele erfaringer med et så tydelig brukerfokus i sitt forbedringsteam. For andre var det mer krevende. En av de mest beskrevne utfordringene i intervjuene var hva slags svar man kunne få når man stilte spørsmålet. Ville det framkomme behov man ikke kunne dekke? Som en leder i en Agder-kommune uttalte: *«I starten var det litt skummelt, for hva kommer nå? Vi kan ikke plukke ned stjernene til dem»*. En annen leder i en kommune i Sogn og Fjordane hadde en tilsvarende refleksjon: *«Hva er viktig for deg?» er ofte lett å følge hvis en kan tilby det, men den dagen det kommer et ønske eller et sterkt behov for noe du ikke kan gi ... da blir det konflikt og vanskelig»*.

Som nevnt var det ofte krevende økonomi i tjenestene som gjorde at spørsmålet ble opplevd som vanskelig å stille. Delvis relatert til dette var det også en viss uro for at brukerne skulle ønske seg sykehjemsplass, når det både politisk og økonomisk er ønskelig at vi som innbyggere får flere tjenester i hjemmet.

I en Helgelandskommune hadde en informant gjort seg denne refleksjonen:

*«Vi skal tenke lavere omsorgsnivå når de kommer inn i korttid. Vi skal stille spørsmålene og ta de samtalene med beboerne, med pasientene og pårørende rundt dem. Og da er det er litt skremmende å spørre: «Hva er viktig for deg?». «Det som er viktig for meg er å få en sykehjemsplass», og det å klare å dreie det [ønsket] bort når vi ser at det faktisk er et potensial for et omsorgsnivå lavere ned, det er innfløkt. Og det er arbeidsomt å ta disse møtene og samtalene. Men vi ser at det bærer frukter når vi gjør det.»* (Kommune, Helgeland)

Også finansieringsmåten for hjemmetjenesten kunne få spørsmålet til å framstå som overflødig og kontraproduktivt, som i denne Agder-kommunen:

*«Vi har en ren ISF-finansiert modell for hjemmetjenester, som gjør at vi går på rent vedtak. Så skal vi gå ut og spørre hva som er viktig for deg? Hallo!? Det er jo ikke det som står i vedtaket, det er jo ikke det de har fått innvilget tjenester på»* (Kommune, Agder)

Eksempelene over viser at ansatte kan synes det er vanskelig å stille spørsmålet fordi de kanskje ikke kan innfri ønskene til brukeren. Erfaringene viser også tydelig at det er viktig å fortolke svarene. Hva betyr det egentlig at en bruker ønsker seg sykehjemsplass? Det kan like gjerne bety at brukeren har behov for trygghet i hverdagen, og det kan kanskje ivaretas gjennom andre virkemidler enn sykehjemsplass. Vi kommer tilbake til dette i delkapittel 3.3.2. Flere informanter hadde imidlertid erfart at svarene fra brukerne slett ikke ble så utfordrende som fryktet. Snarere opplevde de fleste vi intervjuet at spørsmålet først og fremst avdekket ny informasjon som var nyttig for den videre oppfølgingen, som i denne Helgelands-kommunen:

*«I all hovedsak var det dette med trygghet og nærhet. Altså, det var egentlig ikke noe opp på De syv søstre og drikke et glass vin, eller dra til Bali. Det var snarere veldig konkret: At jeg får lese avisen min, at noen kan lese bibelen. Så dette med tro kom fram, altså slike hverdagslige ting som de savnet: Å være i kontakt med familien, slippe å være ensomme. Og dette med tro hadde vi ikke fanget opp [...] Det var jo en enkel ting å hjelpe de med.»* (Kommune, Helgeland)

For noen brukergrupper oppleves spørsmålet særlig utfordrende. Flere trakk fram "skrøpelige eldre" som en slik gruppe. Det gjaldt både når det gjelder å stille spørsmålet på en god og forståelig måte, og ikke minst å få brukerne i tale, og forstå hva de egentlig har behov for. En kommuneleder fra Helgeland mente denne gruppen er spesielt vanskelig å spørre fordi de har så sammensatte fysiske og kognitive utfordringer:

*«Vi har også snakket med dette om skrøpelige eldre, disse multisjuke eldre som kanskje har vært så lenge hjemme at når de først kommer inn så er det ... altså i kurv [innleggelse]. Hvordan blir de ivaretatt i møte med spesialisthelsetjenesten, med ulike undersøkelser og kartlegginger som da skal gjøres? Det er jo de som kanskje er de mest sårbare som kanskje mange opplever faller veldig imellom her. Og har vi nok fokus på dem? De kan jo ikke si så mye om hva som er viktig for seg.»* (Kommune, Helgeland)

Informanten opplevde at dette var en gruppe som var særlig vanskelig å ivareta. Selv om man systematiserer brukermedvirkningen gjennom «Hva er viktig for deg?» vil det fortsatt være brukere/pasienter som er vanskeligere å nå enn andre. I andre situasjoner ble spørsmålet snarere oppfattet som nærmest for selvfølgelig, som i denne Telemarks-kommunen:

*«Så spørres det jo selvfølgelig hvilken setting det er, hvis du spør på sykehuset i en akutt situasjon, så er det vel bare «jeg vil bli frisk», eller «jeg vil ikke dø». Hvis du er på sykehuset og det har gått en stund, så er det «jeg vil hjem», ikke sant?»* (Kommune, Telemark)

Informantene opplevde imidlertid ikke at «Hva er viktig for deg?»-spørsmålet var utfordrende å stille kun på grunn av frykten for svarene, og kravene det kunne utløses, eller spesifikt utfordret knyttet til særlige utsatte pasientgrupper. Spørsmålet ble for noen også oppfattet som "uvant". Det varierte mellom deltakerne i fokusgruppene hvor vant de var til å jobbe aktivt med å involvere brukeren i sitt eget forløp. En informant fra sykehus sa det slik:

*«Det ene er jo brukermedvirkning og «hva er viktig for deg», den biten der, som egentlig krever en helt annen tilnærming enn dette med organisasjonsutvikling på kvalitetssystem, pasientsikkerhet*

*osv. Og da tenker jeg vel at sykehuset har pasientsikkerhetsprogram, og litt forskjellige ting å støtte oss på, men den andre gruppen som skal handle om holdning og brukeren i sentrum, falt litt for oss etter hvert. Fordi ... det er jo noe som handler om kultur, som er krevende, tar tid, og som du egentlig må sette ordentlig fokus på. Det var lettere å ta tak i det andre.» (Sykehus)*

Det var flere informanter som fortalte at i deres tjenester hadde de vært uvant med det sterke fokuset på brukermedvirkning og at spørsmålet var fremmed. En informant fra en kommune i Telemark opplevde at "... det går bedre og bedre [å stille spørsmålet], men jeg tror det er mange som synes det er vanskelig. Som sagt, det er uvant. Det blir jo veldig nært da også".

I intervjuene ble det også reflektert rundt at en del brukere synes det er vanskelig å svare på hva som er viktig for dem. Mange hadde erfart at brukerne selv syntes det var uvant og at de ikke var nødvendigvis komfortable med å bli forespeilet innflytelse i sine pasientforløp. En informant fra Telemark mente mange syntes det var rart å få dette spørsmålet, mens en annen mente at det skyldtes at det var vanskelig for eldre å kommunisere hva som var viktig for dem, ut over at de for eksempel fortsatt ønsker å være på sykehjem. En informant fra Helgeland oppsummerte en stor del av problematikken med både det å skulle stille og svare på spørsmålet:

*«Det er jo en generasjon som på en måte har vært litt sånn «lua i hånda», som har gjort det de får beskjed om. For de blir jo veldig sånn, nesten mekanisk [dere må] ordne. Bare overta. Og det er vi jo gode på. Det er jo det vi kan: Å hjelpe. Så har vi fått beskjed om at, nei, nå skal vi ikke hjelpe, vi skal gi deg støtte slik at du kan leve ditt eget liv og mestre det ...» (Kommune, Helgeland)*

Den store oppmerksomheten på brukermedvirkning aktualiserer både større ansvar og innflytelse hos brukeren og nødvendigheten av å jobbe på nye måter. Erfaringen fra intervjuene er at tjenestene har stor bevissthet om at en må jobbe på litt andre måter enn før, der blant annet helsefremming og brukerinvolvering får større plass. Videre vil det bli interessant å følge med på holdningene hos oss som brukere av helse- og omsorgstjenestene framover. Nye generasjoner kan tenkes å ha en mye sterkere oppfatning om hva de ønsker seg, og heller ikke være redd for å formidle det.

### 3.3.2 Strategier for spørsmålsstilling i praksis

Løsningene på utfordringene knyttet til "å stille spørsmålet" ble også tatt opp i fokusgruppeintervjuene. Det var tydelig at mange hadde gjort seg erfaringer og refleksjoner over års arbeid med dette og deltakelse i læringsnettverk. Vi kan tenke på dette som ulike strategier for å håndtere svarene som kommer opp som respons på spørsmålet. En erfaring noen hadde gjort seg, var at den som stiller spørsmålet bør være en som **kjenner brukeren**. En informant (Sogn og Fjordane) mente det var en viktig forutsetning at man kjente brukeren for å kunne stille spørsmålet, mens andre framhevet at det er viktig at spørsmålet stilles allerede når du søker på tjenester (Agder).

En annen "strategi" som ble diskutert i fokusgruppene var at i stedet for å spørre ordrett "hva er viktig for deg?" burde man **bruke andre ord**. Flere hadde gode erfaringer med å innhente informasjon om hva som er viktig for brukeren på det de beskrev som mer naturlige måter:

«... Vi spør på en måte. Men synes det er unaturlig å gå inn å spørre «hva er viktig for deg da», så å bruke akkurat de ordene, det tror jeg sitter litt langt inne. Så det er kanskje ikke noe de spør [ordrett om], slik som jeg sa nå i sted, at de heller spør «hvordan har du det hjemme?». «Er det noe du trenger for at du skal komme deg hjem?». Altså de spør på en annen måte, akkurat "hva er viktig for deg?" spør de nok ikke akkurat direkte om.» (Kommune, Telemark)

«Det er så rart å skulle spørre om det, akkurat som «ja, hva er viktig for deg, by the way»- liksom, så vi jobber litt med det, at du trenger ikke akkurat å bruke de ordene. For eksempel: "nå har du kommet på sykehuset, hva er viktig for deg når du er her?" Eller "hva er viktig for deg når du skal hjem?" Eller "er det noe du lurer på i forbindelse med at du skal opereres?" Vi må rett og slett lage noen slike eksempler til dem [ansatte]. Det har vi begynt med nå, fordi vi fikk tilbakemelding på at det er så kunstig å stille det spørsmålet ordrett.» (Sykehus)

Når det gjaldt bekymringer for hva spørsmålet «Hva er viktig for deg?» kunne åpne for av krav og ønsker fra brukerne, fortalte flere informanter at de brukte en strategi som kan omtales som **innramminger av selve spørsmålet**. Det vil si at de både arbeidet med å formidle *hvorfor* spørsmålet ble stilt, og at de forsøkte å tydeliggjøre en ansvarsfordeling mellom pasienten selv, kommunen og sykehuset. For det første handlet det om å avgrense spørsmålet til å gjelde **situasjonen her og nå**. En kommune i Agder hadde for eksempel lagt til hjelpeteksten "I sin nåværende situasjon" og "som kommunen har ansvar for" i sjekklista.

«På den siste malen vi lagde, som er veldig forenklet, det er egentlig bare to sider pluss vedleggene, så er det jo hjelpetekst som man har når man går ut ... På «hva er viktig for deg?» [...] så jeg har lagt det til som en hjelpetekst på den ene siden: «Hva er viktig for pasienten i sin nåværende situasjon?» og «Hva er viktig for deg som vi [i kommunen] også har et ansvar for?». (Kommune, Agder)

En informant fra en annen kommune (Sogn og Fjordane) fortalte at de pleide å ramme inn spørsmålet ved å si for eksempel: "Nå er du her fordi du har hatt et lårhalsbrudd, sånn og sånn. I denne situasjonen her, hva er viktig for deg?". Andre passet også på å presisere at det som er viktig – samt ansvaret for det som nå skal gjøres – må fordeles mellom brukeren og kommunen. Denne tilnærmingen kan vi forstå som en eksplisitt **ansvarliggjøring av brukeren**:

«De fleste brukerne synes det er fint å bli sett og hørt, men så må jeg trygge ansatte på at det ikke er alt kommunen skal ordne opp i [...] Også kan man jo først tenke: «Hva kan du gjøre selv, eller hva kan de rundt deg gjøre?», og så til sist: «Hva er det kommunen plikter å gjøre?» (Kommune, Agder)

Varianter av dette utsagnet så vi på tvers av alle intervjuene, hvor det å stille spørsmålet ikke *kun* ble en metode for brukerinvolvering, men også en inngang til å drøfte ansvarsfordeling og forventninger. Dette ble poengtert som stadig viktigere med tanke på at helse- og omsorgstjenestene får færre ansatte og ressurser pr. bruker. I en annen Agder-kommune forklarte de hvordan de jobbet med ansvarsdeling mellom seg og brukeren:

«Jeg hører det er viktig for deg, men hva gjør du med det?». «Det kan ikke jeg [tjenestene] gjøre noe med», slik at de [brukerne] slipper å tenke at: «Det skal du løse.» Nei, jeg skal ikke det, men jeg

*skjønner at det er viktig, og det kan vi godt snakke mye om. Vi kan snakke om det hver gang jeg er her, men det er ditt ... og det er viktig. Jeg kjenner deg, jeg vet hva som er viktig for deg. Og vi kommer ikke til å kunne levere alt, da må vi være enda tøffere på den forventningsavklaringen (...) "Nei, det er ikke kommunens oppgave å ordne alt.» (Kommune, Agder)*

Slik balanserte informantene det å lytte til pasienten, få pasienten til å forstå at hen ble hørt, og samtidig gjennomføre en dialog som tydelig markerer hva som kan forventes fra pasientens side. Samtidig ble det også uttalt at denne tydeligheten var med på å trygge medarbeidere som syntes spørsmålet var utfordrende å stille. Mange av disse samtaler handlet om hvordan man kunne tilrettelegge hjemme for at brukeren skulle føle seg trygg og ivaretatt:

*«Ja, det er jo litt det at hvis folk for eksempel vil bo hjemme lengst mulig, så har de kanskje en trapp som de ikke får gjort noe med, da må man kanskje trene litt da. Altså å få den der puffen. Det er litt fokus på dette hos oss nå, eller i alle fall mer enn før. Hva skal til for at du kan komme hjem? Du må kanskje gjøre litt selv også.» (Kommune, Telemark)*

### 3.3.3 Behov for trening og opplæring blant ansatte

Et siste overordnet tema som ble diskutert i noen av intervjuene var behovet for trening og ytterligere opplæring i hvordan involvere brukerne, inkludert bruken av "hva er viktig for deg?"-spørsmålet. Flere pekte på at det er behov for å øve på å stille spørsmålet. Det finnes for øvrig eksempler på hvordan man stiller spørsmålet på film, som blant annet ble vist på læringsnettverk som evaluator var med på i Innlandet. Det kom fram i intervjuene at flere av kommunene og sykehus drev da også med ulike former for øving. Særlig i fokusgruppen i Telemark ble dette temaet diskutert. I en kommune hadde de kurset hele helse- og omsorgsavdelingen i Motiverende intervju, og de har en ressursperson på temaet. I tillegg hadde de organisert ressursgrupper, der ressurspersoner som deltar har ansvar for å ta med seg kunnskapen tilbake til avdelingen. Informanten forklarte hvordan de hadde organisert det:

*«Vi har tatt en person fra hver enhet i kommunen som ressursperson, og de møtes en gang hver sjette uke. Så øver de, og så drar de hjem til sine avdelinger og øver der. Veldig mange synes det er vanskelig det med at du skal spørre, "hva er viktig for deg?". Men man kan jo øve på slike ting, litt ulike varianter.» (Kommune, Telemark)*

En informant i en annen kommune sa seg enig i betydningen av å øve. Hun mente at en veldig viktig del av deltakelsen i læringsnettverk rett og slett hadde vært å øve på Motiverende intervju. Flere foreslo at det kunne vært inkorporert som en større del av opplegget i læringsnettverket. Filmer som viste hvordan man skulle gjøre det var vel og bra, men neste skritt kunne være en konkret øvelse og metodikk. En av informantene foreslo at det kunne være en refleksjonsøvelse, og at det trolig ville gi en aha-opplevelse når man må tre inn i rollen som hjelpetrequende. Kort sagt, flere informanter foreslo praktisk øving i å sikre brukerinvolvering (herunder å stille spørsmålet "hva er viktig for deg?") i eventuelle nye læringsnettverk eller tilsvarende.

## Oppsummering

Funn fra fokusgruppeintervjuene viser at brukermedvirkning/brukeren som en likeverdig partner i sitt eget forløp og "Hva er viktig for deg?" har vært viktige tema for deltakerne. Læringsnettverket har utvilsomt bidratt til å sette temaet tydelig på agendaen. Mange jobbet brukersentrert fra før, men samtidig viser intervjuene at flere også trengte en påminnelse og noen teknikker som gjør det lettere å jobbe på denne måten. Gjennom læringsnettverksperioden – og i tiden etterpå, fram til intervjuet – ser det ut til å ha skjedd en utvikling og en økt grad av refleksjon rundt hvordan man kan sikre en brukersentrert tjeneste. Det var også flere eksempler på at tilnærmingen spredte seg fra den/de enhetene som deltok i forbedringsteamet til andre deler av kommunen. Samtidig er det tydelig at dette også er et kontinuerlig arbeid. Brukerinvolvering i dagens helse- og omsorgstjeneste handler også om at mange brukere og pasienter må erkjenne at de – på godt og vondt - må ta en større og mer aktiv rolle i sitt eget forløp. Det innebærer blant annet at vi som framtidige tjenestemottakere må forvente at flere tjenester gis i hjemmet. For helsepersonell blir det en oppgave å greie å engasjere og motivere brukere til å klare seg lengst mulig hjemme.

### 3.4 Systematisering av pasientens helse- og omsorgstjenester i pasientforløp

I dette underkapittelet presenterer vi funn som omhandler systematisering av pasientens/brukerens helsetjenester i pasientforløp. Gjennom dette temaet belyser vi særlig hvorvidt og i hvilken grad satsingen Gode pasientforløp har nådd effektmål 2; «Pasientens helsetjeneste i kommuner og sykehuset er systematisert i helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp».

#### 3.4.1 Sjekklistene

En sentral komponent i HPH-modellen er utviklingen av sjekklistene for å strukturere utskrivnings- og oppfølgingspraksisen ved innleggelse i, og utskrivning fra sykehus. Målet med sjekklistene er at det skal være definerte stoppunkt for pasienten ved overføring til kommunehelsetjenesten som sikrer systematisk vurdering av behov og samhandling med pasientens fastlege (Gode pasientforløp årsrapport, 2022). Sjekklistene er altså et viktig verktøy for ansatte for når pasientens tjenestebehov skal vurderes. I KS sin årsrapport for Gode pasientforløp (2022) er det definert fem sjekklistene (HPH0 til HPH5). Det blir for omfattende å presentere innholdet i hver av sjekklistene i detalj her, men det er verdt å gjennomgå de ulike stoppunktene hver av sjekklistene representerer, for å gi et bilde på hvordan pasientens behov for tverrfaglig oppfølging ivaretas gjennom HPH-modellen.

I HPH0 og HPH1 forberedes kommunehelsetjenesten på hjemkomst fra sykehus/korttidsopphold, der pasientens funksjon, medisinske tilstand og oppfølgingsbehov blir kartlagt gjennom disse to sjekklistene (Trondheim kommune, 2023). HPH2 er en sjekklister som skal sørge for at pasienten får en ny vurdering av oppfølgingsbehov og medisinsk tilstand av en sykepleier eller vernepleier innen tre dager etter hjemkomst. HPH3 er utarbeidet for å sikre informasjonsoverføring mellom hjemmetjeneste og fastlege etter at pasienten har blitt utskrevet fra sykehus, og inkluderer besøk av fastlege for tilsyn og legemiddelgjennomgang hvis pasient ikke kan møte på fastlegekontoret. Sjekklister for HPH4 skal sørge for at pasienten får daglig observasjon og tjenester knyttet til for eksempel fallhendelser, eller andre negative hendelser som krever at pasienten får hyppig tilsyn. I sjekklister HPH5 evalueres pasientens behov for videre oppfølging fire uker etter at pasienten blir utskrevet fra sykehus. KS påpeker likevel i sin årsrapport for Gode pasientforløp (2022) at «Bare unntaksvis starter pasientforløp i kommunen ved utskrivning fra sykehus. Som oftest starter forløpet med et helse- og funksjonsfall der brukeren selv, på egen hånd eller ved hjelp av pårørende, ber om hjelp».



og videre at «Kommuner som har lyktes med helhetlige pasientforløp benytter det samme rammeverket for alle forløp hos brukere med behov for kommunale omsorgs- og behandlingstjenester». (Gode pasientforløp årsrapport, 2022).

Det har vært viktig for oss å ikke sette for begrensende rammer for hva vi ønsket informasjon om når vi spurte deltakerne om deres arbeid med sjekklister i fokusgruppeintervjuene. Dersom vi definerte det til for eksempel kun å gjelde sjekklister som brukes i et pasientforløp som startet spesifikt med en sykehusutskrivelse så ville vi risikert å ikke fange opp de lokale variasjonene som forbedringsteamene har hatt i sine arbeid med sjekklister. Det er også viktig å påpeke at sjekklister i HPH-modellen er tilpasset lokale forhold og vil derfor variere mellom landets kommuner, som resultatene vi presenterer i dette underkapittelet tydeliggjør.

Informanter fra læringsnettverket i Agder fortalte at de hadde gjennomført en gradvis innføring og pedagogisk navngivning av sjekklister, her eksemplifisert med et sitat fra en av kommunene:

*«Det vi gjorde var at vi ikke åpnet for alt med en gang, alle sjekklister. Vi hadde noe erfaring fra nærliggende kommuner, hvor det ble litt mye, så vi tok inn en sjekklister om gangen. Så kalte vi det heller ikke for sjekklister 1, 2 og 3 [referanse til HPH0-5], men vi kalte det ved navn. Når de var blitt implementert i avdelingen, så åpnet vi for neste. Og så hadde vi teamledere med, for eksempel avdelingsledere, som kunne fortelle: «Nei, de er ikke modne for neste, vi må vente litt». Så drøydde vi det litt, men vi hadde faste møter.» (Kommune, Agder)*

Deltakere fra andre forbedringsteam i andre regioner hadde jobbet mer direkte etter oppskriften i HPH-modellen, som for eksempel denne informanten fra en kommune i Telemark:

*«Vi jobbet jo veldig sann tro til "Helhetlig pasientforløp i hjemmet" modellen, hvor vi gikk inn og jobbet med alle sjekklister, eller om alle overganger, så tok vi en om gangen, som vi først lagde, folierte, reviderte og så implementerte, en liste om gangen. Det var ikke bare på «korttid», det handlet spesielt om utskrivelse fra sykehuset og inn på «korttid», eller inn i hjemmetjenesten, og også dette med at fastlegen skal ha en kontroll i løpet av fire uker hvis det er nødvendig, ikke alltid. Vi lagde system på det, men så er det fortsatt arbeid igjen for at dette skal bli en del av hverdagen vår. Men vi hadde veldig fokus på at det vi gjorde skulle rett inn i drift, etter at det var foliert på en måte, og revidert.» (Kommune, Telemark)*

En annen måte å både systematisere sjekklister, samt forenkle utrulling av disse i tjenestene var å **digitalisere** skjemaene. Dette hadde blitt gjort, med stort hell, av enkelte forbedringsteam vi snakket med. Vi fant gode eksempler på at sjekklister var digitalisert både i Innlandet og Agder, mens det ble problematisert at de opererte med analoge sjekklister på Helgeland. En informant fra et sykehus tilknyttet læringsnettverket i Innlandet trakk fram digitalisering av sjekklister som en suksessfaktor:

*«Vi fant ut at vi gjerne ville gripe fatt i det skjemaet som heter Trygg utskrivning, som sykehuset har brukt masse tid på å utarbeide. Så valgte vi ut vår største avdeling, som er kirurgisk avdeling og en sengepost der, til å delta, så hadde vi med en sykepleier i prosjektet som jobbet på den posten, hun*

*var veldig gira på dette. Så fant vi ut at hvis vi i det hele tatt skulle få til dette, så måtte vi få en elektronisk utgave. Så det har vi fått til.» (Sykehus)*

Også i en kommune i Agder hadde de gode erfaringer med å digitalisere sjekklister for å øke bruken av dem. Kommunen hadde blant annet laget en digital kvalitetshåndbok som de hadde innlemmet i en applikasjon som alle ansatte kunne ha på mobil og nettbrett:

*«Det ble så mange ark, og det hater vi - derfor lagde vi en digital kvalitetshåndbok. Vi har fått det på app, så alle ansatte har det på mobil og på nettbrett. Så vi lagde felles sjekklister på innskriving, utskrivning, og alle listene vi skal ha ... Det er en haug, som ligger der ... Du kan søke, og du ser det lett tilgjengelig. Så det er en mal. De første trinnene er felles, og så følger hver avdeling opp det som er viktig å følge opp med tanke på lovpålagte ting. Nå er det jo dette med ernæringsskåring. Det er klart det er egne ting, men det må på innkomsten. Når vi får nye ting, sånn «oi!» det må vi ikke glemme, så er det på [den digitale] sjekklister og oppfølgingslisten, slik at vi kan følge opp.» (Kommune, Agder)*

Også i Oslo ble det konstatert at de så et stort behov for å digitalisere sjekklister, ettersom de papirbaserte sjekklister fort ble glemt og ikke tatt i bruk. Det har derfor vært et pågående arbeid i Oslo med å digitalisere listene og oppdatere dem, for på denne måten å øke relevansen og brukervennligheten, som i sin tur vil gjøre at de blir brukt:

*«Altså, det kan jo sikkert dere fra bydelene si mer om, men det er jo ikke en lett øvelse for ansatte å koordinere sånt papir, og så skal det inn i journal, men uansett så sto jo alt på papir, vi har jo hatt det liggende ute på nettsidene. Og opp gjennom årene så har det vært stadig vekk folk som har tatt kontakt, og lurt på «hva skjer med dette?», og blir de oppdatert? Og så har jo arbeidet fortsatt videre i Oslo kommune. Nå har vi jo digitalisert noen av sjekklister i Oslo kommune.» (Bydel, Oslo)*

På Helgeland ble det problematisert at sjekklister var på papir og derfor ikke kunne innlemmes i den elektroniske pasientjournalen som de ansatte jobber i til daglig. En informant fra en kommune på Helgeland mente det er nødvendig å digitalisere sjekklister:

*«Men dette med digitale løsninger, at man har fått implementert sjekklister i de digitale hjelpemidlene man bruker i fagsystemene. Det hadde kommet til å forenkle prosessene med utskrivning, innskriving. I dag opererer vi med papir. Det er en stor utfordring når vi har digitalt verktøy vi jobber med i det daglige. Og i tillegg ikke klarer å få det inn der. Men vi opererer jo med sjekklister ved utskrivning, på pasientuttreisekonvolutt. Det er jo på den måten vi klarer å implementere og forsikre at vi gjør det vi skal i overgangene ut ifra en tjeneste. På det elementære nivået.» (Kommune, Helgeland)*

Basert på behovet for – og gode erfaringer med – å digitalisere sjekklister, ser det ut til at de forskjellige forbedringsteamene kan ha nytte av erfaringsutveksling på tvers av regionene på dette området. Et annet tema som ble snakket om i forbindelse med innføringen av sjekklister, var om sjekklister faktisk ble tatt i bruk i ordinær drift etter at de ble implementert i tjenestene. Flere informanter, på tvers av regionene, trakk

fram at selv om en sjekklister fra HPH-modellen offisielt var innført, var det ikke sikkert at den faktisk ble anvendt i praksis. Et eksempel på dette fant vi i en annen kommune på Helgeland:

*«Jeg tenker jo noe som vi også har erfart underveis, og jeg mener det var på 2. eller 3. læringsamling eller læringsnettverk, og vi satt og fikk presentert de nye innleggelsesrapportene, og så tenkte jeg: Bruker vi de i [vår kommune]? Vi har jo presentert de, men det er noe med det vi fant ut at vi må kontrollere fort. Gjør vi faktisk det vi sier vi skal gjøre? Så vi etablerte rutine for internkontroll, hvor vi hadde tilfeldig uttrekk av journaler et par ganger i måneden hvor en så etter om folk og ansatte gjorde det de skulle gjøre.» (Kommune, Helgeland)*

Det ble også påpekt at **ikke alle sjekklister ble like mye brukt**. En informant fra en kommune i Innlandet fortalte at etter at de hadde gjennomført målinger av bruken av de forskjellige sjekklister fant de ut at de var veldig gode til å bruke sjekklister ved innleggelse på sykehus fra sykehjem, men langt mindre flinke til å bruke sjekklister når pasienter ble innlagt fra hjemmet:

*«(...) vi tok også en del tellinger og målinger på hvor gode vi egentlig er til å sende fra oss informasjon om pasienter som blir lagt inn i sykehus. Og folk i gruppa hadde jo sine meninger om hvor gode de var. Så viste det seg at da vi tok ut statistikken så er vi veldig god i institusjonen, så det var «hurra» der, men det var ikke «hurra» i forhold til pasienter som var lagt inn fra heimen. Så det er ulike problemstillinger som fører til at det ikke blir sendt innleggelsesrapport, for det er jo ikke alle hjemmebaserte tjenester som vet at det er pasienter som blir sendt inn. ... Men utfordringa er å fortsatt har fokus på dette i en travel arbeidshverdag. Hvem tar ut statistikk? Hvem har tid til det? Det er der den største utfordringen ligger.» (Kommune, Innlandet)*

Et annet tema som ble tatt opp i flere av intervjuene er nødvendigheten av å jevnlig **revidere sjekklister** for å øke nytten av dem. Flere informanter fortalte at de anså dette som positivt for relevansen av sjekklister, og de gjennomførte revisjon relativt hyppig, som for eksempel i en av kommunene i Agder, hvor de reviderer sjekklister hvert halvår for å sørge for at de er oppdaterte og tilpasset tjenestenes behov:

*«Vi gjør det hvert halvår. Det var noe av det første jeg gjorde i jobben, for det var alt for omfattende, og da ble det ikke gjort. Og når ting er så stort at det ikke blir gjort, så har det ingen verdi. Så vi har forenklet det» (Kommune, Agder)*

Informantene trakk også fram at arbeidet med å revidere sjekklister kunne være veldig nyttig for å finne ut hvorfor enkelte sjekklister ikke ble brukt, her eksemplifisert med en uttalelse ved en informant fra en kommune i Innlandet:

*«[Svar på spørsmål om hvorfor de sluttet å bruke sjekklister] Den er veldig stor og så er den delt inn i sånn innkomst under innleggelse og utskrivning og så fant vi ut på revidering at det kanskje bare blir en liste, fordi det var flere av de tingene som kommer igjen flere ganger og det er unødvendig. Så har vi gått gjennom avvikene våre fra kommunene, som går på alt det dere forteller om at vi ikke skriver ordentlige epikriser og legemiddel-lister og alt dette. Så derfor er det også viktig for oss med disse — det er jo et punkt på sjekklister selvfølgelig.» (Kommune, Innlandet)*

Enkelte informanter mente det kunne være utfordrende å ha spesifikke sjekklister for de ulike enhetene i kommunen. En slik tilnærming ville medført sjekklister som var spesialtilpasset deler av kommunen, og som i sin tur ville krevd en stor grad av revidering for å passe andre tjenesteområder. I en kommune i Innlandet valgte de derfor heller å lage en "bred" sjekklister, slik at den skulle favne så mange tjenesteområder som mulig, i et forsøk på å unngå for hyppig revisjon av dem:

*«Vi kunne ha angrepet det annerledes og tatt for oss en sone. Men skulle det være som jeg begynte innledningsvis å si i sted er at sonene jobber litt ulikt, og da er jeg litt redd for at den sjekklisten hadde blitt tilpasset en del av kommunen da, og ikke passe så godt for de andre, så da måtte vi ha forandret den i neste omgang. Det er det jeg ser for meg da. Så nå har vi gått bredt ut og så har vi brukt litt tid så har vi fått den forankret i andre deler av kommunen og så tror vi den holder, men vi har ikke startet å bruke den» (Kommune, Innlandet)*

I Oslo ble det sagt at det kunne være vanskelig å tilpasse sjekklister praksis og ressurser i de ulike bydelene. For enkelte bydeler kunne det være overkommelig å gjennomføre oppgavene i sjekklister, mens i andre bydeler kunne presset på tjenestene medføre at det ville være vanskelig å gjennomføre i praksis:

*«Kan jeg kommentere litt også? Jeg også har – jeg sitter og tripper, for dette – akkurat det er jo viktig for meg personlig, det vi diskuterer nå. Og det er jo dessverre sånn at vi har, i læringsnettverket, laget grunnprinsipper som like rutiner. Det ligger i bunn, og alle følger det i utgangspunktet. Men dessverre så er det sånn at bydelenes økonomi er veldig ulik. På ressurser. Og det merker vi på en måte veldig godt, på alle mulige plan. Både hvilke tjenester pasienten tilbys, ut ifra tilgjengelighet der og da, og også, på praktisk – i utgangspunktet rutinene ligger der, at saksbehandler skal komme på såkalt vurderingsbesøk, altså fysisk besøk til sykehuset, hvor vi skal snakke sammen.» (Sykehus)*

Den samme informanten fra et av sykehusene i Oslo trakk også fram betydningen av å få spredt løsningene som har blitt utviklet under Gode pasientforløp til resten av kommunen. Per i dag medfører ulike rutiner og sjekklister mellom bydelene og sykehusene til mindre effektive løsninger og vanskeligheter for ansatte som må forholde seg til mange ulike rutiner og systemer. Det samme er gjeldende for andre sykehus som må forholde seg til en lang rekke kommuner; hver med sine lokale rutiner.

Noen informanter tok også opp utfordringene med å **tilpasse sjekklister til lokale forhold** basert på eksempler fra andre kommuner i Norge. I Telemark hadde en informant fra en av kommunene erfart at det var utfordrende å implementere sjekklister, fordi de hadde trodd at de måtte innføre akkurat de samme sjekklister som i eksempelet de hadde blitt presentert for (i dette tilfellet var det fra Trondheim kommune). Det ble derimot enklere å ta i bruk sjekklister når de ble klar over at de kunne tilpasse dem til lokale forhold:

*«Først trodde vi at vi måtte bruke akkurat den fra Trondheim, og det ble litt tungvint fordi det passer ikke helt for oss. Og så gjorde vi slik som [navn på kommune] da at vi bare: "okay" nå tar vi innkomstjournalen vår og så gjør vi om den til en slags sjekklister, og putter på de tingene som vi mangler (...) Jeg tror kanskje vi har implementert tre stykker – men det er egentlig bare revidering*

av den [vi hadde]. Noe som var der fra før av, men som ikke var så systematisk.» (Kommune, Innlandet)

Mange av informantene hadde **erfaring med å jobbe med sjekklister fra før**, noe som gjorde det lettere å jobbe i tråd med HPH-tilnærmingen og sjekklister i den. En informant fra Telemark forklarte at de nå særlig jobbet med sjekklister for overganger internt i kommunen, spesielt knyttet til medisiner, og at dette arbeidet tok utgangspunkt i sjekklister de hadde fra før:

*«Vi holdt jo på med medisiner. Lagde en slags sjekklister for det, mellom overgangene innad i kommunen, mellom ulike fagområder og korttid. Vi har jo mange ulike sjekklister fra før egentlig, som korttidsavdelingen bruker. Kanskje ikke som i hjemmesykepleien, så er fagområdet jeg er på demens, så er det en slik tiltakspakke for demens, som er på en måte en form for sjekklister som gjør at vi følger opp. Så vi har jo mye fra før, men det vi gjorde med medisiner og overganger var at vi la de sjekklisterne inn i overføringsrapport som vi allerede bruker.»* (Kommune, Telemark)

Det ser altså ut som det var en vanlig praksis i mange av kommunene å ta utgangspunkt i eksisterende sjekklister og tilpasse dem. Alternativt at de tok utgangspunkt i sjekklister i HPH og tilpasset dem til sine lokale behov. Et eksempel på dette fant vi også i Telemark, der sykehuset hadde tilpasset HPH- sjekklister til allerede eksisterende lister:

*«... de har veldig mange sjekklister på ting fra før, og så har de tavler der det står hva de skal gjennom på hver pasient. Det med «Hva er viktig for deg?» har blant annet kommet på den tavla. Så det er ikke laget noen nye sjekklister nå i forbindelse med dette prosjektet (...). Vi har vel også gjort mye av det [tidligere]. Vi har bare justert det (...) Strukturert det bedre.»* (Kommune, Telemark)

Som flere av informantene kom inn på i intervjuene; en ting er å utvikle sjekklister – noe annet er å ta dem i bruk i ordinær drift. Flere av deltakerne målte bruken av sjekklister, og flere fikk seg en liten vekker da de oppdaget at omfanget av utfylte sjekklister var mindre enn forventet. På et sykehus hadde de gjort jevnlig målinger av bruken av sjekklister og syntes det var nyttig, om enn litt nedslående:

*«Det er veldig nyttig, du skjønner jo at du overhodet ikke lykkes med det du trodde du kanskje hadde lyktes med. Når alle [medarbeidere] har fått undervisning, du har snakket om det på fagfokus, alle har blitt vist tavlen og du har gått gjennom metodikken: hvorfor skal vi gjøre dette her? Så kan du sette deg ned og tro at alt går bra, fordi alle har fått undervisning. Men så viser målingene null, det er ingen. Ingen som gjør noen ting [utfylling av sjekklister]. De kan det ikke en gang, de sier at de ikke har lært det ...»* (Sykehus)

Også i Oslo hadde de gjennomført målinger av antall innførte sjekklister, samt etterfølgelsen av disse. Fordi det hele tiden pågår så mange parallelle prosjekter og satsinger, opplevde forbedringsteamet imidlertid at det var vanskelig å avgjøre i hvilken grad bruken av sjekklister kom som et direkte resultat av arbeidet med Gode pasientforløp, eller noe annet.

I mange av fokusgruppeintervjuene ble det diskutert at det kan være krevende å innføre sjekklister og ikke minst at det kan være **vanskelig å holde bruken oppe**. Mange tilskrev vanskelighetene med høy turnover i

tjenestene, stort arbeidspress og dermed liten tid til å jobbe systematisk og godt med sjekklister. Stor utskiftning av personale betød også at man kunne miste ildsjeler og folk med erfaring i å bruke sjekklisene. Lederskifter betydde også at man sto i fare for å miste fokus når det kom en ny leder som ikke kjente til sjekklisene. På et sykehus hadde de gjort seg slike erfaringer:

*«Sykehuset har i alle fall prøvd å innføre sjekklister, og det er prøvd ut i en pilot i [kommune] her. Det er noe med det at sykehuset står i så mye trøkk hele tiden, at disse tingene blir: «ja vi skal gjøre det ferdig når vi blir ferdige med dette, så blir vi ferdige med det, men nei da er det noe nytt igjen. Men vi skal gjøre det når vi blir ferdige ... Fordi det er så mye trøkk, både med sykepleiermangel og dårlig økonomi og omorganisering. Og vi har ikke kommet dit vi ønsker. Jeg husker de HPH-sjekklisene som Anders Grimsmo gjennomgikk, og vi er ikke der i det hele tatt.» (Sykehus)*

### 3.4.2 Andre virkemidler for å systematisere pasientforløpet

Sjekklisene som er utviklet i forbindelse med HPH har vært sentrale virkemidler i Gode pasientforløp med tanke på å systematisere pasientforløp og bedre overgangene mellom tjenester. I tillegg til sjekklisene har deltakerne også tatt i bruk andre virkemidler for å skape mer systematiske forløp. Vi gir noen eksempler på dette under.

I fokusgruppeintervjuene i Sogn og Fjordane og Helgeland fortalte flere informanter at de i sine kommuner hadde jobbet med å lage gode inntaksmøter. I en kommune i Sogn og Fjordane hadde de startet opp med inntaksmøter for at representanter for hjemmetjenesten og sykehjemmet kunne møtes og planlegge for en god overgang til hjemmet:

*«Hos oss holder vi på å starte opp med, en gang i uken, inntaksmøte eller snakker om pasienter som er på korttidsavdeling og skal innmelde, folk som har behov for korttidsopphold. Og der har vi begynt med at hvis vi har en pasient som vi vet skal hjem onsdag neste uke, så prøver vi å få til et møte mellom hjemmetjenesten og sykehjemmet der vi snakker om og med pasienten om hva som trengs i hjemmet for at det skal fungere. Og hva som er riktig for pasienten. Så jeg håper vi får det til å fungere.» (Kommune, Sogn og Fjordane)*

I en kommune på Helgeland hadde de også innført inntaksmøter som følge av deltakelse i Gode pasientforløp. Her gjennomføres tverrfaglige inntaksmøter mellom ulike aktører i kommunen for å koordinere forløpet til brukere av hjemmetjeneste og sykehjem:

*«Og dette med trygge utskrivinger fra sykehjem. Hver uke har vi jo det vi kaller inntaksmøte, der vi samarbeider om hva vi gjør med alle pasientene våre i hjemmetjeneste og sykehjem. Der har vi jo fått på plass en tverrfaglig inntaksdel, så da er det meg som er enhetsleder, hjemmetjeneste-enhetslederen, kvalitetsavdelingen, tjenestekontoret og kommunepsykologen. Så vi er der uansett, og så trekker vi inn ved behov. Så vi har faktisk et møte akkurat nå. Dette har vi fast i kalendrene, for det er en del pasientsaker som er helt umulig å bli enige om. Og der er vi faktisk nødt til å bli enige.» (Kommune, Helgeland)*

I Agder resulterte samarbeidet mellom kommunene og sykehuset gjennom Gode pasientforløp i at kommunene innførte TILT, et system for pasientklassifisering (systematiske målinger av vitale parametere). Informanten fra en av kommunene i læringsnettverket i Agder trakk fram at dette hadde ikke den aktuelle kommunen hatt kunnskap om tidligere, men de så et stort behov for det. Det ble derfor bevilget penger til innkjøp av utstyr for å måle vitale parametere, og kommunen var dermed i stand til å innføre et nytt virkemiddel for å systematisere pasientforløpet som følge av samarbeidet med sykehuset i Gode pasientforløp:

*«Sykehuset hadde begynt, så vi lærte av sykehuset, der de hadde valgt seg ett klassifiseringssystem som heter TILT. En ting er at vi begynte med det, men sånn som hos oss i Østre Agder så hadde vi ikke utstyr, vi hadde ikke blodtrykksapparat, så når hjemmetjenesten kom ut til en dårlig pasient var det ingen som hadde det utstyret de trengte for å faktisk følge hen opp. Så det var en massiv greie. Jeg tror de bevilget halvannen million til utstyr, for å klare å få tatt vitale ting av en dårlig pasient. Der var vi, og det er ikke mange år siden. Og det hadde vi ikke fått til hvis ikke de hadde lært [oss] det. Jeg må si det at hadde det ikke vært for Gode pasientforløp, altså det redda oss for vi hadde fått den systematikken [ved å lære av sykehuset gjennom GP]. Vi hadde systematisert, vi hadde fått bredt det ut på hele sykehjemmet, blant alle ansatte. Og man fant spor av det igjen, altså man fant det igjen ute i avdelingene. Så jeg må si det at det har vært et utrolig viktig læringsnettverk for kommunene. Og for [stedsnavn] kommune, og den enheten som jeg leder, så betydde det alt. Bare den TILT-ingen». (Kommune, Agder)*

### Oppsummering

Intervjuene viser at forbedringsteamene – og tjenestene de tilhører – har jobbet på en rekke forskjellige måter for å systematisere pasientforløp. De mest nevnte virkemidlene for å skape sammenheng og systematikk i forløpene er forskjellige sjekklister hentet fra HPH-modellen (og mer eller mindre lokalt tilpasset), maler, faste møtepunkter for inntaks- og vedtaksmøte (tavlemøter), strukturerte innkomstsamtaler og brukt av primærkontakt. Det er forskjeller mellom forbedringsteamene med hensyn til hvilke sjekklister de har jobbet med, og i hvilken grad de har klart å få dem i ordinær bruk i tjenestene. Ulike resultater på dette området ser i stor grad ut til å skyldes tidligere erfaring med bruk av sjekklister. De med tidligere erfaring har et forsprang på de uten erfaring. Til tross for variasjon mellom informantene/kommunene er det også noen felles erfaringer. Blant annet påpeker mange av informantene at sjekklister må digitaliseres for at de skal bli mest mulige brukbare. I tillegg har flere informanter framhevet at de ønsker mer kunnskap om hvordan de kan måle hva slags effekter innføring av sjekklister har hatt, foruten i hvilken grad de blir brukt.

## 3.5 Forbedring og samarbeid om overganger i pasientforløpet

I delkapittel 3.1 (erfaringer med å delta i læringsnettverk) tok vi opp deltakernes erfaring med *prosessen* der kommuner og sykehus var sammen i læringsnettverk. Selv om det var ganske stor enighet om at det hadde vært for lite søkelys på samhandling mellom kommuner og sykehus, hadde mange likevel erfaringer med at samhandlingen ble styrket. Et undertema som framkom ved analyse av datamaterialet på tvers av de forskjellige regionene var at graden av etablert samarbeid mellom kommuner og sykehus, før introduksjonen av satsingen på Gode pasientforløp, var viktig for i hvilken grad de lyktes med samarbeidet i

læringsnettverket. Det ble spesifikt sagt at en godt etablert samhandlingskultur mer generelt var en suksessfaktor for om aktørene i et læringsnettverk lyktes med å styrke spesifikke deler av samhandlingskjeden, som for eksempel overganger mellom sykehus og kommuner. Et godt eksempel på dette kom fra en informant som jobber i en av kommunene som deltok i læringsnettverket i Agder:

*«I [informanten sin kommune] så er jeg ikke sikker på om samarbeidet med sykehuset var veldig påvirket av akkurat pasientforløp-saken. Fordi vi hadde et veldig godt forhold til, og godt samarbeid med, sykehuset før samhandlingsreformen. Så vi har i mye større grad forholdt oss til delavtale 5, og det er det som er styrende for vårt arbeid sammen med sykehuset. Slik at vi har faste samarbeidsmøter med avdelingslederen eller enhetslederen to ganger i året, hvor vi er på et detaljnivå hvor vi sitter og slår hverandre i huet hvis vi ikke har fylt ut de riktige skjemaene på den riktige måten.» (Kommune, Agder)*

For å lykkes med å bedre overganger mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten poengterte flere informanter viktigheten av å bli kjent med samarbeidspartneren, spesielt dersom det ikke eksisterte et slikt forhold fra før. Det ble påpekt at også det «å rydde i eget hus» er vanskelig når man ikke kjenner samarbeidspartneren godt nok, og at det derfor er viktig å se litt til hverandre, selv om man hovedsakelig jobber med interne rutiner. Et eksempel på dette kom fra en informant i en kommune i Sogn og Fjordane som sa: «da kan man rydde i eget hus og for eksempel tilpasse måter man sender informasjon på til mottakeren». En annen informant fra sykehuset påpekte at det skaper utrygghet om overgangene dersom man ikke kjenner hverandre: «Man kjenner ikke hverandre godt nok, og da blir det utrygt for sykehuset å skrive ut pasientene – de vet ikke hva kommunene kan tilby».

En annen faktor som ble framhevet som viktig for å lykkes med overganger, er at det etableres felles maler/sjekklistor, og at man gjennom møter får en felles forståelse for hva som skal stå i utskrivningsrapporter. Dette forutsetter at deltakere fra de ulike tjenestenivåene tar kontakt med hverandre og etterspør hva den andre parten trenger for at overgangen skal bli best mulig for pasienten. En informant fra en kommune som deltok i læringsnettverket i Agder hadde følgende å si om dette:

*«Jeg tror at en av suksessfaktorene var at sykehuset ble spurt: Hva er det dere trenger når en pasient som har kommunale tjenester blir innlagt? At de fikk si noe om det. Og at vi klarte å bli enige om en felles mal som alle la inn i sine datasystemer. Og også motsatt: At vi i kommunen fikk si hva vi trenger fra sykehuset når de skal skrives ut. De fikk lagt det digitalt inn i sitt system. Jeg tror nok at det også har hjulpet på at vi faktisk fikk det til» (Kommune, Agder)*

En informant fra en annen kommune i Agder sa seg enig i at kommunikasjon med sykehuset, om hva de trengte av informasjon i overgangen fra kommune til sykehus, var viktig for å bedre pasientforløpet. Ved å kommunisere direkte med sykehuset i læringsnettverket om hva sykehuset faktisk ønsket av informasjon, kunne kommunen revidere utskrivningsrapporten for å bedre denne overgangen:

*«Vi så at flyten i PLO-meldingene ikke var god nok, der sykehuset sa at innleggelsesrapporten er det de som skal bruke, så de måtte si noe om hva vi trenger, akkurat som vi kunne si til sykehuset: «Hva ønsker vi at dere skriver i utskrivningsrapporten?». Så det ble en stor revidering, og ut på høring til*



*alle kommunene i Agder. Etter dette fikk vi på en måte restartet oss på nytt. Og det var veldig, veldig bra, og det tok vi også målinger på som viste at ved å bruke maler – for det var dette vi fikk standardisert – så ble kvaliteten enormt mye bedre. Dette fikk vi også statistikk på, og det var veldig gøy å oppleve med tanke på pasientene.» (Kommune, Agder)*

Også i Sogn og Fjordane ble betydningen av at kommuner og sykehus snakker sammen for at man skal lykkes med overgangene framhevet. En informant fra en av kommunene uttalte at de nå har begynt å etterspørre informasjonen de trenger fra sykehuset, som en direkte følge av deltakelse i læringsnettverket:

*«Vi så jo veldig fort da vi begynte å jobbe at kommunen skal stå klare, og den informasjonen som kommer fra sykehuset er ofte mangelfull. Så ofte det leddet – vær litt obs på at vi fyller ut kommentarer i IPLOS og sender inn, men vi lagde veldig fort en sjekkliste på det vi vil ha av informasjon fra sykehuset tidlig i forløpet, for å kunne ta riktig kartlegging og for å få flest mulig hjem slik som du sier. Så da har vi lagd en sjekkliste på det. Vi er litt obs på at nå sender vi gode innleggelsesrapporter for å få det i retur, gode sykepleier-dokumentasjoner tilbake. (...) Ja, vi har knekt den koden med hvordan vi kan spørre etter all den infoen uten å virke frekke.» (Kommune, Sogn og Fjordane)*

Det var også en rekke tilfeller der informantene kom med konkrete eksempler på at overgangene hadde blitt bedre som følge av deltakelsen i Gode pasientforløp. En av informantene fra en kommune i Agder uttalte at det hadde vært spesielt nyttig for å bedre forløpene for «gjengangspasienter» i hjemmetjenesten, slik at disse fikk en bedre overgang mellom de ulike tjenestene. I Telemark ble det framhevet at det var innføring av sjekklister etter HPH-modellen som hadde medført bedre overganger mellom sykehus og kommuner. Også i Innlandet mente informantene at deltakelsen i Gode pasientforløp hadde medvirket til å bedre overgangene mellom kommunene (sykehuset var i mindre grad involvert i dette), blant annet ved at de hadde fått en felles møtearena. Det hadde medført bedre samhandling i regionen og etablering av en samarbeidsrutine. Dette hadde i sin tur ledet til en mer enhetlig praksis:

*«Etter at vi omorganiserte oss ser vi at overgangen mellom hjem og institusjon har blitt lengre, så må man finne ut hvem som gjør hva i en slik overgang. Så det var det målet vårt ble, å lage en samarbeidsrutine, hvem gjør hva i disse overgangene. Det var veldig nyttig å få samlet representanter fra sone 1 til 4, som nesten aldri har snakket sammen før i denne store kommunen vår. De hadde utrolig ulike rutiner fra før, det merker vi på [avdeling på sykehus i Innlandet] og på tildeling, at vi forholdt oss til tre ulike kommuner i kommunene våre, eller fire ulike kommuner i kommunene våre når det gjelder samhandling, hvem gjør hva i disse overgangene? Så samkjørte vi det, for å sikre at overgangen blir gjort av riktig person.» (Sykehus)*

I intervjuene var det også flere eksempler på at informantene ønsket at det hadde vært mer fokus på temaet "overganger" i læringsnettverket. Jf. Delkapittel 3.1.3 Samarbeid mellom kommuner og sykehus, var det ulike oppfatninger om dette temaet og store regionale forskjeller. Flere av eksemplene på at overgangene har blitt bedret som følge av deltakelse i læringsnettverket finner vi i Agder, Telemark og Innlandet. På Helgeland ser vi at det har vært samme utfordringer knyttet til samhandling mellom kommuner og sykehus som vi påpekte i delkapittel 3.1.3. Mens det i Agder eksisterte en kultur og forventning om samhandling

mellom tjenestenivåene, ser det ut som dette har vært mer utfordrende på Helgeland og i Sogn og Fjordane. På Helgeland ble det konkret trukket fram at deltakerne hadde ønsket seg mer fokus på bedring av overganger mellom tjenestene som en del av læringsnettverket: «*Vi hadde svært store forventninger om at samlingene og arbeidet også ville handle om "overgangene" mellom kommuner og sykehus, så det var skuffende at dette ikke var mer på dagsorden på samlingene*». I Sogn og Fjordane var det også et ønske om mer fokus på overganger, men at dette ble sekundært til arbeidet med å rydde i eget hus:

*«Det var veldig fint å delta på de digitale og disse fysiske samlingene etter hvert, veldig nyttig. Men jeg føler litt at vi kunne tenkt oss mer utbytte ut fra det vi ble spurt om å være med på (...) må jo rydde i eget hus, kanskje man må gjøre noe lenge før man kommer til den [overgangen] (...) det skjønner jeg og. Så det er veldig logisk, men vi trodde det var mer en sånn felles overgang vi jobbet med.»* (Kommune, Sogn og Fjordane)

På Helgeland mente altså mange av informantene at samarbeidet mellom kommunene og sykehuset var mangelfullt. En av informantene fra sykehuset uttalte at det er forskjell mellom kommunene, og at arbeidet med Gode pasientforløp har medført bedring i flere overganger. Det relaterte hen til etableringen av en felles møteplass for aktørene fra begge tjenestenivåene: «*Da er det jo møter, slik at man får direkte beskjed fra kommunen om hva som absolutt ikke fungerer her og nå. Og det er jo det man trenger. «Åh, er det sånn! Det visste vi ikke»*». Allikevel ble det påpekt fra flere av kommunene at det ikke eksisterte et samarbeid mellom dem og sykehuset ut over vurdering av utskrivningsklare pasienter:

*«Vi har et team som er underlagt tildelingskontoret som vurderer alle utskrivningsklare pasienter. Så de samarbeider jo med sykehuspersonalet, hva angår pasientene og de tjenestene de skal ha når de er utskrevet, men vi har jo ikke noe annet samarbeid på tvers av de øvrige tjenestene i kommunen, med sykehusene.»* (Kommune, Helgeland)

Det var likevel eksempler på bedring i overgangene mellom kommuner i læringsnettverket på Helgeland. Ett eksempel, som har blitt nevnt tidligere i forbindelse med virkemidler for å systematisere pasientforløpet, var opprettelsen av et tverrfaglig kommunalt inntaksmøte. Det hadde vist seg lovende, og gjorde at ansatte fra ulike enheter i kommune var nødt til å snakke sammen og bli enige om forløpet til brukeren. Sykehuset på sin side hadde som et resultat av deltakelsen i læringsnettverket fremmet et forslag om å opprette tverrfaglige innsatsteam for å bedre samhandlingen mellom kommunene og sykehuset, som igjen hadde som mål å bedre tjenesteovergangene. Helt konkret ble det foreslått å opprette innsatsteam bestående av ansatte med stillingsprosenter i både kommunal sektor og sykehus. På denne måten ville de ansatte i innsatsteamet fulgt pasienten både i kommune- og spesialisthelsetjenesten:

*«Så tror jeg man har god erfaring med innsatsteam. Et innsatsteam, det er noe som opererer litt for seg selv, altså om [men dersom] man hadde fått det samkoordinert. Med ansatte som har delte stillinger og kunne ha fulgt pasienten ut, så hadde man kanskje lyktes enda mer. At man hadde hatt en større mulighet for samarbeid. Så det er jo ting som i alle fall er løftet opp litt for å forbedre dette. Det er direkte [relatert til] det vi snakker om, at vi har sett et behov for samarbeid med kommunen. Slik at man kunne hatt en del ansatte som kunne jobbet begge plassene, at man kunne fulgt*

*pasientene rundt for å se hva som skjer og faktisk sikre at det fungerer. Ikke bare overlate pasienten.»*  
(Sykehus)

I Oslo dreide en del av diskusjonen omkring overganger seg om digitalisering og sjekklister. En fastlege uttalte at hen ønsket seg en sjekklister for å bedre overgangen mellom de ulike tjenestene i bydelene og fastlegen, og at det er viktig at disse er digitale. Denne informanten presiserte også viktigheten av å jobbe videre med digital kommunikasjon for å bedre samhandlingen mellom tjenestene som er involvert i et pasientforløp:

*«Hvis jeg skulle jobbet videre, så skulle jeg gjerne ha hatt sjekklister som jeg kunne henge på fastlege, litt tydeligere bestilt time som vi hadde i denne «Oslo-modellen». Vi har sjekklister på fastleger, men det burde vært enda tydeligere lagt inn. Og så tenker jeg at vi også kanskje burde hatt sjekklister på hvordan vi kommuniserer digitalt. Vi hadde jo en del verktøy vi fikk opp. En ting er jo de digitale meldingene vi sender, men vi har også dette med tverrfaglig møte og besøk på sykehus og så videre. Så vi hadde en del sånne samhandlings-punkter, som jeg tenker vi må se på når vi jobber videre. Og jeg tror kanskje vi må tørre å gjøre dem digitale, og at alle aktørene er til stede. Pasient, sykepleier på sykehus og sykepleier i bydel. Vi må gjøre dette om til et trepartssamarbeid. Så det er hvert fall sånne tanker jeg må jobbe videre med.»* (Bydel, Oslo)

### Oppsummering

Oppsummert er det liten tvil om at satsingen Gode pasientforløp har satt forbedring av - og samarbeid om - overganger i pasientforløp på kartet. Det er imidlertid vanskelig å fastslå om satsingen og forbedringsarbeidet faktisk har medført bedre tjenesteoverganger hos de som har deltatt i læringsnettverk. Eksemplene vi har presentert gir i alle fall en indikasjon på at det er flere tilfeller der arbeidet har medført bedre tjenesteoverganger. Det er imidlertid, som vi har understreket tidligere, relativt store regionale forskjeller. Det kan være stor nytte i erfaringsoverføring fra læringsnettverk hvor de har lyktes godt med i å forbedre overganger i pasientforløpet til andre som ikke har kommet så langt. Det er samtidig viktig å påpeke at det er ulike forutsetninger i regionene, der eksisterende samhandlingskultur ser ut til å ha vært en sentral faktor for hvorvidt man har fått til et velfungerende samarbeid på tvers av tjenestenivåer.

## 3.6 Eksempler på forbedret tjenestetilbud

I dette delkapitlet presenterer vi konkrete eksempler på forbedret tjenestetilbud som har funnet sted, enten som et direkte resultat av arbeidet med Gode pasientforløp, eller som et indirekte resultat av arbeidet som det er rimelig å anta at ikke ville funnet sted dersom det ikke var for deltakelse i læringsnettverket. Vi presenterer disse funnene i tabellform framfor sitater, ettersom dette tillater flere eksempler på forbedret tjenestetilbud, i tillegg til å åpne for at vi kan presentere eksemplene i sin helhet. Vi presenterer her funn under konkrete tema og kategoriserer funnene etter region og tjenesteområde.

Tabell 6: Eksempler på forbedret tjenestetilbud

Tema	Sitat/funn	Region	Tjenestenivå
Systematisering av pasientforløpet	«Jeg opplevde disse <b>inntaksmøtene</b> våre som et lite mareritt før vi begynte med dette [Gode pasient-forløp]. Fordi ting var ikke blitt fulgt opp. Altså vi hadde ikke tatt den ... Vi hadde ikke gjort den undersøkelsen, vi hadde ikke tatt de prøvene, og pasienten kom seg aldri ut. <b>Men nå etter at vi begynte med dette så er det også mye «tighere».</b> Folk vet hva de skal gjøre, og de gjør det. Og vi har egne, skikkelige rutiner, og folk kommer ut. Og ikke minst at hjemmesykepleien kjenner det samme, i samme opplegg, og det samarbeidet mellom sykehjem og hjemmesykepleien er noe helt annet I dag enn det var tidligere, og det er takket være dette læringsnettverket.»	Agder	Kommune
Systematisering av pasientforløpet	«Så ... går litt i surr hvor du har ting fra, men i vår kommune så har vi jobbet mye med <b>Clinical scale [Clinical frailty scale]</b> , sårbarhetsskalaen som et ledd i [pasientforløpet], og det var fremlegg på samling i? [bekreftes av de andre deltakerne] Så det har vært et av våre resultater i vår kommune, at vi implementerer det i alle ledd når det gjelder overgangen for eldre, at vi rett og slett har en scor i Clinical scale»	Telemark	Kommune
Systematisering av pasientforløpet	« <b>Vi hadde et sykehjem som var helt smekktfullt. 39 pasienter. Nå har vi 27 fordi de drifter godt på korttid. Fordi de har fokus på, det med mål på oppholdet, hva skal til for at du kan hjem, hjemmetjenesten rustes for å ta imot dem.</b> Det er mange syke som bor hjemme, og de klarer på en måte å få til en ... stor økonomisk gevinst også.»	Agder	Kommune
Systematisering av pasientforløpet	«I den fasen vi jobber i har det samtidig blitt etablert en korttidsavdeling som er lokalisert i en omsorgsbolig. Vi har jo sykepleierteam som dekker sykehjemmet, men så tar vi med omsorgsblokka inn i dette. Men oppi dette så ble jo dette med oppgavedeling og da har vi sett at ProACT, det her er fokuset på tidig forverring, det har skapt en helt annen trygghet slik at det faktisk er trygt nå, det var det ikke før. Og	Agder	Kommune



da tror vi jo det er den differensieringen på at alle har fått opplæringen tilpasset sitt nivå, ikke sant? Så om du er helsefagarbeider og du på en måte står der med hele ansvaret, så har du folk som har opplæring, og helt konkrete ting som gjør at det oppleves mye tryggere. **Så det har vært en ... vi har jo alltid drevet med kompetanseheving selvfølgelig, men akkurat den ProACT-delen, det er noe av det mer vellykkede ... helt sånn konkret»**

Tema	Sitat/funn	Region	Tjenestenivå
Bedre samarbeid mellom sykehus og kommune	«Det har jo gitt veldig, veldig mange gode effekter [av Gode pasientforløp], dette her med den der gruppa som ble etablert i Østre Agder, <b>og at vi fikk veldig mye samarbeid med sykehuset er jo kjempebra. At en endelig fikk det på banen.</b> Og så er det jo blitt veldig mange andre ting som jeg føler har i kjølvannet av det med sykehus, vi var jo utplassert i akuttmottaket. Sykehuset har plutselig gitt mer informasjon i forhold til hva kommunene drev med, så det gikk an å la være å sette – sende over det som vi skulle drive med i kommunen, fordi at det var jo noe av det vi irriterte oss grenseløst over. Så det har vært mange sånne ting som har vært veldig, veldig bra med Gode pasientforløp, som har virkelig gjort mye. Veldig, veldig bra. Så vi er veldig fornøyde, vi. Og det har jo betydd veldig mye for oss, altså, og helt sikkert for alle andre kommuner som var med òg. Så – men vi har en jobb.»	Agder	Kommune
Bedre samarbeid mellom sykehus og kommune	«Ja, altså, så hadde det vært i går så hadde det vært noe, for vi har samarbeidsutfordringer med de nærliggende kommunene i forbindelse med overganger, altså utskrivninger av pasienter. Også hadde vi et møte med de i går. De ringte meg på tirsdag og rigget opp et møte med de veldig fort på onsdag. Og da snakker vi med dette som jeg sa til deg, fordi da er det ikke så viktig hva kommunene mener de skal gjøre og hva sykehuset mener de skal gjøre, det viktigste er pasientforløpet og at det får rom. Så her må vi gå i oss selv, måten vi kommunisere	Agder	Sykehus



*på, om dette er til det beste for pasienten. **Så jeg synes faktisk at vi klarer å dra med de erfaringene i prosjektperioden selv om prosjektet er ferdig for lenge siden, så kommer vi med en kultur for å tenke ut av "what's in it for me" eller sykehuset, men det er pasienten som er i sentrum, ikke vi.»***

Bedre samarbeid mellom sykehus og kommune	«Altså, jeg synes jo det absolutt har det [blitt bedre samhandling som følge av Gode pasientforløp], fordi at det er litt sånn – det er – blir litt, sånn, oss mot dem, sykehus mot bydel. Og så er man uenig, og så er man egentlig enig i utgangspunktet. Men vi sloss litt om de samme ressursene og midlene og alle sånne type ting. <b>Må jeg si at samarbeidet [med sykehuset] ble mye bedre opp gjennom nettverkene. Og det med helhetlige pasientforløp, vi har jo fått en mye mer standardisering, og det er veldig, veldig bra.»</b>	Oslo	Kommune
---	--	------	---------

Tema	Sitat/funn	Region	Tjenestenivå
Økt bruk av objektive målinger	<i>Jeg tenker hvert fall noe som òg vi her må måle, er antall avvik mot sykehus og tilbake, og internt. Og går de opp eller ned ... <b>Jeg tenker det er positivt at de tør å ta seg tid til å melde avvik. Og de vet at de kan melde avvik på.</b> At det er forventningen, det har kanskje kommet frem nå i det læringsnettverket. Og når det ikke samsvarer, så er det jo grunnlag for avvik begge veier, og det er målbart.»</i>	Helgeland	Sykehus
Økt bruk av objektive målinger	<i><b>Og så innførte vi vel litt [objektive målinger] i forhold til PLO-meldinger også, for vi jobbet jo mye med den kommunikasjon bydel og sykehus, og at vi standardiserte at det ble bedre informasjon fra sykehus ute i bydel.</b> Ja, og motsatt. Det tror jeg vi også har noen målinger på. Innskrivelsesrapporter og – eller sånn, overføringsrapporter og sånt har vi jo målt en del.</i>	Oslo	Kommune
Tema	Sitat/funn	Region	Tjenestenivå
Innføring av sjekklister og maler	<i>«Så har- går litt i surr hvor du har ting fra, <b>men i vår kommune så har vi jobbet mye med Clinical scale, sårbarhetsskalaen som et ledd i [pasientforløpet], og det har vel vært oppe- har det ikke det da, var fremlegg</b></i>	Telemark	Kommune



*på samling i? [bekreftes av de andre deltakerne]-ja ikke sant, så det har vært en av våre resultater i vår kommune, at vi implementerer det i alle ledd i- når det gjelder overgangen som gjelder eldre, at vi rett og slett har en scoring av Clinical scale"*

Innføring av sjekklister og maler	« <b>Vi har jo lagt en mal på som er lik det sykehuset vil ha da</b> , så det tenker jeg og er et resultat av at de får ganske like opplysninger inn og det er jo til slutt til det beste for pasienten som er i sentrumet, at sykehuset får relevant informasjon og ikke om tidligere mye slikt unødvendig, som de måtte lete opp det de trengte.»	Innlandet	Sykehus
Innføring av sjekklister og maler	«Ja, fordi du – hvis – sånn, tilbake til hele det, hvis jeg kan kalle det <b>produktet [av Gode pasientforløp], da, som vi endte opp med, var jo dette settet med tolv sjekklister</b> , hvor vi da så både – og det var jo da særlig, altså, det som var av verktøy, som var knyttet til den hjemmeboende, altså hjemmetjenester. Det var jo der kanskje også – det var en veldig krevende oppgave å skulle bryte ned alle oppgaver, for det var jo i utgangspunktet det vi måtte gjøre. Bryte det ned, alle – altså til at – altså, for å kunne komme frem til dette settet, da, med sjekklister som skal – som hjemmetjenesten skal utføre.	Oslo	Kommune
Tema	Sitat/funn	Region	Tjenestenivå
Bedring av inntak/mottak	"Ja, når du snakker om pasientene ... jeg opplevde disse inntaksmøtene våre som et lite mareritt før vi begynte med dette. Fordi ting var ikke blitt fulgt opp. Vi hadde ikke gjort den undersøkelsen, vi hadde ikke tatt de prøvene, og pasienten kom seg aldri ut. <b>Men nå etter vi begynte med dette så er det også mye «tightere». Folk vet hva de skal gjøre, og de gjør det. Og vi har egne, skikkelige rutiner, og folk kommer ut.</b> Og ikke minst at hjemmesykepleien kjenner til det samme opplegget, og det samarbeidet mellom sykehjem og hjemmesykepleien er noe helt annet i dag enn det det var, og det er takket være dette læringsnettverket."	Agder	Kommune
Bedring av inntak/mottak	«Kan score under [i «Hva er viktig for deg»-skjema], men vi har ikke hatt fokus på scoren fordi det var litt vanskelig å forklare	Innlandet	Kommune



ansatt- gruppen. Så vi hadde fokus på innholdet i spørsmålet og viktigheten av det. Så vi har kjørt to kick-off'er i avdelingen for å få implementert det og det har vært vellykket, disse har vart i 2 1/2 time. **Vi har hatt det i mars og i september, så første kickoff'en gikk på inntøst der de jobbet litt i grupper og kom med innspill til forbedringsgrupper**, og så hadde vi på forløp og ut nå i september, ja. Så det har vi fått gode tilbakemeldinger på da. Så det er det vi har jobbet mest med». (Innlandet)

Bedring av inntøst/mottak	« <b>Så vi er godt i gang [med Gode Pasientforløp], spesielt for inntøsten, der er det nye rutiner [basert på «Hva er viktig for deg?»].</b> Det er sjekklister som folk har fokus på, også utarbeide nye sjekklister basert på en mal. Det handler litt om at det ikke skal være forskjellig hvem som tar inntøsten, og hva vi skal få ut av den da. For den er så grunnleggende for det videre arbeidet. Så å ha en god sjekklister og en god mal, så blir det ganske likt. Så det har fungert kjempefint, og har fått med hjelpepleier og fagarbeider i gruppen. Så det har nesten vært litt sånn kamp om å få tatt inntøsten i perioder.»	Innlandet	Sykehus
---------------------------	---	-----------	---------

Tema	Sitat/funn	Region	Tjenestenivå
Helsefremmende mestring	"Vi hadde et sykehjem som var helt smekkfullt. 39 pasienter. <b>Nå er vi 27 fordi de drifter godt på korttid. Fordi de har fokus på, det med mål på oppholdet, hva skal til for at du kan komme hjem, hjemmetjenesten rustes for å ta imot de. Det er mange dårlige som bor hjemme, og de klarer på en måte å få til en stor økonomisk gevinst også."</b>	Agder	Kommune
Helsefremmende mestring	«Men det mange av pasientene våre, majoriteten, det er de som bare tusler og går i hjemmetjenesten. De vi alltid har. Og når ingen stopper opp og tenker at: «Nå må jeg gjøre noe». <b>Det å få det stoppunktet, der du faktisk ser litt, det er faktisk legitimt å si at: «I dag må jeg ha en time hos deg, for jeg må sette meg ned og se hvordan går det egentlig. Er det ting som ... er vi der vi skal være?»</b> Det synes jeg er kanskje det aller, aller største gullet: At noen stopper opp, tenker litt mer, og det gjør at du tar på deg brillene også mellom de to	Helgeland	Kommune



---

*stoppunktene, for det er ditt ansvar. Det å kjenne på det ansvaret. Og det må man jobbe med, det er kontinuerlig jobbing. Men de som virkelig eier pasientene sine? Altså da skjer det noe, da klarer vi å forebygge, og få til en god tjeneste. Så jeg synes det er sånn virkelig forvandlingsgullet.»*

---

### Oppsummering

Informantenes fortellinger gir oss et bilde av at deltakelse i læringsnettverkene i Gode pasientforløp har ført til flere eksempler på forbedret tjenestetilbud. Det er også flere tilfeller der det har skjedd forbedringer som en "bieffekt" av forbedringsarbeidet på et annet område. Sett i sammenheng er det sannsynlig at arbeidet har gitt en positiv effekt for pasienter og brukere gjennom bedre pasientforløp.

Kunnskap og kompetanse som deltakerne har opparbeidet seg gjennom læringsnettverkene vil videre kunne være nyttig for annet framtidig forbedringsarbeid. For eksempel vil kompetanse på implementering av sjekklister ha både direkte effekter som bedre inntakst/innskrivning av pasienter, og indirekte effekter ved at ansatte øker sin generelle kompetanse knyttet til implementering av nye løsninger og tjenester. Som en del av arbeidet i læringsnettverket ble deltakerne videre bedt om å gjennomføre målinger for å vurdere om de hadde lyktes med implementeringen av HPH-sjekklister. Flere har bemerket at de enten har lært metoder for å gjennomføre slike målinger, eller har identifisert at dette er en kompetanse de mangler og trenger å tilegne seg. Tilsvarende eksempler finner vi under temaet "samarbeid mellom sykehus og kommune", der enten tjenestetilbudet i regionen er forbedret ved etablering eller videreutvikling av et godt samarbeid mellom tjenestenivåene, eller det er tydelig identifisert at dette samarbeidet om pasientforløp mangler, og at det nå arbeides med å forbedre det.

### 3.7 Videreføring av arbeidet med Gode pasientforløp

I dette delkapitlet presenterer vi funn relatert til temaet «videreføring av arbeidet med Gode pasientforløp». Et sentralt poeng i satsingen har vært at den ikke skal være "et prosjekt" som i sin natur er tidsavgrenset, men heller et kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene. Målet er at tankegangen som underbygger HPH-modellen, der pasientens behov og ønsker står sentralt i et pasientforløp på tvers av tjenester, videreføres i daglig drift (Gode pasientforløp årsrapport, 2022).

Et sentralt funn, på tvers av alle informanter og læringsnettverk, har vært at de anser arbeidet med å skape gode pasientforløp som et kontinuerlig forbedringsarbeid. KS og FHIs vektlegging på at Gode pasientforløp ikke er et prosjekt, men et kontinuerlig arbeid, har altså gehør også hos deltakerne. En av informantene fra en kommune på Helgeland, sa det slik:

*«Men du verden det her er som et kontinuerlig arbeid. Du må aldri sette deg tilbake. Du må være framoverlent hele tiden. Og dette er i konkurranse med alt det andre som du som leder skal drive på med. Men jeg spør meg: Det her er ikke noe som står seg over tid, det å holde på sånn. Man må ha*

*et annet fokus inn i tjenesten på dette med kvalitetsarbeid, og systemet, systemtenkningen.»*  
(Kommune, Helgeland)

En annen deltaker fra en annen kommune på Helgeland sa seg enig, og påpekte at denne typen arbeid ikke er noe de kan føle seg ferdig med etter et gitt tidspunkt, men heller noe de kontinuerlig må tenke på:

*«Så er det noe med at kvalitetsarbeid er jo ikke noe vi [check!], også er vi ferdig med det. Det må vi [jobbe med] kontinuerlig. Vi må hele tiden være der og «kakke» det i bakhodet liksom ... hva var det vi skulle drive på med? For det er jo så mye å starte, vi skal jo hele tiden drive på med noe. Det er annet fokus hver dag, og hver time.»* (Kommune, Helgeland)

Også informantene fra spesialisthelsetjenesten på Helgeland påpekte viktigheten av å fortsette arbeidet etter at læringsnettverksperioden er avsluttet. De understreket imidlertid at det er nødvendig å jobbe med kultur for endring og forbedring, og den må gå på tvers av lokasjoner:

*«Men det er jo veldig vanskelig å drive et kvalitetsarbeid, og så er jo sykehuset også uansett plassert over flere lokalisasjoner, de har ulike kulturer, og ulike ting, og vi sitter med folk på ulike plasser, så jeg tror at det å forankre, å få en kultur for at dette skal man jobbe med, og dette er et prioritert arbeid, det er veldig viktig. Så det kan bli den største [satsingen på forbedringsarbeid].»* (Sykehus)

I fokusgruppeintervjuet på Helgeland ble det diskutert om det er slik at en skal være avhengig av ildsjeler for å få til godt endrings- og forbedringsarbeid. Dersom det står og faller for mye på enkeltpersoner (ildsjelene) blir arbeidet sårbart. En av informantene etterlyste bedre strukturer og mindre avhengighet av enkeltpersoner. Når disse bytter jobb, så ramler forbedringsarbeidet sammen, var informantens erfaring, og etterlyste en *"struktur som er gjennomgående og bærende over tid."*

Også i Innlandet uttalte informantene at de ikke var ferdige med arbeidet selv om de nå hadde hatt sin siste samling i læringsnettverket. Både informantene fra kommunene og sykehuset var veldig tydelige på at de skulle fortsette å jobbe med forbedringsprosjektene sine. Innlandet var i tillegg den siste regionen som deltok i læringsnettverk, og hadde derfor kort fartstid med forbedringsarbeid innenfor rammene av Gode pasientforløp (mange hadde selvfølgelig likevel jobbet med andre forbedringsprosjekter utenfor Gode pasientforløp). I en av gruppene i Innlandet var de opptatt av de slett ikke hadde nådd alle mål, så det var bare å fortsette:

*«Det er litt det samme [som en informant fra sykehuset sa] hos oss, vi skal fortsette, vi er ikke ferdige. Nei vi er absolutt ikke ferdig med det vi egentlig hadde som mål heller, så vi må bare dryppe litt videre da. Det er det vi har tenkt også, jobbe videre med dette og ta med oss det som er viktig fra det.»* (Kommune, Innlandet)

I Innlandet var de altså veldig opptatt av at arbeidet de har gjort i Gode pasientforløp skal videreføres også etter at satsingen er ferdig. De har erfart at tidligere arbeid med lignende satsinger ikke har blitt anvendt i praksis etter endt prosjektperiode, og ønsket å unngå dette i arbeidet med Gode pasientforløp:

*«Så er jo mitt ønske at vi ikke må slippe taket nå. Det er jo, fordi jeg tenker ... hvor mye ressurser og penger bruker kommunene på prosjekter, hopper på ting som vi på en måte dytter på hverandre uten at vi har det rommet for å få gjennomført det på en ordentlig måte? Vi har akkurat sluppet et kjempestort pasientforløps-prosjekt før vi gikk inn i dette her, gjorde akkurat samme jobben, men som vi bare gjorde mye forarbeid og la så mye inn i Gerica og så slapp vi det. Ingen vet at det ligger der. Ingen vet hvordan det skal brukes. Jeg håper virkelig at ledelsen sier at det er dette vi skal prioritere videre.» (Kommune, Innlandet)*

I Intervjuet i Oslo kom det fram at de helt klart så nødvendigheten av å fortsette med arbeidet i Gode pasientforløp, både fordi de anså arbeidet med å bedre pasientforløpene som viktig, men også fordi arbeidet er relevant for andre pågående forbedringsarbeid i regionen. Informantene understreket at de kommer til å jobbe videre med temaet "gode pasientforløp", og at arbeidet som har blitt gjort i læringsnettverket har dannet et fundament for videre arbeid med pasientforløp i andre prosjekter:

*«Og gjennom det arbeidet [eksempel på utviklingsarbeid i Oslo kommune], så er det jo helt klart at vi har hele tiden sett behovet for å jobbe videre med pasientforløp. Så dette er et arbeid som i aller høyeste grad lever videre. Og det blir nevnt stadig vekk. Og så er det også det som pågår i ELISE [Elektronisk informasjonsdeling mellom samhandlende enheter i helse], som helt klart har læringsnettverket Gode pasientforløp dannet et fundament for videre arbeid. Vi tar utgangspunkt i det som er gjort.» (Bydel, Oslo)*

I Telemark hadde deltakerne allerede gjennomført en femte samling ved intervjutidspunktet. Denne samlingen ble gjennomført på forespørsel fra både deltakere i kommunene og helseforetaket. Hensikten var å sørge for at man fortsatte forbedringsarbeidet, og å koble på de resterende helseforetakene og kommunene som ikke hadde vært en del av læringsnettverket. Deltakerne i læringsnettverket hadde sammen identifisert at de ønsket å rette fokus mot et mer avgrenset område de mente trengte forbedring. Innsatsen ble derfor rettet inn mot hjemmetjenesten i det videre arbeidet:

*«Ja, det var det – vi tenkte jo at vi ville fortsette. Men da endret vi fokus litt. Litt mer fokus mot hjemmetjenesten, det er vel det vi har bestemt. Så vi ble jo veldig glad for at læringsnettverket fortsatte. Men da får vi en liten pause før det blir oppstart igjen. Men jeg håper at – fordi disse temaene, det blir så innmari tydelig, at dette med overganger og det med «Hva er viktig for deg?» det blir du aldri ferdig med, vet du.» (Kommune, Telemark)*

Det ble påpekt i Telemark at den femte samlingen vil være mindre omfattende enn de fire ordinære som hadde vært en del av Gode pasientforløp. Vi inkluderer her et sitat fra en av informantene som beskriver hvordan de ser for seg at de «modifiserte» samlingene skal organiseres i framtiden:

*«Ja, det blir nok en light-variant av det som KS bidrar med ved fysisk å være til stede på to-dagers-samlinger. Og det kan hende vi må ha litt flere én-dags-samlinger, og kanskje òg litt flere digitale løsninger kanskje. Altså, rett og slett ha en litt rimeligere variant. Fordi vi har jo fått dette finansiert*

*av KS og FHI tidligere. Og nå er den økonomiske pakken mindre. Så den lokale varianten blir først og fremst med tanke på økonomi. Uten å gå på ... ikke innholdsjusteringer, men en annen type presentasjon og formidling av det, kanskje. Du skal jo ikke ha ren repetisjon. Til dem som har vært med. De må òg oppleve at dette er utvikling, dette er nytt. Så vi skal på en måte prøve å balansere den.» (Kommune, Telemark)*

Når informantene i Sogn og Fjordane reflekterte rundt hva de ønsket seg videre, sa flere av dem at de ønsket mer søkelys på samarbeid mellom kommune og sykehuset. De var redd denne delen av arbeidet med å skape godt koordinerte og helhetlige pasientforløp ville bli vanskelig, ettersom tidligere arbeid med å bedre samhandlingen var «*i ferd med å forvitre*» som følge av et generasjonsskifte, slik en beskrev det. Ønsket nå var en arena for å drøfte felles problemstillinger og veivalg sammen:

*«Nei, altså [vi trenger] en arena der vi kan sitte rundt samme bord og drøfte felles problemstillinger og komme fram til noen strategier, og noen veivalg videre sammen. Jeg tror en skal være litt varsom med å si slik og slik skal KS og FHI legge det opp over hele landet, fordi det er ulike utgangspunkt, og vår region har et eget utgangspunkt. Det vi ser nå er at det er i ferd med å forvitre, det arbeidet som er gjort tidligere når det gjelder samhandling, og det er rett og slett fordi det er et generasjonsskifte og det er mangel på kontinuitet i ledelsen, spesielt i kommunene. Av en eller annen grunn velger vi å ikke prioritere dette, for det er noe av det viktigste å prioritere for at ting skal flyte sammen. Så det at en kobler seg på den arenaen/prosessen og pusher litt på og lager noen slike felles skapende arenaer som blir prioritert. Helt fra ordfører og direktør til styre og ledelse i [helseforetak], og det må komme ovenfra; at dette her er viktig. Så må det være forståelse ute i tjenestene for å velge og bruke tid på det.» (Kommune, Sogn og Fjordane)*

Agder er blant regionene med lengst erfaring med arbeid knyttet til "gode pasientforløp" og var av de som deltok i Gode pasientforløp først. Vi har gjennom rapporten vist til flere eksempler på at Agder-informantene beskriver å ha lyktes godt med mye av sitt arbeid. Det var imidlertid stor enighet også i Agder om at dette er et kontinuerlig arbeid, og de etterspurte derfor jevnlig samlinger for å holde trykket oppe på arbeid med pasientforløp. Informanten uttalte at disse samlingene ikke trengte å være like omfattende som et helt læringsnettverk, men at de gjerne kunne være i regi av KS og FHI:

*«Jeg tror det må bli satt på agendaen. Kommer det da igjen en innkalling fra KS for ei ny samling ... Trenger ikke være et helt læringsnettverk, men ei samling. Vi har jo gjort et veldig godt stykke arbeid. Og dette ønsker vi jo å [beholde/videreføre]. Men det må komme på agendaen. Og jeg tror gjerne at de ikke klarer å sette det på agendaen helt selv, rett og slett, fordi det er så mange andre ting som også er viktige. Rett og slett en slik samling igjen, for å høre med andre kommuner, på en måte at det er et stykke arbeid som skal gjøres. Bare det at det faktisk er satt av en dag til det, der en skal jobbe med det. Og få opp igjen, «ja, dette må vi satse på, vi har jo utarbeidet så mange gode verktøy,» det gjelder bare å få det ut igjen, ut i drift. Ordentlig.» (Kommune, Agder)*

En annen deltaker fra spesialisthelsetjenesten som hadde deltatt i læringsnettverket i Agder sa seg enig i dette, og uttalte at hen håpte det ville bli arrangert et nytt læringsnettverk, ettersom de hadde fått stort utbytte av deltakelse i Gode pasientforløp:

«Det er pasienten vi skal jobbe rundt. Det er ikke spesialisthelsetjenesten som skal bestemme hva de skal holde på med i kommunen, eller kommunen som vil gjerne bestemme noe når det gjelder [sykehus]opphold og hvor lenge de skal være. Vi må faktisk huske at det er pasienten vi snakker om. Disse læringsnettverkene bør settes i gang igjen fordi det blir bare mange flere av de multimorbide pasientene. Pasientforløp og høyt press både i sykehusene og kommunene, så om læringsnettverkene hadde fortsatt i en eller annen form, det tror jeg kanskje ikke hadde vært så dumt.» (Sykehus)

Som nevnt tidligere, observerte vi til dels store forskjeller mellom de regionene vi gjorde intervjuer i. Det har trolig mange årsaker, men det var tydelig at noen hadde jobbet lenge med å styrke samhandlingen mellom sykehus og kommuner, mens andre ikke hadde gjort det. Noen hadde vært med i læringsnettverket for lenge siden, mens andre, som Helgeland og Innlandet, nylig avsluttet sin læringsnettverksperiode. Flere informanter pekte på at de ikke hadde oppnådd som mye som de hadde håpet. Særlig uttalt var dette i Helgeland. En av informantene reflekterte rundt veien videre:

«Hva skal vi gjøre videre? Dette er på en måte gjort på en slags dugnad. Det er jo ingen som har hatt tildelte stillinger, eller avsatt ressurser, og man har jo bare møtt opp alt ettersom ... Så det er jo der utfordringen ligger: Skal man fortsette forbedringsteamene så bør det jo kanskje være noen som har avsatt tid til det, og at man faktisk ... at man sier at dette skal man satse på.» (Kommune, Helgeland)

Selv om eksemplet kommer fra Helgeland, kan vi tolke det på en litt mer generell måte. Videreføring av arbeidet som har startet opp i Gode pasientforløp er avhengig av en rekke faktorer. Lederforankring, ressurser, noe avsatt tid og kanskje også dedikerte stillinger er nødvendig for å fortsette arbeidet. I tillegg ser det altså ut som det er behov for noe ekstern støtte og veiledning. Med Gode pasientforløp har alle de deltakende regionene fått en kick-start på forbedringsarbeidet sitt, men nå når satsingen er over er det opp til kommuner og sykehus selv og drive arbeidet videre.

### 3.7.1 Helsefellsskapets rolle

Et av de sentrale grepene for å styrke samhandlingen mellom kommuner og sykehus i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (2019) var etableringen av 19 helsefelleskap. Opprettelsen av helsefelleskapene skulle sikre at det ble satt fokus på «pasientens helsetjeneste», der spesielt de mest sårbare pasientene, pasienter som er avhengig av mange forskjellige tjenester på tvers av tjenestenivåene, får den hjelpen de trenger (Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023, 2019). For å lykkes med dette ble det ansett som viktig at samhandlingsstrukturen ble styrket, slik at helseforetak og kommuner i et gitt område har de nødvendige strukturelle forutsetningene for å lykkes med samhandlingen. Helsefelleskapene kan dermed være en viktig faktor for at man lykkes med målene i Gode pasientforløp.

Intervjuene viste at det var store variasjoner i hvor godt kjent deltakerne var med Helsefelleskap, og hvorvidt de anså det som en nyttig struktur for videre arbeid med Gode pasientforløp. Helsefelleskapene er relativt nylig opprettet, så enkelte av deltakerne fra kommunene visste rett og slett ikke hva de var. Andre hadde kjennskap til dem, men hadde begrenset formening om hvordan de kunne være relevante for dem.

Noen informanter kjente bedre til Helsefellesskap, som for eksempel informantene i Innlandet. De var også bevisste på at Helsefellesskapet hadde en rolle inn mot Gode pasientforløp:

*«Helsefellesskap er i hvert fall involvert her i Innlandet i dette [Gode pasientforløp]. Det er de, og jeg vet at i [kommune i Innlandet] så er [navn på person], som er helserådgiver i kommunalsjef-staben, det er [navn] som fikk oss inn i Gode pasientforløp. Og [navn] sitter i Helsefellesskapet, så jeg tror det var liksom samme person som fikk oss inn i dette, men hen har ikke deltatt aktivt i i forbedringsteamet da.» (Sykehus)*

I Innlandet ble det også trukket fram at Helsefellesskapet opplevdes som distansert fra tjenestene og på et høyt administrasjonsnivå. De så likevel et potensial i helsefellesskapene som samhandlingskoordinator. Det ble imidlertid påpekt at denne mulige funksjonen pr. i dag var uforløst:

*«Det [Helsefellesskap] føles veldig høyt opp [organisasjonsmessig]. Men nå føler jeg at det skjer noe, fordi nå driver de med revidering av samhandlingsavtalene, der gjøres det jo en god [jobb]. Så det er liksom det første jeg har følt, at det har vært noe faktisk arbeid. Så snakket jeg med noen andre, det der med skalaen, det der med å ha et felles språk, det må jo Helsefellesskapet ta tak i. Hvordan kan vi snakke felles språk for å vurdere pasienten, at det burde være neste store prosjekt for dem. Så vet man at det tar vinter og vår før det skjer noe nedover der, men man må jo starte en gang.» (Kommune, Innlandet)*

Deltakerne fra læringsnettverket i Telemark er et annet eksempel på at flere har god kjennskap til Helsefellesskap. Her hadde de opplevd helsefellesskapet som nyttig i arbeidet med Gode pasientforløp. Helt konkret uttalte en av deltakerne at helsefellesskapet har vært viktig for å forankre forbedrings-arbeidet, samt at initiativet for å jobbe med satsingen har kommet gjennom helsefellesskapet:

*«For der er jo igjen din rolle viktig [navn], og dere andre samhandlingskoordinatorene og helsefellesskapet. I Telemark har selve initiativet kommet fra helsefellesskapet eller faglig samarbeidsutvalg, og at det tas videre via det er også et viktig poeng. Fordi det er med på å holde det sammen, spre og videreføre. Dette med ledelsesforankring, og det skal jo metoden [Gode pasientforløp] virkelig ha honnør for at fra første samling så ble det presisert at ledere var med. Det er jo kjempeviktig med tanke på forankringen.» (Kommune, Telemark)*

I Telemark ble det også understreket at det er potensiale i å arrangere kommende fagsamlinger under Helsefellesskapet. Dette vil i så fall være helt i tråd med den tiltenkte funksjonen til helsefellesskap som en arena for læring og erfaringsutveksling. Informantene fra Telemark trakk fram at de ønsket at Helsefellesskapet nettopp skulle ha den funksjonen i det videre arbeidet med Gode pasientforløp:

*«Det der å kunne ha et eller annet system regionalt med det [regionale fagsamlinger], si en gang i året, for eksempel fagsamling. Som nettopp, sånn som [navn på informant] sa, som hjelper med en ramme. Det tror jeg hadde vært veldig lurt. For det er så enormt viktig. Gjerne i regi av*

*Helsefellesskap på en eller annen måte. Det ville jo være naturlig kanskje, eller i hvert fall gi mening. Så det håper i hvert fall jeg. At vi er på ferd mot det.» (Kommune, Telemark)*

Flere av informantene som deltok i læringsnettverket i Agder hadde inngående kjennskap til Helsefellesskap. Hovedårsaken til dette var at i akkurat Agder, hadde de allerede i 2014 innført en helsefellesskapsmodell, som ifølge informantene var en stor del av grunnlaget for modellen som ble presentert i Nasjonal helse- og sykehusplan i 2019. Helsefellesskapet opplevdes derfor som nyttig i Agders arbeid med Gode pasientforløp, først og fremst fordi forbedringsarbeidet ble sikret forankring høyt oppe i ledelsen:

*«Og så var det godt forankret i ledelsen, for i Agder var vi veldig tidlig ute med Helsefellesskap [...]. Vi har egentlig hatt en helsefellesskapsmodell siden 2014. Det som kom i Nasjonal helse og sykehusplan for fire år siden, det var vel bygget på Agder-modellen. Så jeg tror det har vært en fordel for oss også.» (Kommune, Agder)*

I Oslo har arbeidet med Gode pasientforløp blitt videreført i andre prosjekter fordi samhandlingskoordinator og andre nøkkelpersoner fra læringsnettverket i Oslo har en rolle i Helsefellesskapet. De har sett et tydelig behov for at perspektivet fra Gode pasientforløp, med brukeren og «hva er viktig for deg?» i fokus, videreføres og integreres i andre prosjekter:

*«Jeg har jo tatt med meg denne kofferten [fokus på «Hva er viktig for deg?»], som jeg pleier å si, inn i min nye jobb. Og det jeg jobber med i dag er jo utviklingsarbeid, og så er det jo en god del samhandling. Og da sitter jeg blant annet i samarbeidsforum somatikk, som er en understruktur i Helsefellesskapet i Oslo, sammen med [navn på informant fra sykehuset] blant annet. Og gjennom det arbeidet, så er det jo helt klart at vi hele tiden har sett behovet for å jobbe videre med [Gode] pasientforløp. Så at dette er et arbeid som i aller høyeste grad lever videre, det gjør det.» (Bydel, Oslo)*

Som nevnt tidligere, er det forskjeller mellom regionene i hvor etablert Helsefellesskapet har blitt, og i hvilken grad de har hatt en funksjon inn mot arbeidet med Gode pasientforløp. På Helgeland for eksempel, er Helsefellesskapet nylig stiftet og forbindes snarere med håp enn faktisk forbedring, eksemplifisert her med uttalelse fra en informant fra en kommune:

*«Jeg har jo satt meg litt inn i det med helsefellesskapene, for jeg søkte jo faktisk på den stillingen [...] jeg fikk den ikke, men jeg har troa. Jeg er alltid optimistisk til å begynne med, men hvis ikke de andre aktørene er positive, og det er møter på møter, så ja, da ramler det fort i fisk. Men jeg har ikke fulgt med så mye på hva som skjer i resten av landet.» (Kommune, Helgeland)*

I Sogn og Fjordane hadde noen av informantene hørt om Helsefellesskapet, mens andre ikke hadde hørt om det. De som hadde hørt om Helsefellesskapet oppfattet det som en samling av ledere på et høyt administrasjonsnivå, og ikke noe som var direkte relevant for dem som jobbet i tjenestene: «Har hørt [om] det, ja jeg har hørt navnet. Det er vel sagt at de har fire samlinger i året. Det er litt sånn kommunedirektør. Ja, det er ikke ned til oss på en måte.» Også en annen deltaker hadde hørt om Helsefellesskapet: «jeg har

*hørt det på samlinger, at det eksisterer».* En tredje deltaker hadde også hørt om det, men mente at dette ikke er noe som er kjent blant de som jobber ute i tjenestene:

*«Og for et år siden var det en samhandlingskonferanse der jeg hørte om det [Helsefelleskapet]. Og jeg tror det var litt videre presentasjon om det. Men igjen, det sitter på en måte folk ute på en sengepost, så er ikke det kjent [blant dem].»* (Kommune, Sogn og Fjordane)

En av informantene fra en kommune i Sogn og Fjordane påpekte at forbedringsarbeid er sårbart for eksterne prosesser (for eksempel manglende kontinuitet i ledelsen, som informantene i Sogn og Fjordane tidligere har problematisert), og at de ønsker seg noen arenaer der man kan sitte sammen og drøfte felles problemstillinger. Her ga informanten uttrykk for at Helsefelleskapet kunne spille en viktig rolle som nettopp en slik arena, men at hen opplevde at de hadde behov for drahjelp for å lykkes med dette:

*«Det å få jobbe systematisk over tid, og det må en fortsette med, og så tror jeg det at vi har nok et behov for drahjelp, og det tror jeg hele Norge har behov for, med tanke på hvordan vi kan komme i gang med de gode prosessene innenfor helsefelleskap.»* (Kommune, Sogn og Fjordane).

## Oppsummering

Gjennom intervjuene har vi fått et tydelig inntrykk av at informantene er opptatt av å videreføre arbeidet knyttet til å skape gode pasientforløp og jobbe brukersentrert etter at satsingen er ferdig, og flere team ønsker å fortsette og treffes. Det er flere som poengterer at de ikke føler seg ferdig med arbeidet, og alle erkjenner også at forbedringsarbeid er et kontinuerlig arbeid. For å holde oppmerksomheten oppe på temaet "gode pasientforløp" ønsker flere seg en type faglige samlinger, for eksempel en slags light-variant av samlingene som har vært for læringsnettverkene. Flere understreker også betydningen av å skape en felles forståelse, internt og på tvers av organisasjoner og nivåer, om hvorfor det er viktig at man fortsetter satsingen på Gode pasientforløp. I tillegg er det en viss bekymring for hvordan man skal få tid til å jobbe dedikert med temaet i en travel hverdag.

Det varierte en del hvor godt kjent deltakerne var med Helsefelleskap, og følgelig hvilke betraktninger de gjorde seg av relevansen for videre arbeid med samhandling og arbeidet med pasientforløp. Dersom helsefelleskapene fungerer som tiltenkt, vil aktørene i både kommune- og spesialisthelsetjenesten kunne nyttiggjøre seg av dem som en arena for erfarings- og kommunikasjonsutveksling og læring. Dermed vil aktørene i et opptaksområde få bedre forståelse for hva slags utfordringer de andre tjenestene står ovenfor, hva de trenger fra hverandre, hva slags kompetanse man sitter på (og hva slags kompetanse som mangler), og hvordan denne kunnskapen kan spres til øvrige aktører i regionen (Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, 2019). Dersom man lykkes med dette, er det et stort potensial i å forankre og videreføre arbeidet med Gode pasientforløp gjennom helsefelleskapene.



## 4 Diskusjon og konklusjon

I dette avsluttende kapitlet gjør vi en vurdering av satsingens måloppnåelse sett opp mot effekt- og resultatmålene (jf. Delkapittel 1.3 Mål), basert på innsikt fra fokusgruppeintervjuene. Det er viktig å understreke at funnene og vurderingen ikke uten videre kan generaliseres på tvers av læringsnettverkene, men at de først og fremst sier noe om erfaringene til deltakerne i de inkluderte læringsnettverkene. Det betyr også at i hvilken grad målene med satsingen er nådd, kunne fått en noe annen vurdering dersom deltakere fra andre læringsnettverk hadde vært inkludert.

### **Brukere/pasienter opplever å være likeverdige partner i utarbeidelse av sitt pasientforløp**

I studien har vi ikke undersøkt hvorvidt brukerne selv opplever å være en likeverdig partner i sitt pasientforløp etter at satsingen på Gode pasientforløp ble igangsatt. Vi får likevel innsikt i temaet gjennom å innhente informasjon fra deltakerne i læringsnettverkene. Et sentralt moment i «Hva er viktig for deg?»-metodikken er at gjennom å stille spørsmålet skal brukerne/pasientene oppleve større medvirkning i eget forløp. Metodikken er evidensbasert, og det er publisert flere studier som tyder på at det å spørre pasientene om hva som er viktig for dem, og deres mål, vil medføre at de i større grad føler seg som en likeverdig partner. Vi har derfor undersøkt hva slags erfaringer informantene har hatt med å stille spørsmålet, hvorvidt det har vært fokus på dette i deres forbedringsarbeid, og hva de har gjort for å sørge for at spørsmålet stilles i en travel arbeidshverdag.

Intervjuene tyder på at det har vært et betydelig fokus på «Hva er viktig for deg?» i tjenestene. Mange har markert «Hva er viktig for deg?»- dagen, og ansatte har brukt «buttons» med «Hva er viktig for deg?» på klærne i arbeidshverdagen. Deltakelse i læringsnettverkene har medført at det har blitt større oppmerksomhet på brukermedvirkning og at det har blitt enklere å fange opp brukerens mål og ønsker, blant annet gjennom å få presentert når og hvordan man skal stille spørsmålet om "hva er viktig for deg?" på forskjellige måter. Intervjuene viser at til tross for at flere synes det kan være krevende å stille spørsmålet, har alle våre informanter likevel hatt gode erfaringer med «Hva er viktig for deg?»-tilnærmingen. Informantene har også fortalt at de har innført konkrete rutiner for systematisk bruk av «Hva er viktig for deg?»- samtale ved oppstart av et nytt pasientforløp. Vi presenterte også flere eksempler på at arbeidet med Gode pasientforløp ser ut til å ha medført en holdningsendring i tjenestene der brukerens/pasientens behov i større grad blir satt i sentrum, og at denne holdningen også har spredt seg til tjenester som ikke har deltatt i læringsnettverket. Vår vurdering er at dette er et godt tegn på at brukermedvirkning vektlegges i tjenestene, selv om det enda er en stund igjen før brukeren er en likeverdig partner i sitt pasientforløp.

### **Pasientenes helsetjeneste i kommuner og sykehus er systematisert i helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp**

Intervjuene viser at satsingen Gode pasientforløp har satt fokus på å systematisere pasientens helsetjeneste/forløp, særlig gjennom bruk av modellen Helhetlige pasientforløp i hjemmet (HPH). På denne måten kan vi si at satsingen har bidratt et skritt på veien til at pasientens forløp er mer helhetlig og koordinert. Resultatene fra intervjuene viser at svært mange av forbedringsteamene enten har lyktes med å implementere sjekklister som skal bidra til mer systematiske pasientforløp i løpet av læringsnettverksperioden, eller at de jobber med å få dem på plass. Det betyr imidlertid ikke at det ikke er

et betydelig forbedringspotensial på dette punktet. Det er fortsatt helt tydelig at mange tjenester strever med samhandling, både internt og på tvers av nivåer, og at det slikt sett er et stykke igjen å gå før pasientforløp oppleves helhetlige og godt koordinert. Det er nødvendig å fortsette arbeidet med dette framover. Vi vil her også trekke fram betydningen av å digitalisere sjekklister og andre typer "samhandlingsdokumenter". Digitalisering av sjekklister ble fastslått å være en viktig forutsetning i forbedringsteam som rapporterte at de hadde lyktes med implementering, mens mangel på digitale lister ble nevnt som en barriere der man hadde lyktes i mindre grad.

### **Kommuner og sykehus kontinuerlig arbeider med å bedre overgangene i pasientforløpet**

Dette punktet må sees i sammenheng med forrige punkt/mål, om systematisering av pasientens helsetjeneste. En systematisk helsetjeneste og et godt koordinert forløp forutsetter gode overganger mellom alle de ulike aktørene som bruker/pasient treffer på i løpet av forløpet sitt. Særlig gjelder dette for brukere med langvarige, og store sammensatte behov.

Intervjuene tyder på at satsingen på Gode pasientforløp og deltakelse i læringsnettverk har ført til at deltakerne har blitt mer bevisstgjort de kritiske overgangene, og mye av forbedringsarbeidet dreier seg nettopp om å planlegge overgangene bedre og forutsigbare. Det tegner seg imidlertid et ganske tydelig bilde av at deltakerne har jobbet mest internt i egen organisasjon for å forbedre intra-organisatoriske overganger. Det er viktig å påpeke at også her er det store forskjeller mellom læringsnettverk og team. Vi har presentert eksempler fra informanter som representerer regioner der arbeidet med Gode pasientforløp har medført en styrkning av det allerede gode samarbeidet om tjenesteoverganger mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Vi har også vist eksempler på at informanter i noen regioner har etterspurt nettopp et økt søkelys på samarbeid om blant annet tjenesteoverganger mellom sykehus og kommuner, og enkelte utrykte skuffelse over at dette ikke ble satt mer tydelig på dagsorden som en del av arbeidet i læringsnettverket. Hvordan man kan jobbe for å fremme gode overganger mellom tjenestenivåene blir følgelig viktig i videre arbeid.

### **Helsefremmende mestring er sentralt i arbeidet med gode pasientforløp i kommunene og sykehus**

Helsefremmende mestring kan sies å handle om å mobilisere brukerens/pasientens ressurser til å bedre livskvalitet, trivsel og muligheter til å mestre de utfordringer man utsettes for. Det vil kunne bidra til økt mestring dersom tjenestene vektlegger brukermedvirkning og klarer å engasjere brukeren i å sette sine egne mål.

Begrepet "helsefremmende mestring" har vært mindre direkte omtalt i intervjuene enn mange andre tema. I intervjuene har det vært snakket om «Hva er viktig for deg?» og styrking av brukerinvolvering generelt. Som nevnt over, er dette et tema som har vært sterkt vektlagt. På denne måten kan vi si at deltakelse i Gode pasientforløp har bidratt til å sette tema sterkere på agendaen. I tillegg har flere informanter tatt opp temaet innenfor en ramme av at brukere i framtiden i større grad må klare seg selv hjemme, og mestre hverdagen med mindre tjenester enn det som har vært vanlig tidligere. Ifølge informantene er dette en samtale og en forventningsavklaring som tjenestene mer eller mindre forbereder seg på å ta med brukerne. Det er verdt å jobbe enda mer med dette temaet: Hvordan skal vi både forberede tjenestene og tjenestemottakere på tidene framover der vi innbyggere/pasienter/brukere må ta større ansvar for seg og egen helse?

### **Kommuner og sykehus samarbeider som partnere om det gode pasientforløpet**

For å sikre "det gode pasientforløpet" er det nødvendig at kommuner og sykehus jobber sammen. Målsetningen (samarbeider som partner) tolker vi til å omhandle prosess og samarbeidsformer. Det vil si at kommuner og sykehus må etablere gode samarbeidsmodeller og enes om noen mål man vil oppnå. Arbeid for å styrke samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten har pågått lenge, og er blant annet regulert gjennom plikt til å utarbeide samarbeidsavtaler. Helsefellesskapet vil videre kunne bli et viktig verktøy for å tilrettelegge for samarbeid.

Funn fra intervjuene har vist at det er behov for å jobbe mer med å skape gode samarbeidsformer og samarbeidsrelasjoner. Som nevnt flere ganger, etterlyser informantene som har deltatt i læringsnettverkene i vår studie mer veiledning og tilrettelegging for å styrke samarbeid om samhandling. Når det er sagt, fant vi også flere eksempler på gode samarbeid. Det vil være nyttig å ta fram gode eksempler fra praksis og dele dem med andre som ikke har kommet så langt i et videre arbeid. I tillegg er det tydelig at å skape godt samarbeid er noe som må pågå over år. Derfor så vi også i intervjuene at de aktørene som hadde en lang historikk med godt samarbeid nyttiggjorde seg mest av læringsnettverket på dette området.

### **Læringsutbytte fra å delta i læringsnettverk**

Fokusgruppeintervjuene viser at deltakerne i læringsnettverkene gjennomgående har hatt et stort læringsutbytte fra å delta i Gode pasientforløp. Læringen har skjedd både på samlinger og i egen organisasjon. Denne opplevelsen går igjen på tvers av læringsnettverkene. Mange har fortalt at de har satt pris på å få samles (fysisk). Samlingene i læringsnettverkene har vært særlig kjærkomne for å kunne få jobbe konsentrert med forbedringsarbeid og ikke bli slukt av oppgaver i daglig drift. I tillegg har deltakerne satt pris på erfaringsdeling og læring fra andre deltakere, samt det sosiale samværet.

Vi har presentert flere konkrete eksempler på hva deltakerne har lært gjennom rapporten. Foruten læring fra foredragene som har vært holdt under samlingene, har deltakerne fortalt om økt kunnskap om andre deler av eget tjenesteområde, og økt kunnskap om tjenestene de skal samhandle med. I tillegg ble områder som tjenestedesign og innovasjonsledelse nevnt. Kort oppsummert ser det ut til opplegget som har vært holdt har truffet deltakerne godt. I videre arbeid må en alltid gjøre løpende avveininger omkring blant annet hvor akademisk eller erfaringsbasert foredrag skal være, og hvor generelt eller spesifikt et tema bør være. For videre arbeid er det viktig å ha i mente at deltakerne kan være ganske forskjellige og bringer med seg ulik grad av erfaring og kompetanse til bordet.

### **Arbeid med forankring i sine respektive organisasjoner**

Betydningen av forankring for å lykkes med forbedringsarbeidet ser ut til å ha vært tydelig framme i bevisstheten til informantene. De fleste har fortalt om god forankring hos ledelsen, både i kommunene og i helseforetak. Vi finner også flere eksempler på at satsingen har vært godt forankret nedover i tjenestene, altså at ansatte har blitt involvert i arbeidet. Det hører med til historien at vi også finner eksempler på mangelfull forankring og involvering – både oppover og nedover.

Den kanskje viktigste lærdommen knyttet til forankring handler om behovet for å både forankre arbeidet hos ledelsen og samtidig involvere de ansatte. Hvis ledelsen ikke er påkople, blir det vanskelig å gjennomføre arbeidet på grunn av manglende støtte og ressurser ovenfra. Får man ikke med seg de ansatte, blir forbedringsarbeidet avgrenset til forbedringsteamet, og man klarer ikke å få nye rutiner/sjekklistene osv. implementert i praksis. At man har hatt solid forankring trekkes av flere av informantene fram som en suksessfaktor for at de har lyktes med sitt forbedringsarbeid. I videre arbeid er det derfor viktig å kommunisere at det trengs et kontinuerlig fokus på god forankring i organisasjonene.

### Forankring i helsefelleskap

Helsefelleskap er en forholdsvis ny konstruksjon (lansert med Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023) som har til hensikt å bidra i planlegging og utvikling tjenester på tvers av helseforetak og kommuner i opptaksområdet. Fire pasientgrupper har særlig prioritet: barn og unge, alvorlig psykisk syke, pasienter med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre. Helsefelleskap kan bli en god paraply over forbedringsarbeid på tvers av sykehus og kommuner.

De første læringsnettverkene ble arrangert lenge før Helsefelleskap ble etablert, og da intervjuene ble gjort hadde heller ikke helsefelleskapene etablert sin arbeidsform. Det betyr at læringsnettverkene i liten grad har erfaring med – eller forankring i – Helsefelleskapene. For de aller fleste informantene framsto Helsefelleskap som noe relativt abstrakt. Flere informanter hadde likevel positive forventninger til at helsefelleskapene kunne fungere som en samhandlingsarena, og bli en form for overbygging for det arbeidet som uansett skal gjøres. Ut fra beskrivelser av helsefelleskapenes funksjon og læringsnettverksdeltakernes forventninger, ser det ut som helsefelleskapene kan være godt egnet til å ta en slik overbyggende og koordinerende funksjon.

### Eksempler på forbedret tjenestetilbud

Den siste problemstillingen i oppdraget har handlet om å beskrive eksempler på forbedret tjenestetilbud, særlig knyttet til bruk av «Hva er viktig for deg?»-tilnærming og HPH.

Tidligere i rapporten har vi beskrevet konkrete eksempler på forbedret tjenestetilbud knyttet til temaene systematisering av pasientforløp, bedre samarbeid mellom sykehus og kommune, økt kompetanse, økt bruk av objektive målinger, innføring av sjekklistene og maler, bedring av innkomst/mottak og helsefremmende mestring. Vi viser til delkapittel 3.6 for en detaljert gjennomgang av disse.

## 4.1 Konklusjon

Arbeidet med læringsnettverk for Gode pasientforløp ble avsluttet etter en i underkant ti års lang satsing i desember 2023. I løpet av denne perioden er det gjort mye viktig arbeid. Mange ansatte i helse- og omsorgstjenestene har deltatt i læringsnettverk og vært med på samlinger, og en lang rekke forbedringsprosjekter er iverksatt ute i tjenestene. Utfordringene knyttet til samhandling og det å klare å tilrettelegge for helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp er imidlertid ikke løst. Det betyr at selv om satsingen er over, er det mye arbeid som gjenstår. I dette oppdraget har vi, foruten å oppsummere deltakernes erfaringer med satsingen, forsøkt å innhente kunnskap om veien framover. Hvilke områder skal en særlig legge inn innsatsen på? Noen området peker seg tydelig ut. For det første er det behov for å tilrettelegge for at ansatte i kommuner og i sykehus kan jobbe *sammen* om å skape de gode overgangene



og det gode pasientforløpet. For det andre bør en jobbe videre med *helsefelleskapet* og avklare hvordan det best kan engasjere og involvere kommuner og helseforetak i sin region for å styrke arbeidet med samhandling. For det tredje er det nødvendig å jobbe videre med *digitalisering*. Det omfatter forholdsvis enkle ting som å digitalisere sjekklistene til mer omfattende prosesser hvor tjenester digitaliseres, i parallell med organisasjonsutvikling og forhåpentligvis i tråd med brukere og pasienters ønsker.

## 5 Referanser

- Becker, C., Zumbrunn, S., Beck, K., Vincent, A., Loretz, N., Müller, J., Amacher, S. A., Schaefer, R., & Hunziker, S. (2021). Interventions to Improve Communication at Hospital Discharge and Rates of Readmission: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*, 4(8), e2119346. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.19346>
- Direktoratet for e-helse. (2023). *Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren*. [https://www.ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsestrategi-for-helse-og-omsorgssektoren/\\_attachment/inline/e1d4dc61-9158-4bde-baec-62aeb75c9215:420e028dd18e45cc32e84b3e55d13c716290cab2/Nasjonal%20e-helsestrategi%20v.1.0.pdf](https://www.ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsestrategi-for-helse-og-omsorgssektoren/_attachment/inline/e1d4dc61-9158-4bde-baec-62aeb75c9215:420e028dd18e45cc32e84b3e55d13c716290cab2/Nasjonal%20e-helsestrategi%20v.1.0.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *St.meld. nr. 47. Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Meld. St. 7. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014, 5.7.2023). *Krav til samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak og inngåtte avtaler*. Helsedirektoratet. Retrieved 2.8 from <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helse-og-omsorgstjenesteloven/oversikt-og-krav-til-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner-og-helseforetak#referere>
- Kalseth, J., Ådnanes, M., Melby, L., & Kaspersen, S. L. (2022). *Evaluering av pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam i seks kommuner. Status og resultater etter tre år. Rapport 2022:00096*. [https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/2022-00096\\_oppfolgingsteam\\_hovedrapport\\_signert.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/2022-00096_oppfolgingsteam_hovedrapport_signert.pdf)
- KS, & FHI. (2021). *Gode pasientforløp. Kompendium*. <https://www.ks.no/contentassets/561867594ae84856b175fced16506763/Kompendium-per-20210315-A5.pdf>
- KS, & FHI. (2022). *Gode pasientforløp. Årsrapport 2022*. [https://www.ks.no/contentassets/72317cd9b816441eb2036b4abe3a941d/Gode-pasientforlop-arsrapport-2022.pdf? t tags=language%3Ano%2Csiteid%3Abfb9d852-9a87-4d2f-a25f-779a7a8be2ea& t hit.id=Ksno2018\\_Models\\_Media\\_GenericDocument/ 6e85c402-09c8-4e59-b975-6a7081396d9b& t hit.pos=43](https://www.ks.no/contentassets/72317cd9b816441eb2036b4abe3a941d/Gode-pasientforlop-arsrapport-2022.pdf? t tags=language%3Ano%2Csiteid%3Abfb9d852-9a87-4d2f-a25f-779a7a8be2ea& t hit.id=Ksno2018_Models_Media_GenericDocument/ 6e85c402-09c8-4e59-b975-6a7081396d9b& t hit.pos=43)
- Melberg, H. O., & Hagen, T. P. (2016). Liggetider og reinnleggelser i somatiske sykehus før og etter Samhandlingsreformen. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(2), 143-158. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-02-09>
- Melby, L., Hellesø, R., Brattheim, B., & Toussaint, P. (2019). Irrelevant, dårlig strukturert og forsinket informasjon - en analyse av utfordringer knyttet til samhandling mellom sykehus og kommuner. In R. Hellesø & R. M. Olsen (Eds.), *Digitalisering i sykepleietjenesten - en arbeidshverdag i endring*. Cappelen Damm Akademisk
- Melby, L., Kaspersen, S. L., Ådnanes, M., & Kalseth, J. (2021). Oppfølgingsteam som sammenhengskapende mekanisme for personer med store og sammensatte behov. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 7(2), 69-84. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-02-06> ER
- Nordheim, E., Dyb, K., & Berntsen, G. (2021). *Gode pasientforløp - en midtveisevaluering* <https://www.ks.no/contentassets/16869b80fd834784932cbb23b6fcfaa0/Gode-pasientforlop-en-midtveisevaluering.pdf>
- Oksavik, J. D., Kirchhoff, R., Sogstad, M. K. R., & Solbjør, M. (2020). Sharing responsibility: municipal health professionals' approaches to goal setting with older patients with multi-morbidity—a grounded



theory study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-11.

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-4983-3>

Olsen, C. F., Bergland, A., Debesay, J., Bye, A., & Langaas, A. G. (2021). Patient flow or the Patient's journey? Exploring health care providers' experiences and understandings of implementing a care pathway to improve the quality of transitional care for older people. *Qualitative health research*, 31(9), 1710-1723.

<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/10497323211003861>

Schou, A., Helgesen, M. K., & Hofstad, H. (2014). *Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør. NIBR-rapport 2014: 21.*

Storeng, S. H., Vinjerui, K. H., Sund, E. R., & Krokstad, S. (2020). Associations between complex multimorbidity, activities of daily living and mortality among older Norwegians. A prospective cohort study: the HUNT Study, Norway. *BMC Geriatrics*, 20, 1-8.

<https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-020-1425-3>

Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2 ed.). Gyldendal Akademisk

Universitetssykehuset i Nord-Norge. (2023). *Pasientsentrert helsetjenesteteam (PSHT)*. Retrieved 2.8 from

<https://unn.no/avdelinger/e-helse-samhandlings-og-innovasjonssenteret/pasientorientert-tjenesteutvikling/pasientsentrert-helsetjenesteteam-psht>