



Status pakkeforløp

**En rapport om implementering av pakkeforløp i psykisk helse og rus på Oslo
Universitetssykehus med fokus på forløpskoordinatorrollen**

*“Hvordan har de generelle pakkeforløpene i psykisk helse og rus og den sentrale rollen
forløpskoordinator blitt forstått fra implementering til praksis, og hva er utfordringer for at
ordningen skal oppfylle de satte målsettingene?”*

Forord	4
Sammendrag	6
1. Innledning	8
1.1 Prosjektets relevans	8
1.2 Mer om tema og oppdragsdokument	9
1.3 Problemstilling	9
1.4 Rapportens oppbygning	11
2. Bakgrunn	11
2.1 Om de generelle pakkeforløpene for psykisk helse og rus	12
3. Teoretisk utgangspunkt og eksisterende forskning på feltet	13
3.1 Implementerings- og organisasjonsteori i sammenheng	14
3.2 Implementeringskvalitet	16
3.3 En aktivitetsbasert implementeringsmodell	17
3.3.1 Implementering på mikronivå	19
3.4 Organisasjonskultur	20
3.5 Roller	20
4. Metodisk og analytisk tilnærming	21
4.1 Casestudie	22
4.1.1 Utvalg av informanter	22
4.1.2 Etske hensyn	24
4.1.3 Gjennomføring av dybdeintervjuer	24
4.2 Valg av analytisk tilnærming	25
4.2.1 Tematisk analyse	25
4.3 Begrensninger ved rapporten	26
5. Funn og analyse	26

5.1 Hvordan defineres pakkeforløp og forløpskoordinatorrollen i sentrale dokumenter fra Helsedirektoratet, og fra ledelsen på OUS? (U1)	26
5.1.1 Sentrale dokumenter fra Helsedirektoratet	27
5.1.2 OUS om forløpskoordinatorrollen	28
5.2 Hvordan har pakkeforløp og forløpskoordinatorrollen blitt forstått fra implementering til praksis? (U2, U3)	29
5.2.1 Forståelse av pakkeforløp (U2)	29
Makronivå - Helsedirektoratets forståelse av pakkeforløp	29
Mesonivå - ledere på OUS' forståelse av pakkeforløp	32
Mikronivå - behandleres forståelse av pakkeforløp	34
5.2.2 Oversettelsen mellom nivåene: en sammenligning av forståelsen av pakkeforløp i lys av teori	36
5.2.3 Forståelse av forløpskoordinatorrollen (U3)	38
Makronivå - Helsedirektoratets forståelse av forløpskoordinatorrollen	38
Mesonivå - ledere på OUS' forståelse av forløpskoordinatorrollen	39
Mikronivå - behandlere på OUS' forståelse av forløpskoordinatorrollen	40
5.2.4 En sammenligning av forståelsen av forløpskoordinatorrollen i lys av teori	41
5.3 Hva er utfordringer i dagens praksis for å nå målene? (U4)	42
5.3.1 Tekniske utfordringer	43
5.3.2 Kommunikasjonsutfordringer	46
5.3.3 Tekniske- og kommunikasjonsutfordringer i lys av teori	50
5.3.4 Utfordringer med brukermedvirkning og kvalitet i behandling	51
5.3.5 Brukermedvirkning og kvalitet av behandling i lys av teori	53
5.3.6 Kultur- og holdningsutfordringer	54
5.3.7 Kultur- og holdningsendringer i lys av teori	55
5.3.8 Ressursutfordringer	56
5.3.9 Ressursutfordringer i lys av teori	58

5.3.10 En utfordring for reforminnføringen	59
5.4 Styrker og svakheter	59
6. Avsluttende oppsummering	60
6.1 Oppsummering av forståelse av pakkeforløpet og forløpskoordinatorrollen	61
6.2 Oppsummering av utfordringer	61
6.3 Oppsummering: hva betyr funnene?	64
Litteraturliste	66
Vedlegg	69
Vedlegg 1: Prosjektmandat	69
Vedlegg 2: Samtykkeskjema	74
Vedlegg 3: Intervjuguide	78

Forord

Dette prosjektet er gjennomført som en del av Prosjektforum i tilknytning til masterprogrammet i organisasjon, ledelse og arbeid ved UiO. Vi er en gruppe studenter på 7 personer som ble invitert av OUS til å undersøke hvordan implementeringsarbeidet med de generelle pakkeforløpene i psykisk helse og rus har blitt gjennomført i deres virksomhet. For oss har dette vært et utrolig lærerikt semester som har gitt oss kunnskap og nye innsikter som vi alle vil ta med videre.

Vi vil rette en stor takk til vår veileder Per Magnus Mæhle for god veiledning og tips underveis. Ikke minst vil vi takke Petter Bugge og Anne Beate Sætrang som har vært våre kontaktpersoner ved OUS. Dere har vært en enorm ressurs for oss og svært hjelpelige i etableringen av kontakt med relevante informanter.

Videre vil vi takke alle våre informanter for at dere delte deres tanker og erfaringer om pakkeforløpene med oss, spesielt tatt i betraktning deres travle jobbhverdag. Uten dere hadde vi ikke fått gjennomført prosjektet - så tusen takk!

Vi ønsker dere en god sommer og et godt arbeid videre med pakkeforløpene.

Oslo, mai 2019

Andreas, Beatrice, Cecilie, Frida, Ingrid, Renate og Siril.

Sammendrag

De første pakkeforløpene i psykisk helse og rus ble lansert i september 2018 med et mål å styrke det helhetlige behandlingstilbudet til pasienter med psykisk helse og rusmiddelproblemer (Helsedirektoratet 2018a). Helsedirektoratet fikk i 2016 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide og implementere pakkeforløp for psykisk helse og rus i samarbeid med tjenestene og brukerorganisasjonene.

I dette prosjektet har vi kartlagt graden av samsvar mellom forståelsesmåter på ulike nivå av implementerings- og praktiseringsansvarlige på OUS. I kartleggingen belyses også oppfattelse av utfordringer i implementeringsprosessen på et tidlig tidspunkt. Vi har tatt utgangspunkt i de generelle pakkeforløpene og konsentrert oss om hvordan arbeidet med å oppnå målsetningen med pakkeforløpene for psykisk helse og rus har gått, med et spesielt fokus på forløpskoordinatorfunksjonen. Dette ettersom koordinering er en viktig bakenforliggende faktor for at målsetningen med pakkeforløpene skal bli oppfylt.

Datamaterialet er basert på intervjuer og sentrale dokumenter av pakkeforløpene. Vi har intervjuet aktører fra Helsedirektoratet, sentrale nøkkelpersoner på ulike nivåer på OUS med ansvaret for organiseringen og selve implementeringen av pakkeforløpene, og aktører som er satt til å utøve viktige roller og funksjoner i pakkeforløpene.

Vi har funnet ut at OUS internt er godt i gang med å implementere de generelle pakkeforløpene i psykisk helse og rus inn i eksisterende praksis og har imøtekommet mange viktige tiltak for god implementering. Samtidig har vi underveis observert ulike utfordringer ved dagens implementeringspraksis. Det hersker tilsynelatende ulike oppfatninger rundt selve implementeringsprosessen, og måten de ulike aktørene aktivt skal ta del i dette.

Helsedirektoratet omtaler pakkeforløpsreformen som en utviklingsprosess hvor en sammen skal skape mening, mens mikronivå (behandlere) i større grad venter på beskjeder “ovenfra” rundt utførelse av denne rollen. Denne forskjellen kommer særlig frem i lys av diskusjon rundt forløpskoordinatorrollen, hvor behandlere og ledere føler seg utrygge på dagens praksis ved å ikke ha fått klare instruksjoner fra Helsedirektoratet på utførelsen.

Rapporten peker videre på tekniske utfordringer knyttet til oppstarten av nye systemer som

DIPS arena, noe som påvirker OUS sitt interne støttesystem; de tekniske utfordringene gjør det utfordrende å etablere kommunikasjons- og tilbakemeldingssystemer, som igjen påvirker ledernes mulighet til å veilede behandlere og andre viktige aktører i implementeringsprosessen. Det er viktig å påpeke at OUS sin interne organisasjonskultur fremstår som positive til pakkeforløpene og selv ønsker å tilrettelegge for en vellykket implementering gjennom å etablere støttesystemer som fremmer dette. Imidlertid blir dette utfordrende da pakkeforløpene er avhengig av velfungerende tekniske systemer som registrerer koder og tidsfrister - noe som ikke synes å være på plass enda. I tillegg er ressursmangler en faktor som blir trukket frem som en særlig utfordring som kan hindre reformen i å fungere optimalt.

Prosjektet har også belyst utfordringen som ligger i å innføre en reform over flere nivåer i helsetjenesten. Mangel på koordinering og samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjeneste fremgår som en utfordring også i tilknytning til pakkeforløp. Dette synes å være en utfordring direktorat og departement må løse dersom reformen skal oppleves som et felles prosjekt for helsetjenestene.

1. Innledning

1.1 Prosjektets relevans

Målet med forskningsprosjektet er å undersøke hvordan implementeringsarbeidet med pakkeforløpene i psykisk helse og rus har foregått ved Oslo Universitetssykehus (OUS). Et av hovedmålene med introduksjonen av pakkeforløpene er å skape likeverdige helsetjenester av god kvalitet, noe som må ses i lys av at dette er lovpålagt i Norge.

I dette prosjektet fokuserer vi på graden av samsvar mellom forståelsesmåter på ulike nivå av ansvarlige for implementering og praktisering av pakkeforløp, herunder aktører fra Helsedirektoratet, samt ledere og behandlere på OUS. Vi tar utgangspunkt i de generelle pakkeforløpene og konsentrerer oss om hvordan arbeidet med å oppnå hovedmålene med pakkeforløpene for psykisk helse og rus går, med et spesielt fokus på forløpskoordinatorrollen. Dette ettersom koordinering anses som en viktig bakenforliggende faktor for at målsetningen med pakkeforløpene skal bli oppfylt. Målsetningene vi sikter til er de fem målene som står beskrevet i Helsedirektoratets offentlige dokumenter om de generelle pakkeforløpene i psykisk helse og rus; se mer om dette i *punkt 5.1.1* om sentrale dokumenter fra Helsedirektoratet.

De overordnede effektene av prosjektets resultater vil være:

- Større innsikt i de generelle pakkeforløpene for psykisk helse og rus, og hvordan de forstås av aktører i implementeringsprosessen
- Større innsikt i pakkeforløpenes mest sentrale rolle - forløpskoordinatorrollen - i henhold til implementeringen av pakkeforløpene.
- Større innsikt i både styrker og svakheter i implementeringsprosessen av pakkeforløpene, med et spesifikt fokus på utfordringer med å oppfylle de fem hovedmålene.

1.2 Mer om tema og oppdragsdokument

Bakgrunnen for forskningsprosjektet er oppdraget Helsedirektoratet har fått om å implementere Pakkeforløp for psykisk helse og rus fra Helse- og omsorgsdepartementet. Departementets ønske om innføringen har vært å gi pasienter og pårørende et behandlingsforløp som er helhetlig og forutsigbart, uten unødvendig ventetid. Pakkeforløpenes overordnede mål er i nasjonal plan for implementering uttalt som *“å styrke det helhetlige behandlingstilbudet til pasienter med psykisk helse og rusmiddelproblemer”* (Helsedirektoratet 2018a, s. 3). For å innføre dette har Helsedirektoratet laget nasjonale veiledere for de ulike pakkeforløpene, samt en nasjonal implementeringsplan for forløpene, hvor de regionale helseforetakene har et særlig ansvar for å utarbeide regionale planer.

Det uttrykkes i den nasjonale implementeringsplanen at det *“er et lederansvar å følge opp og følge med på implementeringsarbeidet i egen virksomhet og sikre evaluering og nødvendige justeringer underveis”* (2018a, s. 15). Med dette som bakteppe ønsker OUS nå å kartlegge implementeringen som er gjort på deres sykehus. Det er på bakgrunn av dette at vi i Prosjektforum har fått i oppdrag av OUS å kartlegge hvordan pakkeforløp og dens rolle forløpskoordinatorrollen har blitt forstått av Helsedirektoratet, samt i virksomheten på OUS, og videre kartlegge hvilke utfordringer OUS har dersom disse 5 målene med pakkeforløp skal kunne oppnås.

1.3 Problemstilling

Ut fra prosjektets bakgrunn og oppdragsdokumentet fra OUS har vi jobbet ut fra følgende problemstilling:

Problemstilling:

“Hvordan har de generelle pakkeforløpene i psykisk helse og rus og den sentrale rollen forløpskoordinator blitt forstått fra implementering til praksis, og hva er utfordringer for at ordningen skal oppfylle de satte målsettingene?”

Selv om hovedfokuset i rapporten vil være på forløpskoordinatorrollen, ser vi også på hvordan denne rollen samt pakkeforløpet generelt påvirker allerede eksisterende roller. Begrepet “rolle” viser til posisjoner og funksjoner med bestemte forventninger knyttet til seg

(se punkt 3.5). Når det gjelder begrepet forståelse, undersøker vi hvordan informantene har oppfattet intensjonen til pakkeforløpet, i tillegg til at vi kartlegger deres holdninger til denne implementeringen.

For å svare på problemstillingen ser vi det nødvendig å besvare en rekke underspørsmål:

DEL 1 - Forståelse av pakkeforløp og forløpskoordinatorrollen

U1) Hvordan defineres pakkeforløp og rollen forløpskoordinator i sentrale dokumenter fra Helsedirektoratet og ledelsen på OUS?

Den første underproblemstillingen skal se på hvordan pakkeforløp og forløpskoordinatorrollen defineres i sentrale dokumenter fra Helsedirektoratet og hos ledelsen på OUS. Her vil vi spesielt se på hvilke kriterier som fremheves at må ligge til grunn for en optimal implementering.

U2) Hvordan har pakkeforløpet blitt forstått hos aktører på makro, meso og mikronivå?

U3) Hvordan har forløpskoordinatorrollen blitt forstått hos aktører på makro, meso og mikronivå?

Den andre og tredje underproblemstillingen skal se på hvordan pakkeforløpet har blitt forstått fra implementering til praksis. Vi har også valgt å fokusere på en av pakkeforløpets mest sentrale rolle - forløpskoordinator - for å se på hvordan rollen har blitt forstått hos aktører på makro, meso og mikronivå.

DEL 2 - Utfordringer for å nå målene

U4) Hva er utfordringer i dagens praksis for å nå målene?

Den fjerde underproblemstillingen ønsker å fremheve hvilke utfordringer som eksisterer så langt i implementeringsprosessen, og ut fra dette peke på hvilke utfordringer som må løses for å nå målene for pakkeforløp. Dette vil vi gjøre ved å dra veksel på hvordan informantene ordrett legger det frem, samtidig som vi setter det inn i en ramme av eksisterende forskning for å kunne gi en bedre forståelse for hvorfor dette er utfordringer og hva som kan være videre implikasjoner som følge av utfordringene.

1.4 Rapportens oppbygning

- Kapittel 2 tar for seg mer om bakgrunnen for introduksjonen av pakkeforløpene i psykisk helse og rus, samt en del informasjon om de generelle pakkeforløpene. Hele det andre kapitlet bygger på Helsedirektoratets Nasjonale plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018–2020, samt andre viktige offentlige dokumenter som er av relevans.
- Kapittel 3 redegjør for det teoretiske rammeverket som er utgangspunktet for rapportens oppbygning og er en nødvendighet for å besvare de nevnte problemstillingene.
- Kapittel 4 omhandler både den metodiske og analytiske tilnærmingen vi har valgt, samtidig som vi reflekterer rundt det etiske i forskningsprosjektet.
- Kapittel 5 presenterer og drøfter forskningsprosjektets funn.
- Kapittel 6 er det avsluttende kapitlet hvor vi oppsummerer våre funn og diskuterer hva svarene betyr.

2. Bakgrunn

I den nasjonale planen for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020 (2018) presenteres pakkeforløpenes overordnede mål: å styrke det helhetlige behandlingstilbudet til pasienter med psykisk helse og rusmiddelproblemer. Pakkeforløp er ment som et tiltak som skal bidra til å løse disse utfordringene, og ble gitt Helsedirektoratet fra Helse- og omsorgsdepartementet. En av hovedbegrunnelsene som presenteres for vedtaket er at mennesker med alvorlige rusmiddelproblemer og psykiske lidelser har en betraktelig lavere levealder enn resten av befolkningen. Dette skyldes sammenhengen mellom større forekomst av somatiske sykdommer, og psykisk helse og avhengighet. Man vet at forebygging og behandling nytter, og innføringen av pakkeforløpene i psykisk helse og rus representerer et sterkt ønske om å endre på denne trenden. Alle pakkeforløpene har derfor anbefalinger om somatisk helse og levevaner (Helsedirektoratet 2018a, s. 1). Videre presenteres også koordinering av tjenester og oppgavefordeling mellom forvaltningsnivåer som et viktig forbedringspunkt:

“Norge har et godt utbygd tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Det er imidlertid flere forbedringspunkter både i oppgavefordeling mellom

forvaltningsnivåer og koordinering av tjenester til personer med milde, moderate eller alvorlige psykiske lidelser og personer med rusmiddelproblemer” (Helsedirektoratet, 2018b).

Helsedirektoratet (2018a) beskriver hvordan pakkeforløp innebærer å etablere “*nasjonale, normerende forløp for utredning og behandling av ulike tilstander*”. For å innføre dette har Helsedirektoratet laget nasjonale veiledere for de ulike pakkeforløpene, samt en nasjonal implementeringsplan for forløpene. Det er opp til de regionale helseforetakene å lage regionale implementeringsplaner, og det er et lederansvar å følge med på implementeringsarbeidet i egen virksomhet (Helsedirektoratet 2018a).

Pr 01.05.2019 er nasjonale beskrivelser for 6 pakkeforløp for psykisk helse og rus publisert av Helsedirektoratet: Psykiske lidelser - pakkeforløp barn og unge, Psykiske lidelser - pakkeforløp voksne, Rusbehandling (TSB - pakkeforløp), Pakkeforløp for mistanke om psykoseutvikling og psykoselidelser hos barn, unge og voksne, Pakkeforløp for spiseforstyrrelser hos barn og unge, og Pakkeforløp tvangslidelse (OCD). Det finnes også anbefalinger vedrørende ivaretagelse av somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Pakkeforløpene ble utviklet av Direktoratet i samarbeid med arbeidsgrupper bestående av brukerorganisasjoner, kommuner, helseforetak, fastleger, universitet og høyskole.

2.1 Om de generelle pakkeforløpene for psykisk helse og rus

Vår studie har tatt utgangspunkt i de tre generelle pakkeforløpene for psykisk helse og rus:

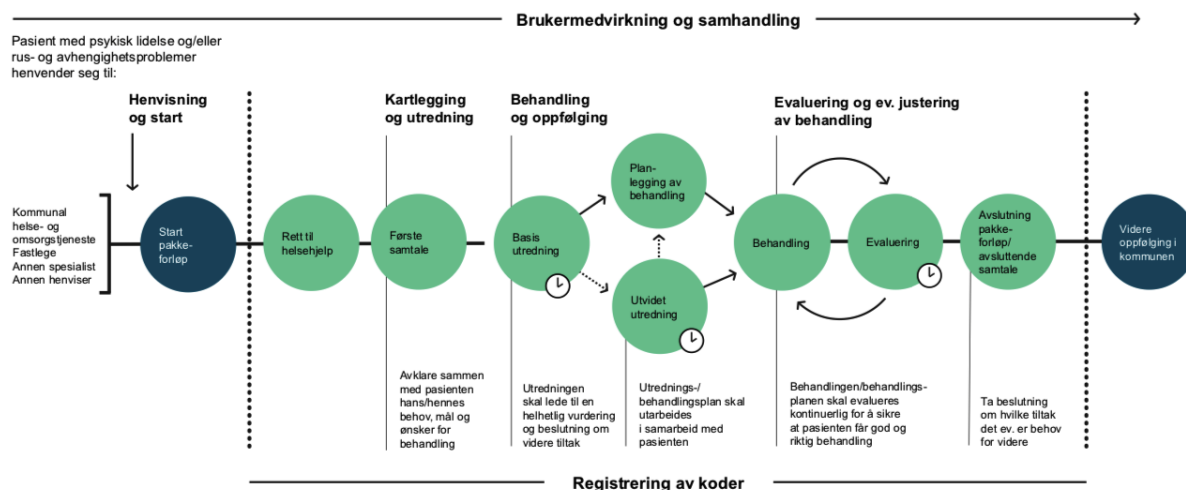
- Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern barn,
- Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne
- Pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Et av studiens fokus er hvordan informantene har forstått hensikt og formål med pakkeforløp generelt, og hvordan nye roller som pakkeforløpet introduserer blir forstått og fortolket. For å kunne si noe om dette er det nødvendig å redegjøre for de felles trekkene ved pakkeforløpene. Felles for pakkeforløpene er innføringen av tidsfrister, særskilt organisering og klart definerte mål. Ytterligere beskrivelse av pakkeforløpene og forløpskoordinatorrollen finnes under kapittel 5. Den offisielle skjematiske beskrivelsen av pakkeforløpene er gjengitt gjennom

illustrasjonen nedenfor:

Pakkeforløp for psykisk helse og rus

⌚ = Forløpstid



(Helsedirektoratet, 2019a)

3. Teoretisk utgangspunkt og eksisterende forskning på feltet

Vår teoretiske tilnærming for å kunne belyse sentrale elementer av datagrunnlaget er en kombinasjon av organisasjonsteoretiske og implementeringsteoretiske perspektiver. Ambisjonen vår er ikke å teste hvilken teori som har størst forklaringskraft eller å sammenligne pakkeforløpene i psykisk helse og rus opp mot en teoretisk "sjekkliste" for en vellykket implementering. Derimot ser vi det nødvendig å knytte implementeringen av pakkeforløpene til prosesser i organisasjons- og implementeringsteorien for å kunne besvare forskningsprosjektets problemstillinger og oppdragsdokumentet fra OUS. I tillegg er teorien vi viser til forskningsmaterialet som vil bidra til å styrke våre funn.

En teoretisk modell vil ikke ifølge Christensen, Lægreid, Roness & Røvik (2009, s. 25) kunne fange variasjonsbredden, kompleksiteten og mangfoldet som eksisterer i store og fragmenterte offentlige sektorer - slik som helsesektoren. Men et teoretisk rammeverk vil kunne vise hvordan reformprosesser, både i utviklings- og implementeringsfasen ofte blir påvirket av ulike interesser og faktorer innad i en organisasjon (Christensen et al., 2009, s. 23). Det er sjelden at offentlige organisasjoners virkemåte kun er et resultat av instrumentelle prosesser

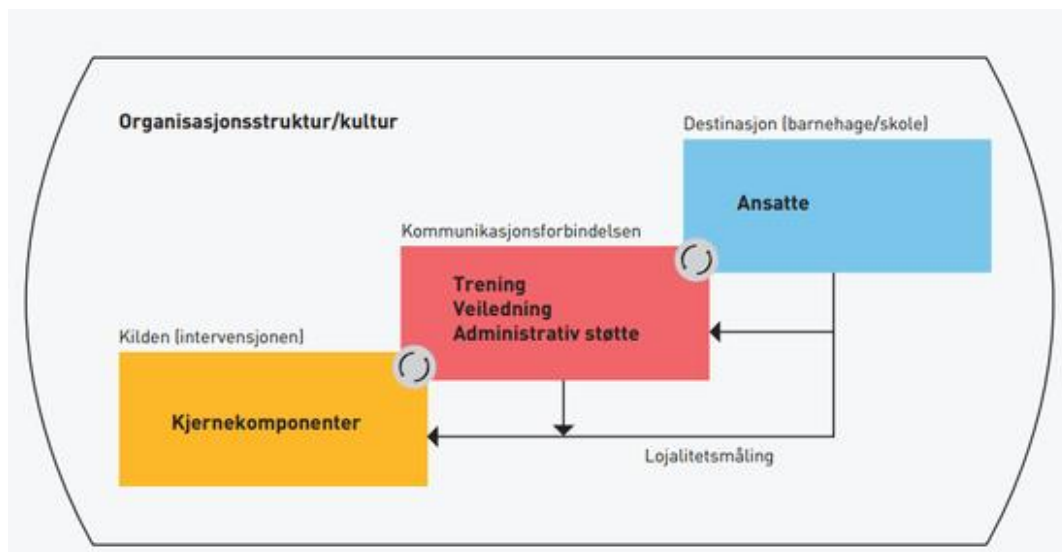
og strategier fra ledelsens side (Christensen et al., 2009, s. 207). Av den årsak benytter vi oss av et teoretisk utgangspunkt med flere forklaringsfaktorer.

3.1 Implementerings- og organisasjonsteori i sammenheng

Implementeringsmodeller er relevant for oppgaven på to nivåer; aspektet er interessant for prosjektet både av hensyn til den politiske implementeringen som Helsedirektoratet er satt til å gjennomføre, og modeller om implementering er relevant for å forstå den praktiske implementeringen OUS skal gjennomføre.

Til tross for at vi viser til konkrete implementeringsteorier er det viktig å poengtere at virksomheter ofte har vanskeligheter med å oppnå sine strategiske mål. Iverksettelse av en ny strategi krever at man presiserer hvilke aktiviteter som er nødvendige for at strategien skal bli virkelighet. Å iverksette en strategi er imidlertid en omfattende og kompleks prosess som krever at en endring må finne sted. Momenter som blir viktige er eksempelvis ressursallokering, tydelig lederskap gjennom hele implementeringsprosessen, motivering og inkludering av ansatte, effektiv kommunikasjon samt en bedriftskultur som kommer overens med den nye strategien (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 36-67).

Implementering av politiske beslutninger er kompliserte prosesser, der politiske vedtak og målsettinger ofte skal nå helt ut til endret atferd nær brukerne - for eksempel i helsetjenestene. Eksempler på dette kan være teorier, programmer og aktiviteter - det krever en tilpasning, konkretisering og en innføring i praksisfeltet (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman og Wallace, 2005, s.1-6). Fixsen et al. (2005, s.11-34) skriver at uavhengig av hva som skal implementeres, i vårt tilfelle pakkeforløpene i psykisk helse og rus, krever alle typer endringsarbeid en intervensjon, en inngripen, og beskrivelse av hva som skal endres, samtidig som det kreves en plan for hvordan dette skal implementeres. For å oppnå en best effekt av endringsarbeidet er det viktig at organisasjonen vektlegger både *hva* som skal endres og *hvordan* endringen skal gjennomføres. Fixsen et al. har laget en modell (2005, s.11-34) som viser et rammeverk for implementering, bestående av ideen som skal iverksettes (kilden), kommunikasjonsforbindelser og destinasjonen (i vårt tilfelle helsesektoren og OUS med sine ansatte på lokalt nivå):



(Illustrasjon: Fixsen et al. (2005, s.11-34) sitt rammeverk for implementering).

I Fixsen et al. (2005) drar vi spesielt veksel på kommunikasjonsforbindelsen som sikter til trening, veiledning og administrativ støtte, samt tildeling av ressurser og motivasjon. Ledelsen er sentrale aktører i kommunikasjonsforbindelsen da det er viktig at ledelsen sørger for at innholdet i implementeringsideen, her introduksjonen av pakkeforløpene, er kjent for alle aktører i endringsarbeidet (Fixsen et al. 2005, s.23-34). Vi utdyper betydningen av ledelse under *punkt 3.3*.

Det kommer tydelig frem i modellen at organisatoriske faktorer som eksempelvis organisasjonskultur er viktige momenter som spiller inn i implementeringsprosessen. Dette vil vi utdype under *punkt 3.4*, samtidig som vi tar for oss andre organisasjonsteoretiske perspektiver av betydning for prosessen. Organisasjonsteoretiske perspektiver kan derfor nært kobles opp mot implementeringsteori ettersom det er to prosesser som påvirker hverandre i stor grad.

Fixsen et al. (2005, s. 11-34) presenterer en typisk “ovenfra-og-ned” tilnærming innenfor implementeringsteorien. Det er samtidig en relativt generisk modell. Perspektivet er likevel relevant ettersom implementeringen av pakkeforløpene kommer “ovenfra-og-ned”:

Helsedirektoratet har fått pakkeforløpene som en bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet - og videre ved at det skal iverksettes nedover i lokale virksomheter, deriblant OUS. Det er også viktig å få fram hvordan implementering realiseres gjennom “nedenfra-og-opp-prosesser”. Av den årsak vil vi benytte oss av teorier som kan relatere i

form av en “nedenfra-og-opp” tilnærming, som hovedsakelig er basert på en kritikk av teoretiske perspektiver som bygger på et “ovenfra-og-ned” syn. Den sistnevnte tilnærmingen forholder seg til at en implementeringsprosess er skapt ut fra offentlige planer som blir iverksatt ovenfra og ned gjennom et hierarkisk system (Hill & Hupe, 2002, s. 44). Dette synet har blitt kritisert for å ignorere at en implementeringsprosess er prosessorientert; “ideen” som implementeres vil utarbeides og endres underveis (Howlett & Ramesh, 2003, s. 190).

Vi vil derfor anvende teorier som erkjenner at det er vanskelig for en overordnet styringsmakt å kontrollere og regulere individer da profesjonelle aktører ofte tar egne avgjørelser basert på individuelle mål og preferanser. For å illustrere dette bruker vi Reay et al. (2013) sin aktivitetsbaserte modell (*punkt 3.3*), samt at vi drar veksel på Lipsky (1980) sin teori om bakkebyråkrater (*punkt 3.3.1*). Felles er deres fokus på viktigheten av å ta i betraktning hvordan implementeringen påvirkes og gjøres av aktørene på mikronivå.

3.2 Implementeringskvalitet

Fixsen et al. (2005, s. 11-34) viser til to faktorer som må være på plass for å få god implementeringseffekt i arbeidet.

1. Intervensjonen (i vårt tilfelle er pakkeforløpene selve ideen/intervensjonen)
2. Et støttesystem

Uten et godt støttesystem vil det være vanskelig å oppnå kvalitet i implementeringsprosessen ettersom svakheter eller generelle mangler i støttesystemet gjerne gjenspeiles som implementeringsutfordringer. Med støttesystem vises det til planlegging, kvalitet på materiell, teknisk støtte og en klarhet i hva man støtter opp om. Dette er noe som må ses i sammenheng med viktigheten av kommunikasjonsforbindelsen nevnt ovenfor.

En forutsetning for at implementeringskvaliteten skal regnes som god, er at støttesystemet er bygd opp slik at det bidrar til organisasjonens evne til å gjennomføre mål og tiltak for intervensjonen. Viddal (2006, s. 63-115) anser tilbakemelding som særlig viktig for endring og læring i organisasjonen. Dette ved at etableringen av en kommunikasjonskanal skaper et fellesskap som blir et sentralt skjæringspunkt for deling av kunnskap, interesse og engasjement. Ved at ledere gir sine ansatte tilbakemeldinger i tilknytning til egne undersøkelser og handlinger innad i organisasjonen, får de ansatte reflektert over sitt eget

læringssystem. Ledere er viktige aktører i læringsprosesser på individ-, gruppe- og organisasjonsnivå. For oss blir det sentralt å studere grad av tilbakemeldingsfunksjon og kommunikasjonskanal på OUS mellom ledere og ansatte. Det vil være flere faktorer som kan påvirke implementeringskvaliteten, men det faller vekk fra vår problemstilling og derav hovedfokus.

I vår studie vil det si at dersom implementeringskvaliteten på pakkeforløpene skal være av god karakter, er pakkeforløpene nødt til å bli utført i praksis på en måte som tilsvarer intensjonen med pakkeforløpene og hendelsene i støttesystemet. Med sistnevnte menes det at støttesystemet rundt implementeringen av pakkeforløpene er godt og fungerer som intendert i OUS sin virksomhet - en forutsetning er naturligvis at det eksisterer et støttesystem. Et viktig element er også effekten av *tid* til implementeringen. Implementering av ulike typer endring krever ofte modning, og prosessen kan ofte ta flere år før endringen er blitt en del av organisasjonens praksis (Roland & Westergård, 2015, s. 24).

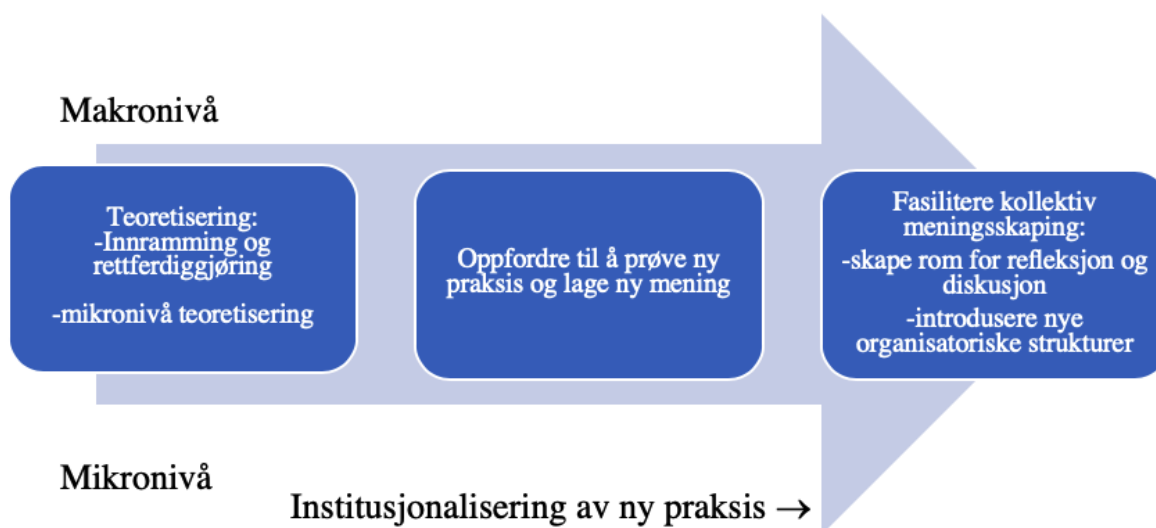
3.3 En aktivitetsbasert implementeringsmodell

Vår rapport er inspirert av en *aktivitetsbasert modell*, skissert av Reay et al. (2013), hvor fokuset ligger på hvordan initiert endring “ovenfra” oversettes nedover i en organisasjon. Videre dannes det en allmenn forståelse av hva endringene dreier seg om gjennom “Micro level theorizing” - teoretisering på mikronivå (Reay et al., 2013, s. 976-978). Med teori menes i denne sammenheng å allmenngjøre en forståelse av hva en driver med, og ikke å fremsette en teori i vitenskapelig forstand (Reay et al., 2013, s. 965). I vårt tilfelle vil dette si at mikronivå, altså behandlere på OUS, innehar en egen forståelse av hensikten med pakkeforløp og forløpskoordinatorrollen, og hvordan dette fungerer i praksis.

Det pekes til tre nivåer i modellen som er essensielle i prosessen med å etablere ny praksis i en organisasjon; makro, meso og mikronivå. Når det er en reform som er vedtatt politisk, starter formuleringen av begrunnelsen og innholdet på “makronivå” - og utfordringen blir å oversette innholdet i denne forståelsen ned til mikronivået hvor dette skal praktiseres. Dette kalles i denne sammenheng oversettelse og teoretisering av teorien. Det teoretiseres og skapes mening av situasjonen på alle nivå - i vårt tilfelle setter imidlertid makronivå i gang en slik prosess gjennom å overbevise og rettferdiggjøre saken og behovet for endring, samt at det oppfordres til en endring av praksis nedover på meso- og mikronivå. I vårt tilfelle kan dette være å forstå hensikten med innføringen av reformen, å styrke det helhetlige

behandlingstilbudet til pasienter med psykisk helse og rusmiddelproblemer. Alle på mikronivå er imidlertid nødt til å forstå at det er et behov for dette (Reay et al., 2013, s. 983-985).

I modellen fremheves viktigheten av at mikro- og makronivå er koblet sammen for å skape mening av ny praksis; i all forskningen som Reay et al. refererer til spiller ledere (mesonivå) en viktig rolle, spesielt når det gjelder å tilrettelegge for felles meningsskaping, samt kommunisere og oversette implementeringen til mikronivå (Reay et al., 2013, s. 983-985). Naturlig blir det å se på hvorvidt dette skjer i implementeringen av reformen på OUS. Det er nødvendig med rom for refleksjon og diskusjon, slik at det fasiliteres en kollektiv meningsskaping både mellom og innad i nivåene. Dersom aktørene uavhengig av nivå sammen har reflektert og diskutert rundt deres egne forståelser av den nye praksisen som implementeres, er det et godt utgangspunkt for at den nye praksisen skal kunne bli en del av eksisterende praksis.



(Illustrasjon: En forenkling av Reay et al. (2013, s. 984) sin modell.)

I vår studie har vi derfor delt inn informantene ut i fra tre nivåer (makro, meso og mikronivå) i tråd med denne teorien. I hovedtrekk vil det i vår oppgave være Helse- og omsorgsdepartementet som fremsetter endringen og Helsedirektoratet som begynner makronivå-teoretiseringen for å spre ideen og rasjonalet for den nye praksisen nedover på meso- og mikronivå. Det er avdelingsledere og individer i andre ledende stillinger på OUS

som tilsvarer mesonivået. Mikronivå refereres til av Reay et al. som “front-line professionals” - de ansatte i “frontlinjen”, noe som i vår studie vil si behandlere og enhetsledere på OUS.

Se mer inngående informasjon om dette i kapittelet 4 om metode.

3.3.1 Implementering på mikronivå

I den aktivitetsbaserte modellen omtalt ovenfor fremgår det at mikronivået også er et viktig nivå i en implementeringsprosess. Lipsky (1980) har utviklet en teori om bakkebyråkrater hvor han ser på de ansatte som bakkebyråkrater og derav sentrale aktører i iverksettelsen av den offentlige politikken. Bakkebyråkrater er definert av Lipsky som offentlige servicemedarbeidere, eksempelvis politi, helsepersonell og saksbehandlere, eller annet personell som utøver skjønn¹ i sin arbeidshverdag og har stor grad av publikumskontakt (Lipsky, 1980, s. 3-4). Han påpeker at mye av den egentlige “politikken” slik som resultatet av nylig innførte reformer, skapes i det daglige arbeidet hvor bakkebyråkrater og brukere møtes (Lipsky, 1980, s. 8-11). I teorien hans er ikke implementeringsprosesser som følge av større reformer et resultat av sentraliserte avgjørelser hos politiske myndigheter. Lipsky snur fokuset opp ned fra tradisjonelle nedenfra-og-opp-modeller ved å se på styring nedenfra og opp. Ved å studere bakkebyråkratenes handlinger mener han at vi finner nøkkelen til å forstå det som realiseres som organisasjonens politikk (Lipsky, 1980, s. 3-4, 18-23).

Han vektlegger spesielt faktorer som kan begrense bakkebyråkratenes rom for selvstendig, faglig skjønnsutøvelse, deriblant at arbeidsmengden ikke samsvarer med ressurstilgangen, i tillegg til at større politiske reformer ofte medfører motstridende og konfliktfylte mål. I vår studie er Lipskys (1980) teori meget relevant, da helsepersonell tydelig går inn under hans definisjon av bakkebyråkrater. Av den grunn er det spennende å se på hvilken rolle behandlere (mikronivå) spiller i implementeringsarbeidet med pakkeforløpene i psykisk helse og rus. Spesielt interessant vil det være å se på om deres arbeid er preget av de overnevnte faktorene. Dette er interessant da det kan påvirke deres mulighetsrom til å gjennomføre intensjonene fra Helse- og omsorgsdepartementet. For eksempel kan få tilgjengelige ressurser

¹ Skjønn er en komponent av beslutningstaking, som i dette tilfellet påvirker det profesjonelle individets handling. Siden alt av beslutningstaking vanskelig lar seg standardiseres, brukes skjønn som en praktisk resonnering (Lipsky, 1980, s. 13-14).

og store arbeidsmengder føre til at pakkeforløpenes fokus på logistikk går på bekostning av kvalitet.

3.4 Organisasjonskultur

Organisasjonskultur kan oppsummeres som *“de sett av felles verdier, normer og virkelighetsoppfatninger som utvikler seg i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene”* (Bang, 2011, s. 23). Kulturen reflekterer altså hvordan man oppfatter at man gjør ting i en organisasjon, samt hvordan man faktisk gjør ting. En organisasjonskultur kommer til uttrykk på mange måter, blant annet gjennom rutiner og prosedyrer, belønningssystemer, allokering av ressurser, hva ledelsen retter oppmerksomheten mot og modellerer gjennom sin atferd (Bang, 2011, s. 144-146). Ved å endre på rutiner og prosedyrer, slik pakkeforløpene i psykisk helse og rus gjør, innebærer dette å endre på et kulturuttrykk. Når man endrer på kulturuttrykk legger dette til rette for en endring i normer, verdier og virkelighetsoppfatninger i organisasjonen (Bang, 201, s. 144). Det er derfor av interesse å se nærmere på den enkelte ansattes holdninger til pakkeforløpene opp mot aktuelle endringer rutiner og prosedyrer, samt å undersøke hva som oppleves som utfordrende i forbindelse med disse endringene.

3.5 Roller

Rolleteori er sentralt for vår studie da innføringen av pakkeforløpene introduserer en ny rolle - forløpskoordinatorrollen, og påvirker gjennom dette eventuelt også eksisterende roller. Av den grunn kan rolleteorien være med på å skape en forståelse av dilemmaene mellom disse rollene. Implementeringen innfører rollen forløpskoordinator, og det er naturlig at denne rollen (samt pakkeforløpet generelt) også vil kunne påvirke de allerede eksisterende rollene til direktoratet, ledere (på flere nivåer), behandlere og til og med pasientrollen.

En vanlig definisjon av begrepet *rolle* er: *“sosiale posisjoner med bestemte forventninger knyttet til seg”* (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2018, s. 220). Denne posisjonen viser til en “boks” man blir plassert i, som medfører visse forventninger. Alle slike roller har tilknyttede forventninger eller normer, både formelle og uformelle. Rolleforventninger eller normer viser altså til hva som forventes av en rolleinnhaver, og brudd på slike forventninger kan føre til sanksjonering (Johannessen et al., 2018, s. 221). Roller kan også være gjenstand

for konflikter, der en rolle kan ha flere motstridende forventninger og forståelser (konflikt innad), men også være i konflikt med andre roller (konflikt mellom roller). Man kan altså møte uklare rolleforventninger, og det blir fort mer komplekst desto flere roller man tar på seg (Johannessen et al., 2018, s. 227-229).

Roller er både begrensende og muliggjørende. På den ene siden begrenser en rolle handlingsrommet vårt, fordi vi må handle ut i fra forventninger. På den andre siden er roller muliggjørende, ved for eksempel å tillegge oss makt og ressurser (Johannessen et al., 2018, s. 222-223). Selv om roller setter føringer for våre handlinger er vi aktive i vår rolleutførelse. Vi forholder oss ikke blindt til rollenes forventninger, men forhandler aktivt ut i fra hva som passer til vår situasjon og allerede eksisterende roller. Vi kan da si at det skjer en rolleforhandling (Johannessen et al., 2018, s. 230-231). Hvordan roller utføres i praksis kan variere, siden den påvirkes av kontekst og av personen som utfører den. Dette kan føre til at praktiseringen av rollen skiller seg fra rollens intensjon (Johannessen et al., 2018, s. 234).

4. Metodisk og analytisk tilnærming

I denne delen redegjør vi for valg knyttet til informanter og datainnsamling med hensikt å styrke undersøkelsens gyldighet og pålitelighet. I tillegg vil vi presentere etiske hensyn, og hvordan vi har søkt å løse disse på best mulig måte.

For å gå i dybden av forståelse hos de involverte partene i prosjektet har vi valgt et kvalitativt forskningsdesign. Problemstillingen dekker et komplekst felt på flere nivåer, og det foreligger ingen klar hypotese som er testbar gjennom kvantitativt materiale. Undersøkelsen er dermed eksplorerende og induktiv i sin karakter. Vi ønsket å kartlegge informantenes subjektive tanker, slik at de kan kjenne seg igjen og føle at beskrivelsen er “virkelighetsnær” (Jacobsen, 2015, s. 91). Vi har derfor valgt en empirinær tilnærming til datainnsamlingen og analysen. Problemstillingen vår har krevd ulike typer data - vi er både interessert i informantenes subjektive meninger og forståelse av pakkeforløp, roller og utfordringer, men også å se på de formelle beskrivelsene av fenomenene gjennom dokumenter. Vi har endt med et sammensatt datasett hvor vi har benyttet oss av offisielle dokumenter fra Helsedirektoratet og ledelsen på OUS, samt intervjuet informanter. Grunnet den empirinære tilnærmingen til analysen har

teorien som belyser prosessene blitt valgt ut i etterkant, for å vise merverdien av disse funnene fra et organisasjonsteoretisk perspektiv.

De offisielle dokumentene fra Helsedirektoratet som er brukt i studien er de nasjonale veilederne for de ulike pakkeforløpene (Helsedirektoratet 2019b, 2019c, 2019d), samt den nasjonale implementeringsplanen for forløpene (Helsedirektoratet 2018a). Av interne dokumenter på OUS er det interne dokumentet *Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern voksne (2019)* brukt.

4.1 Casestudie

Utgangspunktet for rapporten er en casestudie av Oslo Universitetssykehus, Klinikk for psykisk helse og avhengighet. En casestudie kjennetegnes blant annet av å skulle gi en virkelighetsnær beskrivelse av det som studeres, hvor målet er å forstå et avgrenset område. Slike studier består ofte av et stort datamateriale basert på dybdeforståelse av et fåtalls informanter (Thagaard, 2009, s. 49-50). I dette tilfellet undersøker vi innføringen av pakkeforløp i Oslo Universitetssykehus, hvor målet er å belyse hvordan innføringen av pakkeforløp er implementert, samt hvilke resultater dette har ført til for OUS hittil. Prosjektets oppstart var 14. januar 2019 og ble avsluttet 22. mai 2019, men caset tar utgangspunkt i tidsperioden fra før innføringen av pakkeforløpene høsten 2018, og frem til mai 2019.

4.1.1 Utvalg av informanter

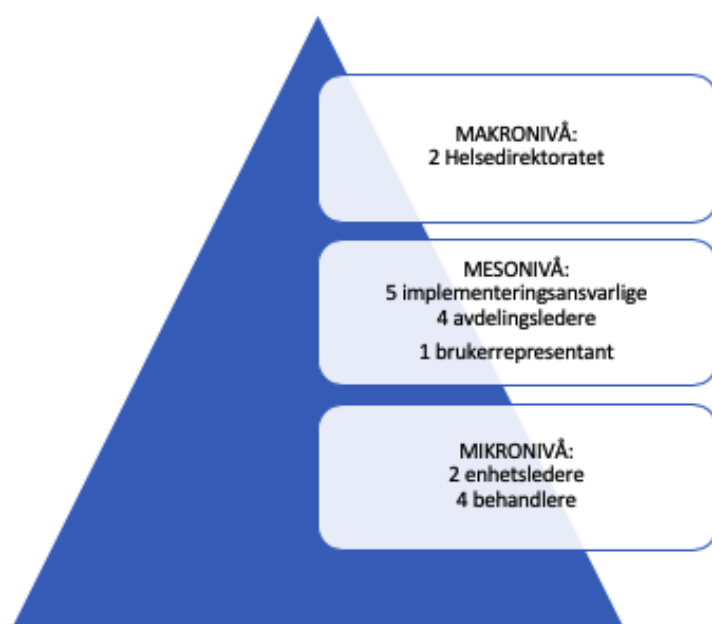
For å svare på problemstillingen har vi valgt et analytisk utvalg med hensikt å belyse de funksjonene og nivåene som er representert. Vi har gjennomført dybdeintervjuer med ansatte i Helsedirektoratet og brukerutvalg, nøkkelpersoner i klinikkledelsen, avdelingsledere og enhetsledere og behandlere. Informantene til dette prosjektet er i stor grad involvert i pakkeforløpet på et organisatorisk nivå, samt representanter fra brukerorganisasjoner.

Rekruttering av informanter har i stor grad basert seg på anbefalinger fra kontaktpersoner/oppdragsgiver fra OUS (Anne Beate Sætrang og Petter Bugge) som et strategisk analytisk utvalg. Sammen med kontaktpersonene gjorde vi en kriteriebasert utvelgelse for å få informanter både fra mikro, meso og makronivå i tråd med rammeverket til Reay et al. (2013). Informantene ble valgt på bakgrunn av deres rolle i

implementeringsprosessen; enten ved å ha hatt sentrale roller i innføringen, eller praktiseringen av pakkeforløp. Til tross for dette var det vi som lagde premissene for valg av informanter. Vi fikk tildelt kontaktinformasjon til de ulike informantene og tok selv kontakt med disse. De fleste intervjuene ble gjennomført på informantens arbeidssted eller på Universitetet i Oslo.

Enkelte informanter som ble spurt takket nei til intervju, og det lot seg ikke gjøre å intervju representanter fra alle avdelinger. Dette er en svakhet i datagrunnlaget, som kan føre til at rapportens funn ikke reflekterer alle avdelinger innad i OUS. Vi ønsket oss et så mangfoldig datagrunnlag som mulig, men måtte ta hensyn til tidsrammen som var satt for prosjektet og endte derfor opp med å intervju 18 informanter totalt.

Vi har delt informantene inn i nivåer på følgende måte:



Illustrasjon: i alt 18 personer er intervjuet. De ulike representantene er delt inn i representanter for makro-, meso- og mikronivå i analysen.

Vi har valgt å bruke begrepene makro, meso- og mikro i vår rapport av to hovedårsaker. Først og fremst fordi informantene, basert på deres stilling og ansvarsområde, naturlig danner en inndeling i tre ulike nivåer. I tillegg er Reay et al. (2013) sin modell et viktig teoretisk

utgangspunkt, og noe vi henviser til gjentatte ganger gjennom rapportens løp. Her er de tre nivåene våre informanter er delt inn i, sentrale.

Inndelingen i disse nivåene er gjort for å kunne analysere likheter og forskjeller i forståelsen av pakkeforløp og forløpskoordinatorrollen hos de ulike aktørene. Det er naturlig å se på hvordan de ulike nivåene av informanter omtaler teorien rundt pakkeforløp, for å se på hvordan teori blir oversatt fra ett nivå til et annet, samt hvordan den nye praksisen er institusjonalisert. Begrunnelsen for en slik inndeling gjøres ytterligere i kapittelet om teori og begrunnes i metode fra Reay et al. (2013). Slik kan vi synliggjøre hvordan pakkeforløp og forløpskoordinatorrollen som medfølger er forstått av personer som er ansvarlige for ordningene, fra utvikling til praksis. Hovedformål med disse punktene er å se på hvordan forståelsen av pakkeforløpene, samt roller og funksjoner har blitt oversatt i OUS og nedover i deres virksomhet. Sentralt er det altså å se på hvordan forståelsen har endret seg mellom nivåene, og hvilken funksjon dette spiller.

4.1.2 Etske hensyn

Prosjektet har vurdert etiske hensyn, og fulgt retningslinjer fra Norsk Senter for forskningsdata (NSD) som har godkjent prosjektet og dets samtykkeerklæring. Navn og kontaktopplysninger er lagret adskilt fra øvrige data, og i rapporten er informantene anonymisert av hensyn til personvern.

4.1.3 Gjennomføring av dybdeintervjuer

Intervju er en svært fleksibel metode for å studere holdninger, erfaringer og meninger da metoden åpner opp for at informantene får frihet og mulighet til å uttrykke seg utover de spørsmål som er planlagt (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016, s. 145). Vi benyttet oss av semistrukturerte dybdeintervjuer, hvor vi på forhånd utarbeidet en intervjuguide som omfatter sentrale temaer og spørsmål som skal avdekke de viktigste områdene oppgaven skal belyse. Dette la også til rette for muligheten til å kunne gå dypere inn i interessante momenter som kom opp underveis, eller å kunne endre formuleringen av spørsmål for å følge opp svarene som ble gitt. Underveis i intervjuene opplevde vi at det var relevant å endre rekkefølgen og formuleringen av spørsmål, slik at vi kunne følge opp de spesifikke svarene som ble gitt. Det ble også stilt oppfølgingsspørsmål som var ulikt fra intervju til intervju.

Intervjuene ble gjennomført mellom 30-60 minutter.

Opptaker ble benyttet under intervjuene for å ikke gå glipp av verdifull informasjon, noe som styrker reliabiliteten. I starten av intervjuet informerte vi alle informantene om full anonymitet, og muligheten til å trekke seg fra intervjuet dersom det var ønskelig. Alle informantene skrev under på samtykkeskjema.

4.2 Valg av analytisk tilnærming

Hvert nivå er analysert og kodet etter temaer som gir informasjon til problemstillingene. Analysen er deretter gjort gjennom å studere makro, meso og mikronivå, for deretter å analysere forskjeller og likheter mellom dem. Dette, samt spesifikke utfordringer som trekkes frem av informantene, vil utgjøre forskningsprosjektets funn. Rapporten forholder seg også til offisielle dokumenter som er produsert i forbindelse med implementeringen. Vi bruker slike dokumenter som kontekstinformasjon (hva pakkeforløpet og forløpskoordinatorrollen er), og for å se hvordan informantene forholder seg til dokumentene.

4.2.1 Tematisk analyse

Tematisk analyse er en generell analysemetode som er vanlig å bruke i analysen av kvalitative data. Analysemetoden innebærer å se etter temaer i de innsamlede dataene. Et *tema* her viser til en gruppering av dataenes viktigste fellestrekk, der hvert tema blir en egen kategori. Målet med å bruke tematisk analyse i denne rapporten, er å finne og kategorisere sentrale fellestrekk for å svare på rapportens problemstilling. Denne analysemetoden hjelper oss med å skape orden i dataene våre. Dette gjør at vi på den ene siden i større grad får en overordnet oversikt over dataene, og på den andre siden hjelper det oss med å identifisere nye sammenhenger. Dette gjør at vi ikke bare rapporterer funn ut i fra dataene, men at vi i større grad kan sammenligne og analysere dataene (Johannessen et al., 2018, s. 278-280).

Siden analysemetoden er såpass generell og uavhengig av teori, kan den kombineres med andre teorier som er relevant for rapporten. I rapporten har tematisk analysemetode blitt brukt som en oppskrift på hvordan man kan analysere data, framfor å gi en føring for hva man skal se etter. Den har gitt oss et rammeverk for hvordan vi kan forholde oss til og bruke de innsamlede dataene våre (Johannessen et al., 2018, s. 280-281). Ettersom vi benyttet oss av en

semistrukturert intervjuguide og det ble stilt ulike oppfølgingsspørsmål til de ulike informantene, var det nødvendig å kode datamaterialet i ulike kategorier i etterkant av transkriberingen for å kunne sammenligne svarene. Kodene datamaterialet er sortert etter ble valgt ut i fra empirien og bestemt av hele gruppen.

4.3 Begrensninger ved rapporten

Vi ønsker å peke på flere begrensninger ved rapporten. Førstnevnte omhandler tidsperioden dataene er samlet inn. De generelle pakkeforløpene i psykisk helse og rus ble iverksatt på OUS i løpet av januar og februar i 2019. Dette er en meget kort tidsperiode å skulle påpeke styrker og utfordringer ved en så omfattende implementeringsprosess, noe som kan medføre at noen av utfordringene som belyses bærer tydelig preg av dette. En annen svakhet er at dataene representerer mange deler av implementeringsprosessen, og vi har ikke gått dypt inn i hver enkel del. Disse svakhetene må kobles opp mot prosjektets mandat som la føringer på både tidsperioden, hovedfokus og derav innhold i vår rapport. En tredje svakhet er at vi ikke har sett på implementeringen andre steder enn i OUS, eller intervjuet relevante personer innen primærhelsetjenesten eller kommunene, noe som kunne vært oppklarende for flere av spørsmålene som stilles i våre data. Dette har dessverre falt utenfor oppgavens omfang.

5. Funn og analyse

I det følgende vil vi presentere data og analysere disse i lys av underproblemstillingene. Vi begynner med å drøfte problemstilling U1, ut fra data i sentrale dokumenter av Direktoratet og OUS. Videre drøfter vi U2 og U3 i et samlet kapittel om forståelse av pakkeforløp og forløpskoordinator (*punkt 5.2 - 5.2.4*). Til sist drøfter vi utfordringer for å nå målene med pakkeforløp i *punkt 5.3*.

5.1 Hvordan defineres pakkeforløp og forløpskoordinatorrollen i sentrale dokumenter fra Helsedirektoratet, og fra ledelsen på OUS? (U1)

For å forstå Helsedirektoratets intensjon rundt pakkeforløp og forløpskoordinator, er det naturlig å benytte seg av veiledningsdokumentene for de tre generelle pakkeforløpene. Det er

også nyttig å ta utgangspunkt i den nasjonale implementeringsplanen som er gitt fra Helsedirektoratet, for deretter å se på hvordan pakkeforløp og forløpskoordinering er redegjort for i interne dokumenter på OUS.

5.1.1 Sentrale dokumenter fra Helsedirektoratet

I den nasjonale planen for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020 (2018a) presenteres pakkeforløpenes overordnede mål: *“å styrke det helhetlige behandlingstilbudet til pasienter med psykisk helse og rusmiddelproblemer”*. Basert på dagens utfordringsbilde i tjenestene nevnes det videre fem mål med pakkeforløpene:

1. Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet
2. Sammenhengende og koordinerte pasientforløp
3. Unngå unødig ventetid for utredning, behandling og oppfølging
4. Likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor
5. Bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner

(Helsedirektoratet, 2018a)

I tillegg nevnes det i implementeringsplanen (Helsedirektoratet, 2018a) flere kritiske suksessfaktorer for at pakkeforløpet i psykisk helse og rus skal lykkes:

- Pasientens perspektiv må legges til grunn og pasient og pårørende må bli involvert i vurderinger og beslutninger
- Barn som pårørende må bli ivaretatt
- Det må være samhandling og samarbeid innad og mellom tjenestene underveis i forløpet
- Kartlegging og oppfølging av somatisk helse må gjennomføres som anbefalt
- Forløpskoordinator må være på plass
- Løpende målinger innføres og evaluering gjennomføres for å følge med på om tiltakene bidrar til bedring av tjenestene i tråd med målene

Forløpskoordinator nevnes altså som en kritisk suksessfaktor for pakkeforløp. Måling og evaluering nevnes som viktige tiltak for å sikre at tiltakene bidrar til bedring av tjenestene. I tillegg vises det til flere andre kritiske suksessfaktorer som må finne sted dersom implementeringen skal sikre at pakkeforløpene fører til at de fem målene som er satt, faktisk blir oppnådd.

Helsedirektoratet skriver i veilederne for pakkeforløpene om forløpskoordinatorrollen:

“Innføring av pakkeforløp innebærer at alle virksomheter innen spesialisthelsetjenesten som utreder og behandler pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal utpeke forløpskoordinatorer. Det gjelder alle helseforetak og alle private virksomheter som har avtale med et regionalt helseforetak eller godkjenning fra HELFO. Det er et lederansvar å planlegge virksomheten slik at det finnes et tilstrekkelig antall forløpskoordinatorer på systemnivå. Virksomheten kan selv bestemme hvor forløpskoordinatorene skal være forankret og hvem som skal ha denne rollen. På nettsidene til virksomhetene skal det stå telefonnummer til forløpskoordinatorene for de ulike pakkeforløpene” (Helsedirektoratet, 2019b).

Det er altså opp til den enkelte virksomhet å bestemme hvem som har ansvar for forløpskoordinering, og hvor rollen forankres. Det er likevel tydelig hva rollen skal innebære. I retningslinjene nevnes følgende ansvar og oppgaver for forløpskoordinator:

- Være tilgjengelig for pasient og pårørende, samt involverte instanser til pasienten har fått tildelt egen behandler i spesialisthelsetjenesten, eventuelt kontaktlege/-psykolog koordinere hele forløpet, også ved uteblivelse fra avtaler
- Ha et overordnet ansvar for at forløpstider følges og at målepunkter blir kodet
- Informere, veilede og gi råd til pasient og ev pårørende om pakkeforløp psykisk helse og rus ved behov, koordinere avtaler og samarbeidsmøter
- Samarbeid med forløpskoordinator i kommunen

(Helsedirektoratet 2019b).

5.1.2 OUS om forløpskoordinatorrollen

OUS skriver i sine interne dokumenter at:

“Linjeledere er ansvarlig for å tilrettelegge for drift slik at behandlere, kontoransatte og forløpskoordinatorer kan følge pakkeforløpet. Ansatte med behandleransvar er ansvarlig for fremdrift i

pakkeforløp for pasienter i egen portefølje, og for koding fra første fremmøte til siste kontakt. Forløpskoordinator skal sikre sammenhengende pasientforløp og oppfølging uten unødig ventetid. Kontoransatte har ansvar for å kode start og avslutning av alle pakkeforløp i egen avdeling” (Müller-Nilssen, 2019).

Det er altså behandlere som har forløpskoordinator-funksjon på OUS, mens kontoransatte bidrar med koding i noen av fasene. Listen med arbeidsoppgaver for forløpskoordinator er lagt ut som dokumentasjon i e-håndbok for sykehuset, hvor alle behandlere har tilgang. Det er også undervist om dokumentet i flere fora på OUS. Et mer tilgjengelig e-håndboksdokument som beskriver forløpskoordinatorrollen er også under utarbeidelse (pr. 14.5.2019).

5.2 Hvordan har pakkeforløp og forløpskoordinatorrollen blitt forstått fra implementering til praksis? (U2, U3)

Dette avsnittet vil ta for seg forståelsen av pakkeforløp på makro, meso og mikronivå, før en drøfting av de tre nivåene under ett, for å se på forskjeller og fellestrekk. Videre vil forståelsen av forløpskoordinatorrollen på de tre nivåene belyses, før en drøfting av de tre nivåenes forståelse av forløpskoordinatorrollen samles under ett.

5.2.1 Forståelse av pakkeforløp (U2)

Makronivå - Helsedirektoratets forståelse av pakkeforløp

For å kunne forstå Helsedirektoratets intensjon med pakkeforløpet, understreker en informant fra direktoratet at pakkeforløpet er et politisk oppdrag fra Helsedepartementet:

”Det handler litt om rollene mellom departementet og direktoratet også, for vi har jo fått det som et politisk oppdrag fra departementet, og så er jo Helsedirektoratet en utøver av politikk. Sånn at vi fikk jo da i dette oppdraget å utvikle faktisk, pakkeforløp for psykisk helse og rus”.

Informanten fra direktoratet fremhever rolleforskjellen mellom direktoratet og departementet for å understreke at de ikke har bestemt at pakkeforløpet skal bli implementert, for å løse problemene hos psykisk helse og rus. Dette understreker andre informanter fra direktoratet - pakkeforløpet var noe de fikk i oppdrag, altså ikke deres initiativ.

En informant fra direktoratet understreker at pakkeforløpets intensjon er at det skal kunne nå

de fem hovedmålene. Hvis ikke pakkeforløpet skulle kunne være en løsning på de utfordringene de fem punktene omhandler, *“hadde vi ikke hatt disse målene og heller ikke jobbet så lenge med det. For nettopp også [...] spisse dem sånn at man kan oppnå mer brukertilfredshet, brukermedvirkning, mer likeverdig tilbud, bedre ivaretagelse av somatisk helse osv”*.

I tillegg til å nå disse målene, argumenterer en informant fra direktoratet at pakkeforløpet også var og er intendert som blant annet et “utviklingsprosjekt” - at det ikke var en ferdig “pakke” før implementeringen, og at den vil fortsette å utvikle seg underveis:

“[...] vil vi jo fortsatte å snakke om det som et utviklingsprosjekt, ved at noe av dette ønsker vi å følge med på evalueringen. Fordi at det er ikke fulgt noe ekstra midler fra departementet heller, sånn at tjenestene har jo vært nødt til å løse det innenfor sine egne rammer. Og da er det jo litt sånn begrenset for oss også hvor mye vi kan gå inn og pålegge”.

På grunn av begrenset midler og ressurser til reformen, må implementeringen tilpasses ut i fra lokale ressurser, påpeker Helsedirektoratet. Mangel på ressurser begrenser også standardiseringen av pakkeforløpet. Selv om direktoratet ønsker å unngå “unødig variasjon” mellom klinikker og behandling, ønsker ikke direktoratet å sette sterke føringer for hvordan pakkeforløpet skal implementeres i praksis. Direktoratet har derfor valgt å begrense krav om standardisering, slik at pakkeforløpet i større grad kan endres lokalt:

“Det handler litt om at ikke alle nødvendigvis skal kjøres gjennom det samme, fordi her skal det tilpasses den enkelte pasient og sånn, så det er liksom noe med å holde litt sånn to.. To.. Ja, stemmer oppe samtidig, på det. Ehm. Det som ikke er ønskelig er jo at hver klinikk gjør som de selv vil”.

Selv om direktoratet ønsker å evaluere og få tilbakemeldinger underveis i implementeringen, ønsker de ikke at pakkeforløpet i seg selv skal bli en “målereform”: *“Hvis dette blir bare en sånn ny sånn målereform, og man skal - hva skal jeg si - piskes etter, eller - i tjenesten, så tenker jeg, da har vi bomma.”* Informanten ønsker å understreke at tilbakemeldingen underveis i implementeringen ikke kun er ment som et måleverktøy for pakkeforløpet, men ønsker kanskje heller en dialog mellom direktoratet og de som implementerer. Siden reformen beskrives over som et “utviklingsprosjekt”, virker det som at tilbakemeldingen er også ønsket for å endre og forbedre pakkeforløpet, framfor at reformen skal bli enda en “målereform” med alle de negative assosiasjonene dette bringer med seg.

Med en intensjon om å forbedre forskjeller mellom klinikker og deres behandlinger, forbedre logistikken og kvaliteten for pasienters behandling generelt, understreker en informant fra direktoratet at pakkeforløpet ikke er en løsning på alle problemene innen psykisk helse og rus: *“Vi har [vært] tydelig [...] både overfor tjenestene, brukerne og politisk ledelse at pakkeforløpene løser ikke alt. Det løser ikke alle utfordringene innenfor våre områder, men det kan være et verktøy på vei mot å løse det”*.

Selv om informantene fra direktoratet generelt viste til en positiv holdning til pakkeforløpets intensjon, understreket en av informantene at deres mening om pakkeforløpet ikke nødvendigvis var så viktig, da dette er en politisk tildelt oppgave fra departementet - at de ikke er i en posisjon hvor de skal mene noe om hvorvidt pakkeforløp er riktig eller galt: *“Det var jo et oppdrag fra departementet, så direktoratet fikk det som et oppdrag. Og det var jo ikke et spørsmål om det skulle... om vi tenkte at det var lurt eller ikke”*. De trenger ikke nødvendigvis å mene noe om pakkeforløpet, siden de har fått det i oppdrag fra departementet, og gjenspeiler deres profesjonelle rolle i helseforvaltningen.

En holdning som ble fremmet av en informant fra direktoratet var at det lenge har vært generell enighet om hva problemer innenfor psykisk helse og rus er. Uenigheten har handlet om hva som er løsningen på problemene: *“Det har jo ikke vært noen uenighet om hva som er utfordringsbildet. Ikke sant. Og så kan man være litt uenige om hva som er løsningene på det”*. En løsning på utfordringene innen psykisk helse og rus fikk direktoratet av Helsedepartementet. Løsningen på problemet skulle være pakkeforløpet, men hva reformen skulle være og inneholde var noe direktoratet måtte finne ut av: *“Det ble jo i første omgang nedsatt et arbeid på det. [...] Prøve å forstå. Vi hadde et litt sånn mantra om at ‘hvis pakkeforløp skal være svaret, hva er da spørsmålet’? Altså hva er det det skal være med å løse? For det lå jo ikke i kortene”*. Det virker som om direktoratet ble gitt en løsning, og at de måtte finne ut hva denne løsningen faktisk skulle løse.

Måten direktoratet snakker om pakkeforløpets veiledere på, viser også at pakkeforløp kan være et grunnlag for utøvelse av lederrollen:

“Jeg tror for en del ledere så tror jeg dette her kan være også et litt sånn - hva skal jeg si, kvalitetsverktøy, altså de kan mer ha det i ryggen at ‘nå er det nasjonalt bestemt at det er sånn vi skal jobbe’, og da er det litt lettere å sette seg ned med den gruppa si og gå gjennom ‘hvordan er det egentlig vi jobber hos oss’”.

Med en reform i ryggen, kan de være et kvalitetsverktøy og en mulighet til å reflektere over hvordan de jobber.

Mesonivå - ledere på OUS’ forståelse av pakkeforløp

Reformen snakkes om av ledere på OUS som nødvendig, og flere snakker om reformen som en kvalitetssikrer, som vil kunne hjelpe ledere til å unngå uønsket variasjon i behandling.

“Jeg tenker at mye av dette går på standardisering av behandlingsforløp og å gjøre overgangene så smidige som mulig. Det er sånn at vi innenfor psykisk helsevern har - vi har nok en jobb med å standardisere hvordan vi tenker på en del pasienter. Og hvordan behandlingen skal være og om vi gjør dette godt nok. Så, så jeg tenker at det på sikt blir en hoveddel ved dette”.

Flere av lederne på OUS trekker frem standardisering av behandlingstilbudet over hele landet som hensikten med pakkeforløp. Flere av de fem målene med pakkeforløp nevnes også som årsaker til innføringen av reformen. Deres forståelse av hensikten med pakkeforløp ser altså ut til å være konsistent med representanter fra Helsedirektoratet og fra nasjonale veiledere. Det finnes imidlertid også skepsis blant lederne til hvorvidt pakkeforløp vil kunne oppnå dette formålet. En mer “ideologisk motstand” har imidlertid endret seg underveis:

“Men noe ideologisk motstand som jeg opplevde [at] var den store utfordringen innledningsvis, den har blitt borte så vidt jeg har kunnet høre det. Og det heller ikke så lett å protestere mot at man gjennomfører det man på faglig basis mener vil være en fornuftig utredning av pasienter”.

Måten meso snakker om pakkeforløp viser at det har skjedd en endring i deres forståelse. Fra begynnelsen av virket de mer skepsis mot pakkeforløp, men som nå har avtatt. Flere av lederne legger vekt på at pakkeforløp først og fremst får konsekvenser for klinikerne, og at frister og forløpstider gjør at behandling blir mer standardisert. Med standardisering kommer viktigheten av at denne logistikken er fylt med kvalitet, påpekes det. *“Nå har vi et reisverk fra da vi innførte fra 1. jan [...] og nå skal det fylles med innhold. Så vi har jobbet ganske mye nå i 2018 for å få dette reisverket opp. Det er masse innmat som gjenstår”.* Sitatet viser også at lederne på OUS forstår pakkeforløpsreformen som en utviklingsprosess, og at det står igjen å

ferdigstille innholdet. Det ytres imidlertid bekymring fra en annen informant om at pakkeforløpene ikke skal endre noe innholdsmessig, og dermed bare føre til endringer i det logistiske av behandlingen:

“Hvordan skal pasientene oppleve en forskjell på det når vi egentlig ikke tilbyr dem noe annet? Vi er helt avhengig av tilbakemeldingsverktøy hvis vi skal få oppfylt det punktet med pasientmedvirkning og brukertilfredshet for eksempel. Så foreløpig så er det mange spørsmålstegn om i hvilken grad vi får fulgt denne reformen med kvalitet. [...] Men det hadde vært veldig leit hvis dette bare ble en logistikkreform, fordi vi har faktisk vedtatt i denne klinikk at for oss så skal dette være en kvalitetsreform”.

Tilbakemeldingsverktøy trekkes altså frem som essensielt for å sikre kvaliteten i pakkeforløpene. Det ser ut til at mesonivå forstår pakkeforløpets intensjon som å være en standardisering av forløpet, både med konsekvenser for logistikk og kvalitet. Informantene peker på at reformen skal kunne være både en logistikkreform og kvalitetsreform, men enkelte ytrer også bekymring for at logistikken skal gå på bekostning av kvaliteten. En bekymring med tanke på allerede sterk belastning på eksisterende ressurser vises i sitatet fra informanten, som kommenterer at kodingen kan gå på bekostning av pasienttiden:

“Og det er der klinikerne kommer inn ikke sant, fordi de sier at: ja men den kodingen får du gjøre selv.. men da går det utover pasienttiden ikke sant når du legger på dem sånne oppgaver. Så i tillegg til forløpskoordinatorer så er det med kontorlaglig støtte en annen utfordring da, som også er en bekymring altså”.

Det er en spenning i forholdet mellom logistikk og kvalitet, og hvorvidt de går på bekostning av hverandre. På den ene siden løftes en bekymring for logistikken rundt koding, med utgangspunkt i at det går ut over allerede pressede ressurser, vil kunne føre til svekket kvalitet i behandlingen. Det synes å være en oppfatning fra ledelsen på OUS at reformens endring i logistikken har som formål om å bedre kvaliteten. Det fremkommer samtidig at logistikkfokus er noe som kan utfordre og bli en hindring for pasientkvaliteten. Flere av informantene trekker en slutning rundt at logistikkendringene nødvendigvis ikke i seg selv medfører bedre kvalitet.

Når lederne blir spurt om hvorvidt de tenker at pakkeforløp er en god ting, svarer de fleste ja. En informant trekker frem struktur som en av årsakene til dette: *“Jeg synes at pakkeforløp er*

en god ide. Ehm, og jeg synes at det er en god ide fordi dette fagfeltet her trenger mer av den strukturen som pakkeforløpene legger opp til". Imidlertid trekkes det frem at dersom implementeringen skal lykkes er det mange tiltak som må iverksettes; folk må være aktive, prioritere, villig til å endre og utvikle seg, ta ansvar, være med på å endre pakkeforløpet, og gi tilbakemelding. Dette kan tolkes som et innspill om at implementeringen av pakkeforløp også innebærer en kultur- og holdningsendring blant de ansatte (se mer *punkt 5.3.6*), ikke bare en endring i organisering og systematiseringen.

God ledelse trekkes også frem av flere som viktig for at implementeringen skal lykkes:

"Jeg tror at det er veldig mange faktorer som må til jeg, for at vi skal lykkes med dette. først og fremst så tror jeg det handler om god ledelse, om prioritering, om å ville sette dette på dagsorden og faktisk etterleve og etterspørre det som pakkeforløpsbeskrivelsen legger opp til. Så det må åpenbart til. Også trengs det kunnskap hos personalet vårt, og forståelse for liksom bakgrunnen for pakkeforløpene".

Sitatet viser at lederen blir sett på som sentral i innføringen av pakkeforløp. Punktene som nevnes rundt god ledelse og å "etterleve pakkeforløpsbeskrivelsen" understøttes av teori fra Reay et al. (2013). Behandlerne på mikronivå må selv være overbevist om saken og teoretisere rundt pakkeforløpene for at reformen skal implementeres inn i daglig praksis. Videre er "å sette saken på dagsorden og etterleve og etterspørre det pakkeforløpsbeskrivelsen legger opp til" i tråd med Reays tanker om å fasilitere kollektiv meningsskaping gjennom rom for refleksjon og diskusjon. Naturlig nok blir dette gjerne et lederansvar. En informant trekker også frem at tilbakemelding fra brukerrepresentanter har gjort at pakkeforløp er særlig positivt: "og etter å ha snakket med ganske mange brukere, ehm brukerrepresentanter som har snakket om å ha blitt kjent med dette, så har de også store forventninger, og da tenker jeg at det er veldig positivt". Dette kan tolkes som et tegn på at brukernes engasjement og forventninger vil kunne være en katalysator for at pakkeforløp blir en positiv endring, og viser en forståelse for at engasjement og eierskap også på mikronivå er viktig.

Mikronivå - behandleres forståelse av pakkeforløp

I flere av intervjuene med behandlerne på mikronivå kommer det frem at de tolker at intensjonen med pakkeforløp hovedsakelig innebærer å gi mer forutsigbarhet for pasienten. Flere av informantene påpeker at pakkeforløp skal sikre god og effektiv behandling, samt større bevissthet om standardisering: "det er å sette struktur på pasientbehandling, at

pasientene får rask og effektiv hjelp, uten at de sendes til forskjellige behandlere [...] Det åpner muligheter for å involvere pasienten her og nå, og lage planer og gjennomføre planer”. Dette henger sammen med at pasientene skal få et likeverdig tilbud uavhengig av hvor man bor i landet. I samme intervju kommer det frem at behandleren ser seg selv som sentral når det gjelder å koordinere samarbeidsmøter, kontakt med andre osv.

Til tross for at flere ser ut til å være enige om at intensjonen med pakkeforløp skal medføre positive resultater for pasienten, er det noen av informantene på mikronivå som forteller at implementeringen har ført til ekstraarbeid i arbeidshverdagen: *“[...] alt merarbeidet da, om det liksom gagner til syvende og sist disse pasientene det... er litt vanskelig å se i hvert fall nå da, for det er veldig mye...”* Det kan se ut til at det foreligger en frykt om at ekstraarbeidet som oppstår med pakkeforløp ikke vil være til fordel for pasientene. Et utsagn som støtter denne tankegangen er frykten for at faglig vurdering skal tilsidesettes for *“firkantete løp som er bestemt av noen andre”*.

Det ser ut til at flere av våre informanter på mikronivå oppfatter at forutsigbarhet, effektivisering samt standardisering er hovedintensjonen med pakkeforløp. Likevel forteller en behandler at vedkommende opplever at ikke alle har forstått intensjonen med pakkeforløp: *“når du ikke forstår hensikten med det, at den hensikten faktisk er å bedre pasientbehandling, så skjønner jeg jo at man blir litt sånn ‘ah, hvorfor skal vi gjøre det’. Sånn at det - det er ikke alle som helt har forstått den hensikten og formålet”*. Det kommer tydelig frem at hensikten og formålet med pakkeforløp ikke er like tydelig hos alle, og at dette bidrar til å skape en slags forvirring hos enkelte.

Flere av våre informanter har påpekt at ordet “pakkeforløp” har skapt negative assosiasjoner, hvorav betegnelsen “pakkeforløp” kan tolkes som at pasienten er en “pakke”: *“Jeg syns at det er litt tullete at det heter pakkeforløp, men det har jeg syntes helt fra starten”*. I intervjuer med behandlere på mikronivå er det selve navnet, samt usikkerhet rundt pakkeforløpets formål, som har ført til at flere har hatt tilsynelatende negative holdninger til implementeringen. Uttalelser som: *“Det er det er jo sikkert mange meninger, men min personlige mening er jo at eh... Jeg vet ikke helt hva godt som kommer ut av dette her”* og *“Også blir det kanskje bare masse byråkrati”* viser at flere viser en skepsis til pakkeforløp. Flere av våre informanter påpeker at motstanden har vært høy ettersom hensikten og formålet

med pakkeforløp ikke har blitt forstått. En informant påpeker også at: *”det blir jo mer registrering og mindre tid til pasienter, da. Så det er jo en ulempe synes jeg, da”*. Informanten ser ikke helt de store forbedringene i pasientens opplevelse gjennom registrering. En annen informant er også delt:

“Men jeg kjenner jo at det er et ekstraarbeid i hverdagen nå, da. Fordi at det er nytt. Men det er det med alt. Så det er litt sånn, jeg er litt sånn delt på det, men. Men jeg tror jeg kanskje er den som er mest positiv til pakkeforløp også da, på vår enhet”.

Noen av informantene på mikronivå har endret holdning til pakkeforløpene underveis. Mange har gått fra å være negative til positive da de har sett at pakkeforløp ikke krever så store endringer i eksisterende praksis. En behandler forteller om hvordan holdningen har endret seg fra å først tenke at pakkeforløp var mer bestemmende, men ser nå at de fortsetter med tilnærmet lik praksis som det de alltid har gjort. Informanten påpeker videre at: *”pasientene blir mindre kasteball i systemet”*, og at pakkeforløp fører til mindre interne diskusjoner. En annen uttrykker imidlertid frykt for tidsfristene, og at dette skal gå på bekostning av pasienten: *”Jeg er litt redd for at folk blir for opptatt av tidsfrister og rammene. Og glemmer liksom den som sitter der da”*.

På bakgrunn av dette vises det at det er noe splittede holdninger til pakkeforløp hos informantene vi har intervjuet på mikronivå. Flere uttaler at de har endret holdning fra positiv til negativ, noen har hatt en positiv holdning hele veien, mens andre fremdeles er skeptisk: *“jeg føler at jeg har vært litt negativ. Haha! Men, altså at jeg tror det, ehm kan bli bra”*.

5.2.2 Oversettelsen mellom nivåene: en sammenligning av forståelsen av pakkeforløp i lys av teori

Det er spennende å sammenligne oversettelsen av pakkeforløp mellom makro, meso og mikronivå, og se dette i lys av Reay et al. sin teori om oversettelse (2013). De fleste informantene har en felles forståelse av pakkeforløpets intensjon: som en reform som skal sikre pasienter større grad av likebehandling, gjennom bedret kvalitet og tydelig logistikk. Dette samsvarer med intensjonene beskrevet i veilederne fra Helsedirektoratet i U1. Likevel mangler enkelte behandlere denne forståelsen, ifølge informanter på mikronivå. Dette viser

behov for større grad av teoretisering på mikronivå, i tråd med Reay et al. sin teori.

Det ser ut til å variere i hvilken grad informantene er positive til dagens praktisering av pakkeforløp. Måten de ulike informantene uttaler seg om dette på understreker også deres oppfatning av egen rolle i implementeringsprosessen, som gir verdifull innsikt i implementeringsprosessen. Helsedirektoratet omtaler implementeringsprosessen som en utviklingsprosess. De trekker også frem pakkeforløp som et verktøy ledelsen kan bruke til å kvalitetssikre behandling på, gjennom standardisering av behandling. Imidlertid er både Helsedirektoratet og ledere på OUS opptatt av viktigheten av at dette ikke “kun blir en målereform”. Måten lederne på mesonivå uttaler seg på, understreker at de også ser seg selv som et viktig ledd i implementeringen. Dette er positivt, sett i lys av i punktene til Reay et al. om at det må skapes arenaer for å skape dialog og samhandling. Her spiller lederne på OUS en sentral rolle.

Måten informantene uttaler seg på om pakkeforløpets intensjon er en bekreftelse på at også mikronivå er i en prosess med å ramme inn og rettferdiggjøre innføringen av reformen, i tråd med Reay et al. sine steg for en vellykket implementering (2013). Enkelte uttaler at noen fortsatt ikke forstår hensikten med innføringen. Det uttrykkes også skepsis til pakkeforløpets logistikkendringer og hvorvidt dette bedrer kvalitet. En av grunnene til denne skepsisen ser ut til å være det store fokuset på frister og forløpstider, som ser ut til å tolkes av enkelte som overdrevent byråkrati. En kan også se bekymringen i lys av den høye arbeidsbelastningen på behandlerne, og at de er skeptiske til hvorvidt dette vil gå ut over kvaliteten på behandlingen. Flere understreker imidlertid at dette muligens blir annerledes i fremtiden etter år med tilpasning, og viser at de også har forståelsen av dette som en tidlig fase i implementeringsprosessen. For at logistikken skal føre til bedret kvalitet synes altså tilbakemelding og tilpasning av frister og koding å være essensielt for å sørge for at dette blir en læringsprosess som kan føre til endring (Viddal, 2006, s. 63-115).

Det er viktig å legge til at en ulik forståelsesmåte mellom ulike nivåer og ulike ledd i prosessen ikke nødvendigvis er et problem. Dette da det kan ses som et uttrykk for at det foregår en konkret tilpasning og tolkning i forhold til hva som er meningsfullt for den enkelte aktør i implementeringsprosessen, i tråd med Reay et al. sin modell for teoretisering (2013).

5.2.3 Forståelse av forløpskoordinatorrollen (U3)

Makronivå - Helsedirektoratets forståelse av forløpskoordinatorrollen

I intervju med Helsedirektoratet understrekes det at deres intensjon ikke var å tvinge frem en standardisering som ikke passet inn i de forskjellige avdelingene, noe som gjenspeiles i deres forståelse og intensjon med forløpskoordinatorrollen: *“Noe av det som har vært diskutert er jo hvor langt vi skal gå i å detaljstyre alt. For det vi så var at noen steder så må vi jo på en måte gi litt rom for at man finner de lokale løsningene”*. Dette var nødvendig siden mange avdelinger og enheter er så forskjellige, samt forskjellig type behov og ressurser:

“Fordi det kan være små behandlingssenheter hvor de kanskje har 7 pasienter inne, skal de ha en egen person som bare er forløpskoordinator, for eksempel?[...] Altså, for at de ser at det blir ulik praksis der ute - noen har jo valgt å gå litt lenger, og på en måte - hva skal jeg si - avlaste behandlerne noe, med å ha en litt sånn tydeligere forløpskoordinering noen steder”.

Sitatet påpeker hvordan reformen ikke kommer med noe ekstra ressurser, som gjør at den eventuelle forløpskoordinatorrollen må etableres og defineres lokalt. En annen informant fra direktoratet understreker viktigheten av å følge opp forløpskoordinatorrollens utvikling, nettopp på grunn av fleksibiliteten hos ledere å definere og bruke rollen slik det passer best for deres avdeling:

“Så vi ser jo at noen har valgt å ansette egen forløpskoordinator og andre har valgt å definere behandler som forløpskoordinator. Men det er jo noe vi må følge med på videre, om det kan oppstå noe sånn igjen uønsket variasjon, noen vridningseffekter her. At det ikke, at man ikke sikrer det samme tilbudet. For det var ikke intensjonen”.

Oppfølgingen er viktig for å passe på at denne friheten til å definere rollen ikke skaper uintenderte konsekvenser for behandlerne og pakkeforløpet generelt.

I likhet med at pakkeforløpet er et “utviklingsprosjekt”, understreker den samme informanten at dette også gjelder for forløpskoordinatorrollen og at *“..vil vi jo fortsatte å snakke om det som et utviklingsprosjekt, ved at noe av dette ønsker vi å følge med på evalueringen”*. Det fremkommer at det er en rolle som de kommer til å utvikle ut i fra tilbakemeldinger på hvordan den har blitt brukt i de forskjellige stedene. Dette viser en likhet med argumentet over om at pakkeforløpet er ønsket som en dialogutvikling, at dette også er noe de ønsker med

forløpskoordinatorrollen.

Mesonivå - ledere på OUS´ forståelse av forløpskoordinatorrollen

Ledere på OUS er usikre på om løsningen de har valgt for forløpskoordinatorrollen er i tråd med den tenkte intensjonen:

“Jeg er litt usikker på om den måten vi organiserer forløpskoordinatorfunksjonen er i tråd med det som var intensjonen til statsrådene og direktoratet, det må jeg si. Eh, jeg tror det har blitt mange lokale tilpasninger, også i vår klinikk”.

Det kan tolkes som om informanten er usikker på om måten de organiserer forløpskoordinator i dag klarer å ivareta funksjonene rollen er ment til å inneha. Sitatet underbygges av en annen informant som har samme inntrykk:

“[...] også har det endt med en litt merkelig løsning hos oss, nemlig at det er den enkelte behandler som er forløpskoordinator. Det har jeg tatt opp i prosjektgruppen fordi jeg tror ikke det var det som var myndighetenes intensjon. Fordi nå er jeg redd for at måten vi gjør dette på egentlig ikke svarer på det oppdraget som myndighetene har gitt oss”.

Flere trekker frem manglende midler som en årsak til denne løsningen: *“vi vet ikke hva som kunne ha ligget i denne rollen. For vi har aldri fått midler til å faktisk realisere den”*. Sitatet illustrerer også en forståelse av at en forløpskoordinatorrolle ikke eksisterer. Dette understreker at det ikke er samsvar mellom direktoratets teori omkring forløpskoordinering, og informantens forståelse av den. En annen av informantene omtaler tilsynelatende forløpskoordineringen som en egen rolle i kraft av *stilling*, og at de derfor ikke har noen forløpskoordinator: *“Ehm.. ideelt sett burde vi hatt selvfølgelig forløpskoordinatorer – men vi har jo ikke fått noe ekstra ressurser til dette...”*. Det ser altså ut til å være usikkerhet rundt at forløpskoordinering forstås som en funksjon og ikke en rolle, og konkret hva som ligger i denne funksjonen.

Til tross for bekymring hos enkelte ledere, hersker det også tro på at denne tolkningen vil kunne ivareta samme effekt som ved en konkret forløpskoordinator-stilling:

“Så vi har jo ikke noen stillinger, vi har jo ikke noe pakkeforløpskoordinator-stillinger. Og da må vi tilpasse etter det som er mulig innenfor vår drift, så på en måte kan man si at det ikke er i tråd med

intensjonen, og på en annen måte så er det med en ekstra innsats og et ekstra fokus på disse sårbare overgangene, så tror jeg at effekten vil være mye av den samme”.

Sitatet viser at holdningen til respondenten er positiv ved at dagens praksis avgir god effekt, men belyser også at det krever ekstra innsats og fokus på “sårbare overganger”. At rollen sees som viktig underbygges også av en annen respondent; *“Altså, det er ingen tvil om at forløpskoordinatorfunksjonen er en veldig sentral rolle. Eh, og så er jeg usikker på om vi faktisk klarer, eller kanskje...”*. Sitatet viser at holdningen til rollen er positiv, men at det også her hersker tvil om hvorvidt dagens praksis er ideell.

Mikronivå - behandlere på OUS´forståelse av forløpskoordinatorrollen

I intervjuer med informanter på mikronivå uttrykkes det en skepsis hos flere i henhold til forløpskoordinatorrollen og hvordan denne forstås samt fungerer i praksis i dag. En av informantene på mesonivå uttaler at forløpskoordinator sees på som en funksjon med overordnet ansvar for hver enkelt sak:

“det er jo en slags... å koordinere forløpet sant, å være klar over hva har du tenkt, hva blir det neste, har du snakket med de? Sant, som en slags sånn... den personen som har det overordnede... fokuset da, i alle sakene til hver enkelt. Så det er mer sånn vi koordinerer det”.

Videre gis det uttrykk for en uklarhet hos behandlerne rundt hva forløpskoordinator skal gjøre:

“For det bli sagt ja, vi trenger forløpskoordinator, okei hva er funksjonen forløpskoordinator? Når vi som behandler forteller at forløpskoordinator skal følge med på alle frister, følge med på koding, da får vi tilbakemelding ned om at nei, det er ikke slik”.

I sentrale dokumenter fra Helsedirektoratet (punkt 5.1.1) nevnes forløpskoordinator som en kritisk suksessfaktor for pakkeforløp. Hva rollen skal innebære kommer tydelig frem i dokumentet. Slik det uttrykkes i intervjuer med behandlere, ser det ut til at flere av dem ikke kjenner til innholdet for hva forløpskoordinatorer skal gjøre.

Det kan se ut som om mikros holdning til forløpskoordinatorrollen er preget av forvirring rundt hva rollen innebærer, noe en behandler påpeker:

“[...] jeg savner at den rollebeskrivelsen, hvis helsedirektoratet mener at det er

bestemte personer som skal være forløpskoordinator, da savner jeg litt mer beskrivende funksjon av den koordinatorrollen, hva menes egentlig med det? ”.

Det er vanskelig å se tydelig skille mellom intensjonene og holdningene til informanter på mikronivå. Dette vises kanskje særlig gjennom at mange etterspør en tydeligere beskrivelse av hva rollen innebærer. Sitatene viser ikke hvorvidt informantene er negative til dagens praksis, men at det hersker stor forvirring om hva rollen er. En behandler påpeker at definisjonen av forløpskoordinator er uklar sett i lys av tilgjengelige ressurser. Det er få av behandlerne som nevner noe strukturelt om forløpskoordinatorrollen. Noen har nevnt hvordan de utfører rollen, og generelt kommer det frem i intervjuene at det blir mye ekstraarbeid, hvorav koding trekkes frem som et sentralt element. Dette belyses ytterligere i punktet om koding under tekniske utfordringer (punkt 5.3.1).

5.2.4 En sammenligning av forståelsen av forløpskoordinatorrollen i lys av teori

Hvordan teori om forløpskoordinatorrollen er blitt oversatt mellom de ulike nivåene, kan sees i lys av Reay et al. (2013). Det er også spennende å se nærmere på rolleforståelsen som ligger i disse tolkningene. Det ser ut til å skape forvirring hos informanter både hos ledere og behandlere på OUS rundt hvorvidt OUS sin løsning av forløpskoordinatorrollen svarer på myndighetenes intensjon. Særlig hos behandlerne er det uklart hva forløpskoordinator innebærer, til tross for at veilederne samt distribuert informasjon fra OUS redegjør for arbeidsoppgavene til rollen. Her har kanskje ikke nivåene fått kommunisert omkring sin forståelse, slik Reay et al (2013) redegjør viktigheten av.

Forvirringen om forløpskoordineringen (stilling eller oppgave), sammen med manglende standardisering fra direktoratets side, kan skape konflikter innad og mellom roller. Når man får tildelt en ny rolle, er det vanlig at man aktivt forhandler med rollen, og tilpasser den ut i fra kontekst og allerede eksisterende roller. Men med manglende forståelse på hva forløpskoordinatorrollen er, begrenses behandlernes forhandlingsmulighet og forhandlingsrom i møtet med denne nye rollen. Dette kan på den ene siden føre til indre rollekonflikt, der rollen vil ha forskjellige og ofte motstridende forventninger til rollen. På den

andre siden kan motstridende forståelser skape konflikter mellom roller, hvor det vanskelig lar seg gjøre å kombinere forløpskoordinatorrollen med den allerede eksisterende behandlerrollen (Johannessen et al., 2018, s. 227-231). Dette kan skape vanskeligheter med å innføre en forløpskoordineringsrolle, eller det kan gjøre at rollen ikke prioriteres i implementeringen av pakkeforløpet. Det kan også være behandlerne ikke opplever at de er i stand til å praktisere rollen som forløpskoordinator, dersom dette kommer i konflikt til rollen som behandler. Innføringen av pakkeforløpsrollen synliggjør også rolleforskjeller mellom allerede etablerte roller: mellom Helse- og omsorgsdepartementet og direktoratet, og hvordan etablerte roller utfordres (behandler- og lederrollen).

Forvirringen rundt forløpskoordinatorrollen og omtalen av pakkeforløp som en utviklingsprosess synliggjør et paradoks tilknyttet forståelsen av implementeringsprosessen: på den ene siden gis det uttrykk for at reformens innhold må konkretiseres lokalt, og at det er stor frihet til det - på den andre siden er det også sterke føringer og rammer for hva reformen skal inneholde. Til tross for at Helsedirektoratet gir uttrykk for at det er opp til den lokale virksomheten å definere hva den enkelte forløpskoordinator skal gjøre, fremkommer det ikke tydelig at en slik nedenfra-og-opp-tilnærming til implementeringen av denne rollen er tiltenkt. Gjennom sitater fra informanter på meso og mikronivå belyses det at de har forstått prosessen mer i tråd med en ovenfra-ned tilnærming til prosessen. Selv om Helsedirektoratet har gitt uttrykk for at de ønsker at implementeringen også skal skje gjennom en kontinuerlig utviklingsprosess, ser det ikke ut til at nivåene under har forstått det som at dette betyr at de aktivt skal være med å tolke betydningen av dette inn i egen praksis - og det hersker dermed stor usikkerhet rundt hvorvidt løsningene som er valgt på OUS samsvarer med det Helsedirektoratet hadde tenkt.

5.3 Hva er utfordringer i dagens praksis for å nå målene? (U4)

Gjennom våre kvalitative undersøkelser er det identifisert en rekke utfordringer i forbindelse med arbeidet med å oppnå de overordnede målene for pakkeforløpene. De fem målene er økt brukermedvirkning og brukertilfredshet, sammenhengende og koordinerte pakkeforløp, unngå unødig ventetid for utredning, behandling og oppfølging, likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor samt bedre ivaretagelse av somatisk helse og

levevaner. Disse utfordringene ble siden kategorisert etter underliggende fellestrekk og presenteres i det følgende. Vi tar for oss tekniske utfordringer, brukermedvirkning, ressursbruk, kommunikasjon og holdningsendring som hovedkategorier.

De ulike utfordringene nedenfor representerer ulike aspekter ved implementeringsprosessen; mens enkelte kan sees som klassiske utfordringer i implementeringsarbeid, er andre mer spesifikke for OUS' situasjon. I tillegg nevnes en utfordring som synes å ha eksistert før introduksjonen av pakkeforløpene, men som påvirker implementeringsprosessen. For å illustrere dette ytterligere vil utfordringene i tillegg bli presentert i lys av teorien nevnt i *kapittel 3*.

5.3.1 Tekniske utfordringer

Vi har i våre analyser sett at det i stor grad er enighet om at de fem overordnede målene for pakkeforløpene både er gode, viktige og realistiske. Til tross for dette er det tekniske elementer av implementeringen som ikke støtter oppunder effektiv implementering for å nå disse målene. En behandler påpeker at: *“de målene med pakkeforløp som er satt opp, de er veldig realistiske, men verktøy og systemer er ikke helt på plass for å på en måte gjennomføre helt optimalt, alt”*. Det er rimelig å anta at det her er snakk om mangelfulle elektroniske systemer og verktøy for koding og tilbakemelding av pakkeforløp, noe som har ført til at det er vanskelig å hente ut de gevinstene som er forventet av pakkeforløpene så tidlig som det var tiltenkt.

Koding blir av flere trukket frem som en utfordring, da enkelte elementer ikke fungerer helt optimalt. Det fremkommer en overordnet enighet blant informantene om at overgangen til DIPS-arena er positivt, men flere forteller om en frustrasjon rundt mangel på tilbakemeldingsverktøy. En implementeringsansvarlig påpeker at dette har ført til usikkerhet knyttet til hvorvidt de koder riktig eller ikke:

“Vi var jo lovet at vi skulle få månedlige tilbakemeldinger på i hvilken grad vi opprettholder disse forløpstidene og hvordan ... og hvordan vi koder, om vi koder riktig og sånt. Men fordi at de tilbakemeldingsverktøyene ikke er utviklet av DIPS som er leverandøren av vårt journalsystem, [...] så har vi ikke fått noen tilbakemeldinger til nå, og det er veldig bekymringsfullt. For det begynner å bli tusenvis av koder”.

Det ser ut til at flere av informantene opplever mangel på tilbakemeldingsverktøy som frustrerende, og at det er viktig å få dette på plass så fort som mulig. I tillegg er det mye som må gjøres manuelt, noe som også varierer fra enhet til enhet. Dette fører igjen til flere feil og at arbeidet tar lengre tid enn det burde. Informanten sier videre:

“Hvis det kommer en bokstav feil, så skjønner ikke datamaskinen hva dette betyr. Og da får vi lange filer tilbake med feil, og så må vi bruke masse tid på å gå opp inn i journalene og rette feilene. Og det tar masse tid som kunne vært brukt til noe annet og bedre”.

Videre fortelles det at mangelen på fungerende systemer har ført til utfordringer knyttet til merarbeid og forsinkelser, noe som har gjort det vanskelig å følge forløpet. En leder påpeker at det pr. dags dato brukes både DIPS-classic og DIPS-arena om hverandre, noe som gjør arbeidet mer krevende:

“Hvis sånne ting var litt på plass, så tror jeg vi hadde hatt mer goodwill, for da kan folk se at ‘det kan være nyttig for meg også’. Men sånn som det er nå, så tenker man litt at det er dobbel bokføring, du må ut og inn av DIPS classic og arena, kan ikke være der samtidig... de skjønner ikke hvordan de skal få tak i informasjon i classic når du er i arena. Det blir veldig sånn... ja, tungvint da”.

Det er på den ene siden enighet i at innføringen av DIPS-arena vil forbedre prosessene, og de fleste mener dette er et mer brukervennlig verktøy enn classic. På den andre siden er det flere som nevner at det er utfordrende at systemet og tilbakemeldingsverktøyet ikke er på plass, da dette har ført til manglende oversikt og en del dobbeltarbeid for behandlerne. En konsekvens av manglende tilbakemeldingsverktøy er at det blir vanskeligere å ta lærdom av prosessen, og at dette igjen kan føre til upålitelige resultater. Færre koder og mindre detaljert rapportering trekkes frem som et ønske for å få til mer effektive kodingsprosesser. I tillegg til dette forteller en leder at det ikke brukes samme system som i bydel/fastlege og at: *“pakkeforløpene starter jo egentlig ute hos fastlegene, ehm, men det er ingenting som kodes før de kommer til oss. Vi får liksom ikke noe statistikk på hva som skjer der ute”*. Dette viser utfordringene ved at det er ulike systemer hos primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

En annen utfordring er knyttet til koding av frister, og innebærer at behandlerne ikke får kodet grunnen til at en frist ikke er nådd - noe som igjen kan gå utover et likeverdig tilbud for

pasienter av ulike grunner. Det trekkes her frem at det i større grad bør kunne være mulig å kode hvorfor fristen ikke oppnås, dersom det er andre enn behandleren selv som står ansvarlig for det. Dette underbygges av en informant på mikronivå:

“Men det er jo så interessant å dukke inn på ‘hvorfor oppnår ikke X fristen sin?’. Ja, men det er jo fordi pasientgruppen ikke sant, pasienten møtte ikke. ‘Hvorfor oppnådde de ikke det i Alta eller i Kirkenes’. ‘Åja, fordi at legen var ikke på jobb - legen var sykemeldt, og så har de den egentlig bare annenhver dag’. Ikke sant, da vil det synliggjøre at det ikke er et likeverdig tilbud. Så derfor er jeg så opptatt av at det skal kodes i større grad hvorfor vi ikke oppnår fristen”.

Informanten forteller videre at dersom en frist ikke overholdes, så kodes det som feil uansett hvem ansvaret ligger hos. Det kan dermed oppleves som et nederlag at fristene ikke oppnås når de registreres som overordnede “brudd”, da dette kan feiltolkes som at man ikke gjør jobben sin. Dersom man får en mer spesifikk tilbakemelding på hvorfor fristen ikke oppnås, vil det kunne gjøre det enklere å jobbe med i ettertid, og dermed forbedre tjenestene ytterligere. *“Så det skulle vært enda mer tydelig når feilen ligger hos behandler, og når den ligger hos pasienten. Hvem som egentlig fører til at fristene ikke overholdes”.*

Flere informanter trekker også frem utfordringer knyttet til for korte tidsfrister for pasientens evaluering av behandlingen, og manglende tilbakemeldingsverktøy for dette. En behandler påpeker dette: *“Okei du får tilbud her, og uken etter så skal du vurdere ‘Hva synes du om den behandlingen du har fått?’ Og det henger liksom ikke på greip”.* En annen behandler forteller at det er dialog og at man hører pasientens ønsker, men at ikke feedbackverktøyene er tilpasset optimalt for å kartlegge kvaliteten på behandlingen: *“Men de verktøyene er sånn man må se på, hva er de tilpasset til?”* Sitatene viser at feedbackverktøyene for å evaluere behandling ikke er godt nok tilpasset for å gi nødvendig informasjon, og at dette fører til at man ikke lærer av det og dermed ikke får bedret kvaliteten. Hargie (2006) mener at tilbakemelding er essensielt når det kommer til ferdighetsutvikling, og det kan dermed tenkes at fravær av tilbakemeldinger kan føre til stagnasjon. Til tross for dette ser det ut til å være mye fokus på pasienten og dens opplevelse av behandlingen, og at dette er et viktig fokus fremover med pakkeforløpene. Dette påpekes av en informant på mikronivå: *“Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet. Det tror jeg blir i større grad på en måte kanskje fokusert på gjennom at pakkeforløpet anbefaler sånn evalueringsverktøy”.*

5.3.2 Kommunikasjonsutfordringer

Balansegangen mellom mengde informasjon synes å være utfordrende på flere nivåer. Det er tydelig at hyppige oppdateringer om pakkeforløpene fra Helsedirektoratet har skapt forvirring, og at det har vært et ønske om mindre informasjon fra makronivå:

“Direktoratet endrer jo på veilederne sånn plutselig, uten å gi beskjed... Det er jo et problem. Så vi håper nå at direktoratet, selv om de får en del tilbakemeldinger på ting som fortsatt ikke er på plass, og som ikke har blitt skrevet godt nok, at de drøyer å oppdatere, fordi nå begynner folk å bli lei ute i klinikken av informasjon om pakkeforløp”.

Direktoratet påpeker at dette er deres intensjon: *“Så vi prøver å legge opp en plan, og kanskje gjøre det en gang i halvåret, sånn at det blir litt sånn forutsigbart for tjenestene også”.*

Samtidig har det vært et ønske om klarere retningslinjer omkring forløpskoordinatorrollen. Dette omtales i punkt 5.2.3 (*forståelse av forløpskoordinatorrollen*). En informant påpeker også hvordan en klarere ansvarsfordeling for å lede pakkeforløpene er nødvendig, slik at kommunikasjonen også flyter på tvers av fagdimensjonene på sykehuset:

“At lederne, eller - ja, veldig ofte er jo sykehus organisert i siloer i forhold til fag, i fagdimensjoner. Og pakkeforløpene går jo til en viss grad på tvers av de fagsiloene, og da må man også ha en ledelse som har ansvar for de pakkeforløpene når de går på tvers, og ikke bare på en måte i siloen. Ikke bare ansvar for den lille delen av forløpet som er innenfor din silo, men du, hvis det er noen som faktisk går på tvers, så har du ansvar for hele”.

For å få en bedre kommunikasjonsflyt, etterspør informanten en endret lederrolle, som i enkelte tilfeller kan utfordre etablerte ansvarsfordelinger. For at implementeringen av pakkeforløpet skal kunne bli vellykket, kreves det i større grad bedre kommunikasjonsflyt på tvers av “siloene”. Det oppfordres derfor til en lederrolle som ikke bare fokuserer på sin “silo”, men som også på tvers.

I et forsøk på å spre informasjon på tvers av “siloene” viser en informant fra ledelsen til flere tiltak som er blitt gjort for å sørge for oppdatert informasjon og god kommunikasjonsflyt innad på OUS:

“[...] det er lagt til rette for e-læringskurs og filmer... Også har vi i ledermøter hos oss fast på agendaen, erfaringer fra de siste to ukene, i annethvert møte. Og vi bruker det som tema i driftsoppfølgingen med hver enkelt seksjon... også får vi håpe at det trøkket som er på det fra alle

vinkler gjør at vi når frem til de alle fleste medarbeiderne våre, da. Og vi vet at dette med kommunikasjon og informasjon ut, er jo vanskelig i en klinisk hverdag”.

Som informanten over viser til, har det vært et fokus på å spre informasjon på tvers av avdelinger og enheter, slik at ledelsen kan videreføre dette til deres medarbeidere. Det er viktig å påpeke at ulik forståelse ikke er problematisk i seg selv, men at dette blir problematisk når det ikke er mulighet for dialog mellom nivåene, slik Reay et al (2013) påpeker viktigheten av. Kommunikasjon trekkes frem som sentralt for å sikre en grunnleggende forståelse på mikronivå (kliniske behandlere). Selv om informasjonsflyt på tvers fremheves her, argumenterer Reay et al. også for nødvendigheten av kommunikasjon og oversettelse fra ledere og ned til mikronivået (behandlere) slik at de kan skape egen og en felles forståelse av implementeringen, og hvordan pakkeforløpet påvirker og endrer deres rolle. Uten tilstrekkelig informasjon, kommunikasjon og oversettelse fra mesonivået, kan meningsskaping og oversettelsen til praksis bli utfordret.

En annen kommunikasjonsutfordring er Helsedirektoratets beskrivelse av, intensjoner og forventninger knyttet til forløpskoordinatorrollen. Som vist til over (5.2.3), ønsket Helsedirektoratet at forløpskoordinatorrollen skulle tilpasses lokalt, ettersom avdelinger ofte er veldig forskjellige. Til tross for dette påpeker flere informanter fra meso- og mikronivå et ønske om en klarere kommunikasjon rundt rollen, slik at de føler seg tryggere på at det de gjør er i overensstemmelse med direktoratets intensjon.

“Jeg synes ikke nødvendigvis at Helsedirektoratet har vært helt tydelig i sin forløpsbeskrivelse, heller. Den måten de legger opp til at hver klinikk, hver avdeling nærmest kan definere selv hva de legger i forløpskoordinatorrollen... og uten at man egentlig vet helt hva som ligger i det begrepet”.

På den ene siden viser kommunikasjonsutfordringen her at det vanskelig lar seg gjøre å implementere forløpskoordinatorrollen lokalt, når de har for lite informasjon å bygge den ut i fra. På den andre siden virker det også å være en uenighet rundt standardisering. Der Helsedirektoratet ønsker lite standardisering og tvang fra deres siden, ønsker meso- og mikronivået mer standardisert forståelse av rollen. Direktoratets begrunnelse for hvorfor de ønsker lokale tilpasningsmuligheter er uansett noe som burde ha vært kommunisert tydeligere nedover, slik at behandlere og andre sentrale aktører i pakkeforløpet føler seg trygge på at de lever opp til forløpskoordinatorrollens intensjoner og forventninger. Basert på *punkt 5.2.1*, ønsker også direktoratet en dialog med meso- og mikronivå når det gjelder

forløpskoordinatorrollen. Et argument for rollens uklare spesifikasjoner, viser til at rollen (og pakkeforløpet generelt) er et “utviklingsprosjekt”. Direktoratet virker å ønske en dialog og kommunikasjon fra implementeringsnivåene, slik at blant annet rollen kan utvikles ut i fra implementeringens erfaringer.

En annen sentral kommunikasjonsutfordring i implementeringen av pakkeforløpet, synes være mellom primærhelsetjenesten² og spesialisthelsetjenesten. Begge er ansvarlige for å følge opp pakkeforløp, men flere informanter fra OUS kommenterer at det ikke virker som om primærhelsetjenesten ser på dette som sin reform:

“De er klart formelt involvert, står omtalt mange steder, og det er også en av hensiktene med pakkeforløpet, å bedre samhandlingen med fastleger og bydel. [...] Men bydelene er nok litt - min oppfatning er at de oppfatter ikke helt dette som sin reform. Det er vår reform hvor de skal være med littegrann da, kanskje. Litt spisset. Men det tror jeg ikke er riktig altså. De skal være med både i begynnelsen, underveis, og ved avslutning”.

En informant påpeker at kommunikasjonsutfordringene kan skyldes primærhelsetjenestens autonomi, som kan ha ført til uklare rapporteringsansvar. Videre understrekes det at med mindre primærhelsetjenesten og kommunene ser en egen nytte med å involvere seg i pakkeforløpet, vil kommunikasjonen vanskelig la seg forbedre. Denne kommunikasjonssvikten skaper også frustrasjon blant de ansatte hos OUS, der de mener at dette står i veien for at pakkeforløpet skal kunne fungere optimalt:

“Vi får ikke kontakt med fastlegene. De vil ikke snakke med oss... ut mot bydel – så er det jo både mangel på tilbud, mangel på samarbeidsrutiner, og ... det som jeg syns er vanskeligst da; at vi ikke har tilgang til å få lov til å informere de som sender oss henvisninger. Slik at vi ikke kan motta den informasjonen vi trenger for å gjøre en vurdering, og må bruke masse tid på avslag... fordi gjennomstrømningen er jo så viktig nå som fristene er kortere. Så må vi skrive dem ut, og da er dem ikke friske”.

Informanten over understreker at kommunikasjonssvikten står i veien for å kunne gi nødvendig behandling til pasientene. Uten kommunikasjon, vanskeliggjøres informasjonsflyten på tvers av disse enhetene. En annen utfordring her er å skape et tillitsforhold mellom enhetene: “spesialist er irritert på fastlegen for å skrive dårlig

² Rapportens datagrunnlag består ikke av informanter fra primærhelsetjenesten.

henvisninger, fastlegen er irritert på spesialist for å avvise henvisningene... Jeg tenker der er det et lite stykke arbeid med å bygge opp en type tillit, da”.

Et moment som er med på å forverre kommunikasjonsflyten mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er mangel på en felles standard for systemene som brukes:

“vi sliter i sør-øst altså, fordi det er så stort og mye forskjellig... Det som også er et problem er jo at det ikke er noe standardisert hva slags type systemer man må bruke. Det er bare hva man må rapportere på. Det hadde faktisk vært enklere hvis direktoratet bestemte at alle sykehus må bruke dette systemet, alle bydeler må bruke dette, og alle fastleger må bruke dette systemet. Da hadde det vært lettere å kunne utvikle noe, tenker jeg”.

Når flere systemer brukes på en gang, skaper dette problemer for kommunikasjon på tvers. Informanten ønsker her at direktoratet skal vedta og tvinge frem et standardisert system. På den andre siden argumenterer Helsedirektoratet for at de ikke har noe mandat til å gi slike retningslinjer. Slike bestemmelser vil måtte fastsettes fra de regionale helseforetakene (RHF):

“Ja, det blir jo litt teknisk, men vi har - de som leverer systemene til sykehusene, de er jo private aktører. Så det er jo RHFene som bestiller fra de, der er ikke vi inne. Så hvor mye de - hva skal jeg si, er på tilbudssiden og [...] tilrettelegger DIPS og disse systemene - for at det skal bli bra, det er nok også ganske avgjørende. Der har vi også litt begrenset mulighet til å påvirke, utover at de kan få lyst til å gjøre seg konkurransedyktig... Ja. Sånn at vi ser at det allerede begynner å bli litt sånn forsinkelser, for at disse systemene ikke har vært på plass, og tjenesten trenger dem for å kunne følge forløpet, ikke sant”.

Oppsummert kan en se at informantene legger vekt på kommunikasjon som et viktig element å arbeide med for å lykkes med pakkeforløp. Konkrete utfordringer som er til hinder for god kommunikasjon er særlig spredning av informasjon på tvers av avdelinger på OUS, samt bedre kommunikasjon med Helsedirektoratet. Dette spesielt når det kommer til en felles kommunikasjonskanal med primær- og spesialisthelsetjeneste. Her synes det også å være en utfordring at reformen involverer begge nivåer, men at det kun er spesialisthelsetjenesten som skal rapportere måltall. Dette viser en systemutfordring ved reformimplementeringen. I tillegg trekkes kommunikasjonen mellom makronivå (Helsedirektoratet) og behandlernivå på OUS, frem. Til tross for mange opplæringskurs og kommunikasjonsarenaer ser det ut til å være behov for flere slike arenaer for å skape tydelighet og forutsigbarhet i kommunikasjonen.

5.3.3 Tekniske- og kommunikasjonsutfordringer i lys av teori

Fixsens et al. (2005) teori om behovet for støttefaktorer i implementeringen kan være med på å muliggjøre endringsprosessene OUS nå gjennomgår. Implementeringen er planlagt fra ledernivå, og dette er med på å legge til rette for en god implementeringsprosess. Den tekniske støtten har imidlertid flere utfordringer. Dette påvirker også OUS sitt interne støttesystem; ved mangel på tilbakemelding er det også utfordrende å sikre veiledning, evaluering og læring på organisasjonsnivå. Organisasjonskulturen virker å være positivt rigget for dette. Både ledere og behandlere trekker frem at de er positive til pakkeforløpenes intensjoner.

Utfordringene knyttet til oppstarten av nye systemer som DIPS Arena, samt justeringen av frister i de ulike pakkeforløpene, synes å være utfordringer som vil kunne justeres underveis og som trenger tid for å optimaliseres gjennom tilbakemelding på dagens praksis. Dette gir utfordringer både for mikro, makro og mesonivå; mikronivå vet ikke hvordan de ligger an på grunn av manglende interne tilbakemeldingssystemer. Mesonivå har ennå ikke fått tilbakemelding på deres operasjonalisering og implementering fra makronivå, og det påpekes også her at kodingen som skal rapporteres rundt årsaken til manglende oppmøte for pasienten ikke er tydelig nok til å vite hvor i reformen det er nødvendig å gjøre endringer. Her er det relevant å ta i betraktning tidspunktet for kartleggingen. Implementeringen av reformen er ennå på et svært tidlig tidspunkt, og det er naturlig at det tar tid før nye praksiser blir en naturlig del av organisasjonens eksisterende praksis (Roland & Westergård, 2015, s. 24). Imidlertid viser dette behovet for bedring i kommunikasjonskanaler både internt og eksternt, som Fixsen et al. (2005) omtaler som kommunikasjonsforbindelser. Viddals teori rundt tilbakemelding understreker viktigheten av dette for en vellykket implementering og læringsprosess (Viddal, 2006, s. 63-115).

Selv om ledelsen har tilgjengeliggjort informasjon om hensikten med pakkeforløp, synes det likevel å være flere informanter på mikronivå som ikke forstår hensikten med innføringen. Dette viser behovet for mikronivå teoretisering, slik Reay et al. (2013) påpeker i sin modell. Denne teoretiseringen innebærer en tolkning av pakkeforløp og den sentrale rollen forløpskoordinator. Tvetydigheten i rollens krav fra makronivå kombinert med frihet til å operasjonalisere lokalt synes å skape forvirring i rolleforståelsen. I løsningen OUS har valgt,

hvor forløpskoordinator også har rollen som behandler, kan det se ut til at dette kan skape rollekonflikt og forvirring rundt hvilke forventninger som skal være styrende (Johannessen et al., 2018, s. 227-229). Å opparbeide en koordinert forståelse av hensikten med, og operasjonaliseringen av pakkeforløp og forløpskoordinatorrollen, synes altså å være utfordringer i innledende fase av reforminnføringen. Her er Reay et al. (2013) sine implementeringstiltak viktige, for å opparbeide en felles forståelse slik at den nye praksisen kan bli en vane. Dette innebærer både at ledelsen klart må kommunisere sin forståelse av hensikten med pakkeforløpene, hvordan de har valgt å operasjonalisere dette på OUS, og at det skapes rom for å bearbeide denne informasjonen i fellesskap. Det synes ut fra dataene å være særlig sistnevnte tiltak som mangler for å institusjonalisere disse endringene.

5.3.4 Utfordringer med brukermedvirkning og kvalitet i behandling

Innføringen av pakkeforløpene omtales både som en samhandlingsreform, logistikkreform og som en kvalitetsreform, hvor formålet er at brukerne skal få en enda bedre helsetjeneste (Helsedirektoratet, 2018a). Balansen synes å være særlig utfordrende mellom brukermedvirkning og kvalitet i behandling.

I vår gjennomgang har flere av utfordringene dreid seg om brukermedvirkning og spesielt hvordan man skal få til kombinasjonen av å la brukeren medvirke, samtidig som behandler (fagperson) har inngående kunnskap og innsikt i behandlingstilbud. . Det synes å være en overordnet enighet om at brukermedvirkning er viktig. På den ene siden nevnes det at: *“Altså få informasjon, kunne være med å ta en del mer valg, ikke bare bli utsatt for behandling, men også være med å ta stilling til behandling, vi vet jo at det er veldig viktig for bedringsprosessen”*. På den andre siden gjenspeiles utfordringene med brukermedvirkning i utsagn som at *“det er ikke bra å kunne velge, hvis du ikke er kompetent til å velge”* og *“hvis de skal velge metode, behandlingsmetode, så er jo ikke de fagpersoner”*. Hvilket nivå av brukermedvirkning som er optimalt, er med andre ord en omfattende avveining for behandleren. Et annet element av dette innebærer også hva som skjer i etterkant *“med de pasientene som sier ‘jeg velger dette’, også går det dårlig. Hva med selvbebreidelsen det skal være... at jeg må bære det at ‘hva hvis jeg hadde valgt den andre’”*. Utfordringen her synes å innebære at det er vanskelig for behandlerrollen å utøve den rette balansen mellom brukermedvirkning og hva som fremdeles må være behandlerens ansvar for å sikre kvalitet i behandlingen. Denne utfordringen endrer også pasientrollen til en posisjon som krever en mer

aktiv rolle i sin egen behandling. Pasientenes nye rolle kan vanskeliggjøre denne balansen, og i større grad skape rollekonflikt mellom pasientrollen og behandlerrollen. For at brukermedvirkning skal kunne føre til en mer gjensidig påvirkning, kreves det nok en større endring i hvilke forventninger og krav som stilles til dem.

En annen utfordring i forbindelse med brukermedvirkning er pårørendearbeid, og hvordan pårørende involveres. En informant fra Helsedirektoratet sier at *“noe av det vi fort glemmer i den første er at det ikke bare handler om brukerne, men også pårørende”*, og omtaler videre at vedkommende ser at *“det glipper litt”* selv om det eksisterer anbefalinger omkring dette. På mikronivå støttes dette opp av utsagn om at *“det er ikke alltid man på en måte har tid til dem, og det er mange ganger at det... ikke nedprioriteres, men det er, hva skal man si... man tror at den andre tar det videre, ikke sant, men om den andre tar det videre er også veldig ukjent”*. Det synliggjøres i vår analyse at pårørendearbeid ikke er alltid er en prioritet for behandleren og at det er en utfordring omkring ansvarsfordeling på dette området.

I tilfeller der det er mange pårørende, eller det er motstridende ønsker fra pasient og pårørende i forbindelse med behandling, synliggjøres flere utfordringer omkring brukermedvirkning. Dette omtales som spesielt utfordrende i behandling av barn der det er aktuelt at det er *“foreldre og barn, som kan ha forskjellige tanker om hva som er – hva de ønsker å medvirke til. De kan ha motstridende ønsker, så da kan den ene føle at de får det, men den andre ikke”*.

Videre er det også en utfordring å nå fristene som er satt av pakkeforløpene og samtidig oppnå god kvalitet på behandlingen. Det nevnes spesielt på mikronivå at innholdet i arbeidet er likt og at *“..vi fortsetter samme praksis som før, bare at vi skal kode - og vi har strengere frister. Og det er jo på en måte ikke så veldig positivt i en allerede litt sånn presset klinisk hverdag da”*, og at *“selve det kliniske arbeidet har ikke forandret seg annet enn at vi får mye frister. Fristene er kortere”*. Det nevnes også at *“de største konsekvensene, eller det vi merker mest er jo det at ting skal skje på mye kortere tid. Som er det som stresser behandlerne og folk mest, og gjør at folk blir litt sånn... ja... fortvilet”*.

Praksis oppfattes med andre ord likt som før, men innføringen av pakkeforløpene fører til noe ekstraarbeid, samt krav om kortere frister som skal nås. Fristene oppleves som vanskelige å nå

med kapasiteten man har for øyeblikket, og at dersom man blir for opptatt av å nå fristene kan det gå utover kvaliteten på utredningen. Under *punkt 5.2.1, behandlers forståelse av pakkeforløp*, beskrives en underliggende redsel for at tidsfrister tar opp fokus på bekostning av pasienten. Likevel presiseres det at “[...] vi heller kommer til å ikke nå fristen, enn å gå på akkord med fagligheten”. Et element som er tatt opp er hvordan behandleren håndterer det å ikke nå fristene, og at “man må også tenke sånn at ok... ‘ok da, så klarte jeg ikke den fristen da, men pasienten var jo faktisk fornøyd for det’”. Så langt synes det altså ikke som om kvalitet i alle ledd og oppnåelse av frister alltid går hånd i hånd, og der de står i motsetning til hverandre vil fokuset fremdeles ligge på å oppnå kvalitet i behandlingen.

Til tross for utfordringene assosiert med å nå frister, omtales disse også positivt i form av at det skaper en bevissthet. Det trekkes det frem på samtlige nivåer at det skaper en bevissthet ovenfor hva som må gjøres. Dette omtales som en stor del av implementeringen av pakkeforløpene, og nevnes å ha sammenheng med mer likeverdig tilbud til pasienter og pårørende, mer sammenhengende og koordinerte pasientforløp, unngå unødvendig ventetid, samt et fokus på brukermedvirkning, som i sin tur er elementer som bidrar til å heve kvaliteten og dermed også øke brukertilfredsheten.

I forbindelse med brukermedvirkning omtales det på makronivå at “økt brukermedvirkning krever holdningsendring” og at “man må tenke annerledes”. Dette viser at introduksjonen av pakkeforløpene fremtvinger en holdnings og kulturendring rundt involvering av bruker i egen behandling, gjennom å blant annet ha bestemte frister og evalueringspunkter.. Dette synes å være en bekreftelse på at det er behov for mikronivå å teoretisere rundt årsaken til denne involveringen, samt utvikle en optimal praksis innenfor gjeldende rammer. Les mer om utfordringer tilknyttet kultur- og holdningsendringer under *punkt 5.3.6*.

5.3.5 Brukermedvirkning og kvalitet av behandling i lys av teori

Fokuset på brukermedvirkning synliggjør et krysspress for den profesjonelle skjønnsutøvelsen behandlerne står ovenfor. I utgangspunktet pålegges de stor beslutningsmyndighet i kraft av sin profesjon, samtidig som de begrenses av sin rolle som profesjonelle bakkebyråkrater (Lipsky, 1980). I tillegg utfordres denne skjønnsutøvelsen nå også av pasientens egne stemmer som premissgiver i behandlingen. Aspektet rundt brukermedvirkning belyser godt hvordan innføringen av pakkeforløpene ikke bare er en reform som endrer logistikk, men som

også stiller krav til en *kultur- og holdningsendring*, slik også en av informantene påpeker. Fokuset på brukervedvirkning med pakkeforløpene vil altså kunne tvinge frem en kultur- og holdningsendring som kan endre noe på rollene i behandlingssituasjonen.

Utfordringene som er belyst i forbindelse med brukervedvirkning kan, basert på Johannessen et al. (2018), synes å gjenspeile en intrarollekonflikt utløst av et økt fokus på brukervedvirkning for behandleren. Å la pasienten i større grad bestemme selv og å ta hensyn til pårørende, samt sørge for forsvarlig og effektiv behandling kan for behandleren i noen tilfeller oppleves som motsetninger. En intrarollekonflikt er også å se i motsetningen mellom det å oppnå de satte fristene, og å gi utredning og behandling som opprettholder god kvalitet. Det er synlig i vårt datamateriale at denne konflikten eksisterer, men det er mindre synlig hva som gjøres for å nøste opp i utfordringene assosiert med slike rollekonflikter.

5.3.6 Kultur- og holdningsutfordringer

Våre data peker til holdningsutfordringer som må ses i sammenheng med utfordringene knyttet til verktøy og systemer som ikke er tilpasset sitt formål, utfordringer med brukervedvirkning, mangel på ressurser og kommunikasjonsutfordringer.

Holdningsutfordringene må ses i lys av at pakkeforløpene bidrar til å skape en ny struktur og en ny måte å jobbe på. En informant på ledernivå nevner at: *“vi har gjort masse for å jobbe både med struktur og holdninger, altså alt nytt er jo litt truende og vanskelig, så det har skjedd masse på disse månedene hvor vi har jobbet med planleggingen”*. Til tross for de tiltakene som er gjort hittil, forteller en behandler at:

“[...] det er noen på teamet som sa de skjønner ikke hensikten og formålet. Ikke sant, og da skjønner jeg at motstanden for å skulle gjøre noe blir høy. [...] Holdning, eller hva skal jeg si, motivasjon for endring, henger jo mye sammen med hvilken forståelse du har av hvorfor du skal endre på noe”.

Sitatet viser at det fremdeles er ansatte ved OUS som må overbevises om hensikten med introduksjonen av pakkeforløpene, noe som kan leses mer om under *punkt 5.2.1* og behandlerens forståelse av pakkeforløp. Dette er et viktig moment i Reay et al. (2013) sin teori hvor det påpekes at det er svært viktig at det foreligger en felles mening rundt etableringen av ny praksis for at implementeringen skal lykkes. Dette kommer også frem på makronivå hvor det sies at *“økt brukervedvirkning krever holdningsendring”* og *“det krever endring av holdninger, litt sånn kultur”*. Leders endringsstrategi, og de ansattes mottakelse av

endringsprosesser kan ses på som deler av kulturen i en bedrift, noe som kan ha betydning for endringsprosesser (Henriksen, 2018, s. 23). Pakkeforløpene ser altså også ut til å kreve en reformering av kultur og holdninger.

Videre ser det ut til at arbeidet med å tilpasse seg pakkeforløpenes struktur er krevende, og at det tar lenger tid enn forventet. Dette gjenspeiles blant annet hos informanter på mesonivå der det sies at *“det som kjennetegner det til nå er at det er veldig langsomme prosesser. Fra et vedtak er gjort og til det er fullt gjennomført i klinikken og i sykehuset, det tar lang tid. Sånn at det jeg frykter er at dette kommer til å ta mye mer tid enn vi ser for oss i dag”*.

Også på makronivå påpekes det at vi må *“gi det tid til å virke”*. Det kan tolkes som at ledelsen anerkjenner at man ikke vil kunne se store effekter i starten, men at dette ikke i stor nok grad har blitt kommunisert direkte til behandlerne på mikronivå - da tidsaspektet ikke har blitt nevnt på dette nivået. For å skape realistiske forventninger kan et grep fra ledelsens side være å kommunisere dette klart til førstelinjen.

Det er tydelig at flere utfordringer ved implementeringen av pakkeforløp i OUS fordrer en holdnings- og kulturendring samt en felles forståelse om at slike reformer tar tid. Til tross for ulike utfordringer, foreligger det i stor grad enighet rundt at pakkeforløpene vil fungere på sikt. Dette oppsummeres i følgende sitat av en informant på mesonivå: *“får vi på plass nødvendige beredskaper for koding og vi samtidig klarer å fortsette å bygge stein på stein med kvalitet, så tenker jeg at da ser du en endring på pasienttilfredshet og en større likhet, da, på tvers av både privat og offentlig og ulike landsdeler og sammenhenger”*.

5.3.7 Kultur- og holdningsendringer i lys av teori

Det er tydelig at pakkeforløp ikke bare er en reform som endrer logistikk, men som også stiller krav til en *kulturendring*. Dette kommer blant annet til syne gjennom fokuset på brukermedvirkning som krever en endring i rollene mellom pasient og behandler. En slik endring i rutiner og prosedyrer legger ifølge Bang (2011) også til rette for at kulturendring kan skje, men det er ikke alene avgjørende. Igjen er rom for teoretisering på mikronivå sentralt, slik Reay et al. sin teori (2013) påpeker. Dersom ikke gevinsten av den nye måten å jobbe på og tilleggsarbeidet som pakkeforløpene medfører gir mening hos aktører på alle nivå, herunder spesielt på mikronivå, vil det være krevende å få til en holdningsendring hos de

nevnte aktører. Et viktig moment vil derfor være at ledelsen anerkjenner og legger til rette for at slike prosesser skjer, som igjen illustrerer betydningen av mesonivå slik Reay et al. (2013) påpeker. Her er det relevant å ta i betraktning at implementeringen av reformen ennå er på et tidlig tidspunkt, og det er naturlig at det tar tid før nye praksiser blir en naturlig del av organisasjonens eksisterende praksis. (Roland & Westergård, 2015, s. 24).

5.3.8 Ressursutfordringer

Temaet “ressurser” refererer til de midlene som ofte gis for å gjennomføre implementeringen. Ressurser kan her vise til økonomiske midler, men også ressurser i form av tid for å etablere rutiner og arbeidskraft. Når det gjelder implementeringen av pakkeforløpet for psykisk helse og rus, reflekterer dataene ofte en frustrasjon overfor mangel på ressurser, noe som må ses i sammenheng med at pakkeforløpsreformen kom med lite ekstra midler. Som en leder understreker, fikk de ikke de økonomiske midlene de hadde søkt om for implementeringen av pakkeforløpet:

“Vi søkte vel om... jeg husker ikke nøyaktig tallet, men kanskje 10 millioner, også fikk vi 3 millioner. Også fordelte vi de 3 millionene utover, men så fikk [Navn]³ 1 million av de 3 [...]. Og da er det 2 millioner som skal fordeles på 7 kliniske avdelinger og det er ikke veldig mye”.

Ressursmangler er et ofte omtalt tema i dataene på alle de tre nivåene, der mangelen byr på en rekke utfordringer, samt tilpasninger i forsøk på å gjøre det beste ut av det man har. Som en leder sa: “vi får ikke mer ressurser, så vi må jobbe smartere”. Når ressursene er mangelfulle, må de distribueres ikke bare smart, men smartere enn før. De må finne egne løsninger på hvordan pakkeforløpet skal implementeres. Denne forståelsen stemmer godt overens med hvordan pakkeforløpet var intendert fra Helsedirektoratet (*punkt 5.2.1*), der ressursmangler begrenser grad av standardisering og krever mer lokale løsninger. Et eksempel her er forløpskoordinatorrollen som det ikke ble gitt mer ressurser til, og som var ment å skulle løses lokalt. Slike lokale løsninger viser hvordan ressurser i stor grad er med på å forme implementeringen av pakkeforløpene og den praktiske utførelsen. Dette er noe som kan påvirke i hvilken grad hovedmålene i pakkeforløpene blir oppnådd eller ikke.

Mangel på ressurser gjelder ikke bare økonomiske midler. En leder forteller at utfordringene

³ Personen er anonymisert

rundt ressurstilgangen også ligger i *“at vi ikke har nok folk. Rett og slett. [...] Og vi kommer ikke til å få flere folk... Ikke får vi penger til det, og ikke finnes de heller... Jeg har ledig overlegestillinger... Jeg får null søkere... Vi må innfinne oss i at det er oss som skal gjøre endringer”*. Dette impliserer at det må gjøres endringer i dagens praksis. Med manglende arbeidskraft, går mange av de nye arbeidsoppgavene over til de allerede eksisterende ansatte, der en implementeringsansvarlig informant uttrykker bekymring om merarbeid for behandlerne og prioritering av ressurser: *“Direktoratet krever mer og mer av de ansatte, men vi får mindre og mindre ressurser [...] det er et problem at man må bruke penger på leger og psykologer, så velger man bort kontorfolk... Behandlerne må gjøre mye mer selv, og det er idiotisk bruk av ressurser”*.

En utvidelse av dette argumentet understrekes av en informant fra mesonivå som uttrykker frustrasjon ovenfor å måtte ta ansatte bort i fra de kliniske oppgavene, for å hjelpe til med implementeringen: *“da må jeg for eksempel få mine ledere til å gi fra seg kliniske oppgaver, fordi jeg trenger endringsagenter. Det er de som skal bistå de andre, men hvis de selv er overlesset med kliniske oppgaver for å dekke opp, så har jeg ingen å jobbe med”*.

Ressursmangler medfører at arbeidsoppgaver blir fordelt annerledes, og slik må ledelsen prioritere hvem som skal gjøre visse oppgaver. Dette kan igjen være med på at mer arbeidsoppgaver overføres til behandlere.

Tid er en annen manglende ressurs som fremheves. Denne utfordringen henger ofte sammen med mangel på arbeidskraft, som gjør det utfordrende å nå relevante frister. En informant på mesonivå understreker at: *“fristene hadde vært helt strålende de, hvis det hadde vært nok folk. Da hadde det vært effektivt. [...] Men grunnet at det tar lang tid, [...] at vi ikke når fristene, er jo at folk har for mange saker parallelt på en gang”*. Tid blir her en mangelfull ressurs når avdelingene på den ene siden ikke har nok arbeidskraft og på den andre får nye og ofte kortere tidsfrister å forholde seg til. Introduksjonen av pakkeforløpene har også medført et nytt moment som må vektlegges i prioritering av tid, som ifølge en behandler kan gå ut over tid med pasientene: *“Det er jo litt mer jobb da, når man må sitte og registrere alt man gjør. Så det blir jo mer registrering og mindre tid til pasienter, da. Så det er jo en ulempe synes jeg, da. At, altså, da burde man kanskje fått noe mer tid og, da. Når ting tar mer tid”*.

I tillegg kan ressursmangler ifølge en implementeringsansvarlig føre til mindre ressurser i

fremtiden. Med for lite administrativt personell, understreker informanten at da: *“blir det dårligere kvalitet på rapporteringen. Og da hvis vi rapporterer feil, eller for lavt, så får vi mindre penger, også blir det en sånn ond spiral da, av det hele”*. Med en slik “ond spiral” frykter informanten her at problemer som oppstår på grunn av manglende ressurser vil føre med seg færre ressurser i fremtiden. Dette kan igjen skape flere utfordringer og enda færre ressurser.

5.3.9 Ressursutfordringer i lys av teori

Ressursmangler kan medføre både oppstartsproblemer og vedvarende problemer i en implementeringsprosess. Mange av informantene understreker et ønske om flere tilgjengelige ressurser, noe som kunne medført at OUS hadde valgt å forankre forløpskoordinatorrollen annerledes. Ressurskapasitet har ikke kun vært et problem som har oppstått i forbindelse med innføringen av pakkeforløp, men har definitivt ikke blitt mindre presset av innføringen. Konsekvensen av slik ressursmangel er at pakkeforløpet kan måtte bli praktisert på en annen måte enn først tiltenkt. Fixsen et al. (2005) nevner kompetanse som en viktig implementeringsdriver for en vellykket implementering. En mangel på ressurser vil naturligvis påvirke hvilken grad av kompetanse en har tilgang til, eksempelvis nok ansatte. Få ressurser kan medføre at de eksisterende ansatte blir ytterligere presset, slik for eksempel behandlerne på OUS har fått forløpskoordinering som oppgave etter innføringen av pakkeforløpene. Evaluering av praktiseringen blir derfor viktig, slik at det kan gjøres en overordnet vurdering av hensiktsmessig ressursbruk i praktiseringen av pakkeforløp.

Vedvarende problemer i en implementeringsprosess kan sees i lys av Lipskys (1980) teori om bakkebyråkrater. De har gjerne en arbeidsdag preget av store arbeidsmengder, samtidig som de ofte besitter få tilgjengelige ressurser og motstridende og konfliktfylte mål. Dette kan synes å være en utfordring for behandlerne som også har fått rollen som forløpskoordinator. Lipsky påpeker at en utfordring ved reforminnføring kan være i de tilfeller reformen ikke er tilpasset bakkebyråkratenes hverdag og mangel på ressurser fører til kompromiss for å få ting gjort på mikronivå. Dette synes å kunne skape en situasjon hvor “ingen blir fornøyd”; mens bakkebyråkratene, behandlerne, forsøker å tilpasse reformtiltakene etter beste evne til sin hverdag, ender de opp med en praksis som hverken makronivå eller mikronivå er fornøyd med. Her er Reay et al. (2013) implementeringsteori relevant; viktigheten av en sterk kobling

mellom de ulike nivåene, av bakkebyråkrater og overordnede blir her viktig, for å sørge for en optimal løsning av utfordringene med de rammebetingelsene som er gitt.

5.3.10 En utfordring for reforminnføringen

Underveis i analysen av dataene våre kom vi frem til en stor utfordring som synes å falle utenfor vår oppgave. Denne utfordringen omhandler samarbeidsrelasjonen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, hvor deres mangel på koordinerte og samarbeidende tjenester fremgår som en mer overordnet systemutfordring. Dette påvirker også pakkeforløpene: ved at ikke primærhelsetjenesten må rapportere tall på samme måte som spesialisthelsetjenesten i forbindelse med pakkeforløp, er det derav også mulig en føler mindre eierskap til prosjektet. Dette synes å være en utfordring direktorat og departement må løse dersom reformen skal oppleves som et felles prosjekt for helsetjenestene.

5.4 Styrker og svakheter

De kritiske suksessfaktorene for implementering fra Helsedirektoratet (2018a) som tidligere er nevnt i kapittel 5.1.1 kan sammenholdes med funnene fra dataene som er samlet inn. Dette synliggjør styrker og svakheter ved dagens praksis:



Illustrasjon: SWOT-analysen viser en oppsummering i stikkordsform av styrker og svakheter ved dagens forståelse av pakkeforløp på OUS.

I illustrasjonen oppsummeres suksessfaktorene for innføring av pakkeforløp fra Helsedirektoratet, og karakteriseres som “muligheter” eller “styrker” ut fra i hvilken grad disse er ivaretatt eller ikke gjennom nåværende praksis. “Kartlegging og oppfølging av somatisk helse og samhandling” og “samarbeid mellom tjenestene” er satt opp som mulige interne trusler da det er uklart i hvilken grad disse to kan følges opp på en god måte gjennom dagens praksis.

6. Avsluttende oppsummering

I dette kapittelet oppsummeres rapporten funn og hovedargumenter. Det drøftes også hva disse funnene betyr i et avsluttende kapittel.

6.1 Oppsummering av forståelse av pakkeforløpet og forløpskoordinatorrollen

I det følgende presenteres en oppsummering av forståelsen av pakkeforløpet og forløpskoordinatorrollen mellom de ulike nivåene, samt i dokumenter fra Helsedirektoratet og OUS.

- **Beskrivelsen av forløpskoordinators oppgaver er de samme** både fra Helsedirektoratets dokumenter og interne dokumenter på OUS. *Se punkt 5.1.1 og 5.1.2.*
- **Helsedirektoratet omtaler implementeringsprosessen som et utviklingsprosjekt.** På den ene siden gis det uttrykk for at reformens innhold må konkretiseres lokalt - på den andre siden er det også sterke føringer og rammer for hva reformen skal inneholde. *Se punkt 5.2.4*
- **Pakkeforløp omtales som både en kvalitetsreform og en logistikkreform.** Men de trenger ikke nødvendigvis å være motsetninger. For at logistikken skal føre til bedret kvalitet synes altså tilbakemelding og tilpasning av frister og koding som essensielt. *Se punkt 5.2.2*
- **Imidlertid er både Helsedirektoratet og ledere på OUS opptatt av viktigheten av at dette ikke “kun blir en målereform”.** Måten lederne på mesonivå uttaler seg på, understreker at de også ser seg selv som et viktig ledd i implementeringen. Dette er positivt, sett i lys av i punktene til Reay et al. om at det må skapes arenaer for å skape dialog og samhandling. Her spiller lederne på OUS en sentral rolle. *Se punkt 5.2.2.*
- **Det er forvirring hos ledere og behandlere på OUS rundt løsningen av forløpskoordinatorrollen.** Denne forvirringen kan føre til flere motstridende rolleforståelser, samt rollekonflikter mellom forløpskoordinatorrollen og allerede etablerte roller (leder-, behandler- og pasient-rollen). Dette synliggjør også et paradoks som resulterer i en usikkerhet om hvorvidt løsningene som er valgt samsvarer med Helsedirektoratets intensjon. *Se punkt 5.2.4*

6.2 Oppsummering av utfordringer

- *Tekniske utfordringer:*
 - **Det mangler tilbakemeldingsverktøy** for kodingen, noe som fører til usikkerhet rundt hvorvidt det kodes riktig eller ikke. *Se punkt 5.3.1*
 - **Det er uklarhet i kodingen**, noe som fører til at man ikke har mulighet til å forklare årsaken til og ansvaret for eventuelle feil. *Se punkt 5.3.1*
 - **Det foreligger for korte tidsfrister** for pasienters evaluering av behandlingen, og manglende tilbakemeldingsverktøy for dette. Fører til mangelfull læring for hvordan de kan forbedre seg. *Se punkt 5.3.1*

- *Kommunikasjonsutfordringer:*
 - **Uklare bestemmelser rundt forløpskoordinatorrollen:** Kommunikasjon med behandlere og ledelse på OUS gir ulik forståelse av forløpskoordinatorrollen. Dette blir problematisk når en ikke får mulighet til dialog og teoretisering. *Se punkt 5.3.2 og 5.3.3*
 - **For å få en bedre kommunikasjonsflyt, etterspørres en endret lederrolle.** For at implementeringen skal kunne bli vellykket kreves det i større grad bedre kommunikasjonsflyt på tvers av “siloene”. *Se punkt 5.3.2*
 - **Uklare bestemmelser rundt valg av rapporteringssystem** gjør kommunikasjonen innad i det regionale helseforetaket utfordrende. *Se punkt 5.3.2*
 - **Kommunikasjon med primærhelsetjeneste** er utfordrende, og mangler en klar kommunikasjonskanal/et kommunikasjonsverktøy. Det påpekes at henvisninger kunne vært en måte å kommunisere mer detaljert på. *Se punkt 5.3.2*
 - **Manglende involvering fra primærhelsetjeneste:** Det påpekes at primærhelsetjenesten ikke er pliktig til å rapportere tall fra pakkeforløp, og at dette kan være med på å forklare at spesialisthelsetjenesten opplever dem som lite involvert i reformen. *Se punkt 5.3.2*

- *Brukermedvirkning og kvalitet i behandling:*
 - **Det er vanskelig å finne den rette balansen** mellom hvor mye ansvar pasienten skal ha i sin egen behandling, og hva som fremdeles må være behandlers ansvar for å sikre kvalitet i behandlingen. *Se punkt 5.3.4*
 - **Pårørendeinvolvering** ser ut til å kunne bli nedprioritert av behandleren - det ser ut til å være en utfordring omkring ansvarsfordeling på dette området. Særlig utfordrende er det når pasienten og pårørende har ulike ønsker. *Se punkt 5.3.4*
 - **Fristene** oppleves som vanskelige å nå med kapasiteten behandlerne har for øyeblikket, og dersom det blir et for stort fokus på å nå fristene kan det gå utover kvaliteten på utredningen. *Se punkt 5.3.4*

- *Kultur- og holdningsendring:*
 - **Holdningsutfordringene må ses i tråd med at pakkeforløpene bidrar til å skape en ny struktur og en ny måte jobbe på.** Arbeidet med å tilpasse seg pakkeforløpenes struktur ser ut til å være krevende og tar lenger tid enn forventet. *Se punkt 5.3.6*
 - **Enkelte informanter forstår ikke hensikten og formålet med pakkeforløpene.** Dersom ikke gevinsten av den nye måten å jobbe på gir mening hos aktører på alle nivå, vil det være krevende å få til en holdningsendring hos de nevnte aktører. *Se punkt 5.3.6*

- *Ressursutfordringer:*
 - **Ressursmangler begrenser grad av standardisering** av pakkeforløpet og skaper lokale løsninger. Dette ved at de ulike avdelingene er nødt til å velge ulike koordineringsløsninger som følge av deres egen tilgang på ressurser. Videre kan dette føre til at pakkeforløpene i praksis ikke fører til likeverdige tilbud. *Se punkt 5.3.8 og 5.3.9.*
 - **Ineffektivitet og problemer med å nå frister** henger gjerne sammen med ressursutfordringer: mangel på økonomiske midler begrenser innhenting av relevant arbeidskraft, som flytter arbeidsoppgaver til uerfarne ansatte. *Se punkt 5.3.8*

- **Tilgang på ressurser kan påvirke implementeringen** og den praktiske utførelsen og derav i hvilken grad hovedmålene i pakkeforløpet er oppnåelige.
Se punkt 5.3.8

6.3 Oppsummering: hva betyr funnene?

I lys av teori belyser dataene i denne oppgaven flere interessante momenter ved innføringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus på OUS:

Funnene fra analysen viser at OUS har påstartet en intern teoretiseringsprosess for å implementere pakkeforløp inn i eksisterende praksis. Intervjuprosessen viser at sykehuset er godt igang med prosessen og har imøtekommet mange viktige tiltak for en god implementering.

Gjennom å se på forståelsen av pakkeforløp og forløpskoordinatorrollen er det belyst at gjennom oversettelsen mellom nivåene har det oppstått usikkerhet i definisjonen av *rollen* som forløpskoordinator. Det er belyst at en av årsakene til dette kan være uklare forventninger knyttet til hvordan implementeringsprosessen skal foregå; selv om Helsedirektoratet ønsker at dette skal være en utviklingsprosess, og OUS har arbeidet etter dette, viser dataene våre at pakkeforløpene som en utviklingsprosess ikke er noe som har blitt kommunisert klart nok nedover i organisasjonen. Det er tydelig at det må skapes rom for at behandlere på mikronivå aktivt kan ta del i teoretisering på mikronivå rundt hvordan dette skal løses i praksis, i tråd med Reay et als modell (2013). Samtidig belyser usikkerheten også viktigheten av at makro- og mesonivå er tydelige på hvordan dette er et essensielt steg i implementeringsprosessen. Dette må kobles opp mot at introduksjonen av pakkeforløpene krever en større grad av kommunikasjonsflyt på tvers av “siloene” dersom implementeringen skal lykkes, og dermed at ledere på mesonivå ikke bare fokuserer på sin egen “silo”.

Selv om det er tydelig fra Helse- og omsorgsdepartementet og direktoratet at et fokus på logistikk, herunder å nå spesifikke frister, er noe som skal bidra til en bedre kvalitet, er ikke dette like tydelig hos enkelte av våre informanter. Dette ved at det ytres en redsel rundt hvorvidt logistikkfokus som pakkeforløpene medfører muligens kan gå på bekostning av kvaliteten - den samme redselen som eksisterer rundt fokuset på økt brukermedvirkning.

Spørsmål omkring hvorvidt pakkeforløpene i psykisk helse og rus kan sies å være “mest” en kvalitet eller logistikkreform er et spørsmål som er for stort for vår oppgave. Dette ettersom det krever en omfattende diskusjon rundt *kvalitet på hvem sine premisser* - pasienter kan eksempelvis vektlegge tid og frister høyere enn behandlingsansvarlig uten at det påvirker den faglige behandlingen som gis. Selv om denne diskusjonen faller utenfor vår oppgave viser analysen vår hvordan pakkeforløpene vil kreve en holdnings- og kulturendring uavhengig av hvem sitt perspektiv man vektlegger i en diskusjon rundt logistikk og kvalitet.

Utfordringene som er belyst av informantene viser hvordan det er både utfordringer knyttet til kultur- og holdningsendring ved innføringen av reformen, og hvordan det er utfordringer i kraft av mangel på støttesystemer som kommunikasjons- og tilbakemeldingskanaler. Det er belyst hvordan pakkeforløpet introduserer en ny rolle (forløpskoordinatorrollen) og hvordan denne rollen samt pakkeforløpet generelt kan utfordre allerede etablerte roller (behandler- og lederrolle) og skape konflikt mellom dem. Aspektet rundt brukermedvirkning belyser godt hvordan innføringen av pakkeforløpene ikke bare er en reform som endrer logistikk, men som også stiller krav til en *kulturendring*, da endring av rutiner og prosedyrer også til en viss grad innebærer endring av normer, verdier og virkelighetsoppfatninger. Utfordringen tilknyttet tilbakemeldingsverktøy ser ut til å være essensiell å løse dersom implementeringen av reformen skal lykkes. Mangel på ressurser er også trukket frem som en særlig utfordring som kan hindre reformen i å fungere optimalt.

For forskningsfeltet påpeker dataene viktigheten av informasjon fra mikronivå for å sikre implementering av slike reformer. En svakhet ved undersøkelsen er at ingen på Distriktpsikiatriske sentre er intervjuet. Utfordringer ansatte på DPS står ovenfor kan skille seg vesentlig fra andre avdelinger på OUS og det er dermed viktig at OUS tar høyde for dette ved eventuell implementering av foreslåtte tiltak.

For samfunnet viser dataene hvordan en slik offentlig reforminnføring i en sektor som styres på flere ulike nivå, slik som primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i helsesektoren, er utfordrende. Skal disse idealene oppnås, er det imidlertid kunnskap om slike implementeringsprosesser og ledelsen av dem som er essensielt.

Litteraturliste

- Bang, H. (2011). *Organisasjonskultur* (utg. 4). Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, T., Lægreid, P., Roness, P.G. & Røvik, K.A. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fixsen, D.L., Naoom, S.F., Blase, K.A., Friedman, R.M. & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, Fl: The National Implementation Research Network University of South Florida.
- Hargie, O. (2006). *The handbook of communication skills* (3. utg.). London: Routledge.
- Helsedirektoratet (2018a). “Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018–2020.” 1. utgave. Hentet 18.1.19 fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1447/Nasjonal%20plan%20for%20implementering%20av%20pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%202018-2020.pdf>
- Helsedirektoratet (2018b). *Bakgrunn og mandat*. Hentet 18.1.19 fra:
<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helseog-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helseog-rus#bakgrunn-og-mandat>
- Helsedirektoratet (2019a). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus*. Hentet 18.1.19 fra:
https://helsedirektoratet.no/Documents/NFR/pakkeforlop%20psykisk%20helse%20og%20rus/Pakkeforlop%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus_Flytskjema.pdf
- Helsedirektoratet (2019b). *Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne*. Hentet 18.1.19 fra:
<https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Psykiske%20lidelser%20-%20pakkeforlop%20voksne.pdf>
- Helsedirektoratet (2019c). *Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge*. Hentet 18.1.19 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge>
- Helsedirektoratet (2019d). *Pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*. Hentet 18.1.19 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb>
- Henriksen, Maria Aune. (2018). *Organisasjonskulturens betydning i endringsprosesser*. Hentet 07.5.19 fra: <https://uia.brage.unit.no/uia->

xmlui/bitstream/handle/11250/2564076/Henriksen,%20Maria%20Aune.pdf?sequence=1&fbclid=IwAR1kghXllivosDqWCsBw3EdOvPFgg4BMU1DVxxnK5uI329Yfj8g2c8sYlu8

Hill, M. & Hupe, P. (2002): *Implementing Public Policy*. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage Publications.

Howlett, M. & Ramesh, M. (2003): *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*. Oxford: Oxford University Press.

Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3.utg). Oslo: Cappelen Damm.

Jacobsen, D. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.

Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5.utg). Oslo: Abstrakt forlag AS.

Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy. The dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation.

Müller-Nilssen, H. (2019). Internt dokument Oslo Universitetssykehus: *Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern voksne*. Dokument-ID: 131602.

Reay, T., Chreim, S., Golden-Biddle, K., Goodrick, E., Williams B. E., Casebeer, A. & Hinings, C. R. (2013). Transforming new ideas into practice: An activity based perspective on Institutionalization of Practices. *Journal Of Management Studies*, 50(6), 963-990.

Roland, P. & Westergård, E. (2015). *Implementering. Å omsette teorier, aktiviteter og strukturer i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Thagaard, T. (2009): *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Viddal, L. M. (2006). *Tilbakemelding som betingelse for organisasjonslæring*. Hovedoppgave i Pedagogikk. Oslo: Universitetet i Oslo.

Alle kilder som er brukt i denne oppgaven er oppgitt

Vedlegg

Vedlegg 1: Prosjektmandat

Vedlegget er det opprinnelige mandatet som vi fikk utlevert den 14.januar. I løpet av februar/overgangen til mars-måned endret mandatet seg noe, samtidig som vi fikk Petter Bugge som vår kontaktperson. Denne endringen av mandatet ble tydelig avklart ved et møte vi hadde med både veileder og kontaktperson den 8. mars. På dette møte ble vi enig om innholdet i den nye hovedproblemstillingen. Endringen i mandatet førte til at vi fokuserte mer på utfordringer ved å nå de fem målsettingene i de generelle pakkeforløpene for psykisk helse og rus enn tidligere antatt. Forløpskoordinatorrollen forble et fokus hos oss, men et noe mindre enn det første mandatet la opp til



Prosjektmandat til Prosjektforum:

Etableringen av pakkeforløp i psykisk helse og rus – om forløpskoordinatorrollen og ledelsesbetingelser

Om Oslo universitetssykehus og Prosjektforum

Oslo universitetssykehus HF (OUS) er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, akuttisykehus for store deler av Oslo-området, regionsykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale oppgaver. OUS har områdefunksjon for en rekke tilbud innenfor TSB, VOP og BUP. Sykehuset er landets største med over 22 000 ansatte og har et budsjett på ca 23 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus HF står for en stor del av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

Visjonen til Oslo universitetssykehus er «Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling.» Vårt felles verdigrunnlag er de nasjonale verdiene for helsetjenesten: Kvalitet, trygghet og respekt. Vår kultur skal være: Åpen, lærende og helhetstenkende.

Oslo universitetssykehus skal:

- Ta utgangspunkt i pasientenes perspektiv

- Ha et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt
- Være et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon
- Være en god samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør

Prosjektforum er en del av masterprogrammet i organisasjon, ledelse og arbeid ved UiO. Masterstudenter løser tverrfaglige prosjekter innen kartlegging, analyse og utvikling.

Studentene på Prosjektforum har kunnskap om mangfoldet innenfor organisasjons- og ledelsesfeltet og kan gjennom dette bidra til å sette nytt lys på aktuelle problemstillinger din organisasjon står overfor. Prosjektforum har et sterkt faglig miljø som støtter opp under prosjektgruppene gjennom undervisning og veiledning. Våre ansatte og prosjektgruppenes veiledere har lang erfaring i å avgrense prosjektoppgaver som gir læringsutbytte for studentene og som har praktisk nytte for oppdragsgivere.

Bakgrunn og formål

Helsedirektoratet har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide og implementere Pakkeforløp for psykisk helse og rus.

Norge har et godt utbygd tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Det er imidlertid flere forbedringspunkter både i oppgavefordeling mellom forvaltningsnivåer og koordinering av tjenester til personer med milde, moderate eller alvorlige psykiske lidelser og personer med rusmiddelproblemer.

Pakkeforløp innebærer å etablere nasjonale, normerende forløp for utredning og behandling av ulike tilstander. Forløpene skal bygge på nasjonale og internasjonale faglige retningslinjer for utredning og behandling der disse finnes.

Målet er og stadig forbedre behandlingstilbudet på fagområdene psykisk helse og rus, redusere uønsket variasjon slik at alle får god og effektiv behandling som mulig (tekst fra Helsedirektoratet).

Denne typen standardiserte pasientforløp var inspirert av en tilsvarende modell innført i Danmark. Modellen tilpasset norske forhold er beskrevet i en rapport fra Helsedirektoratet (rapport IS-2240) utgitt i november 2014, nevnte rapport omhandler pakkeforløp for kreft.

Et sentralt kjennetegn ved pakkeforløpene er standardisering av forløp med definerte tidsfrister for ulike faser i forløpet. Det er ikke foreslått standardisert utredning i de generelle pakkeforløpene for utredning og behandling. Klinikken må ta stilling om det skal utarbeides felles standardiserte basis- og tilleggsutredninger. Det er heller ikke lagt opp til standardisering av behandlingen, nasjonale behandlingsretningslinjer skal følges der slike finnes.

Videre stilles det krav om god informasjon og pasientmedvirkning og innføring av aktivitet klinisk beslutning. For alle forløpene er det etablert en funksjon som forløpskoordinator som skal "lose" pasientene gjennom systemet og være pasientens kontaktpunkt under forløpet.

Begrepet "pakke" henspiller på at en diagnose/tilstand skal utløse en "pakke" med utredning og behandling hvor et mål er å begrense unødvendig ventetid men også sikre mer likeverdig behandling.

De standardiserte forløpene involverer både håndtering hos fastlege og annet kommunalt helse- og omsorgstilbud, DPS, poliklinikker og spesialisert diagnostikk og døgnbehandling ved sykehus. I tillegg til å innbefatte flere nivåer og institusjoner i helsevesenet krever gjennomføringen av disse standardiserte forløpene involvering og koordinering mellom aktiviteter i flere avdelinger i sykehuset og i noen grad andre klinikker.

I 2018 har OUS jobbet med å legge til rette for innføring av pakkeforløp i psykisk helse og rus for tre generelle og tre tilstandsspesifikke pakkeforløp. Pasienter kan henvises til de generelle pakkeforløpene fra 1.1.2019 og til de tilstandsspesifikke fra 15.2.2019.

Implementeringen har hentet erfaring fra innføringen av pakkeforløp innen kreft samtidig som det er store forskjeller mellom disse forløpene og forløpene innen psykisk helse og rus. Der forløpene innen kreft i stor grad var en logistikk-reform er målet til klinikkledelsen ved Klinikk psykisk helse og avhengighet å se på innføring av pakkeforløp som et utviklingsarbeid knyttet til kvalitet i tillegg til å være en logistikkreform.

En erfaring som er gjort innen kreft er utfordringer knyttet til rollen som forløpskoordinator og forløpsledelse. Et pakkeforløp i kreft innebærer for mange forløp utredning og behandling i en matrisefunksjon og utfordrer således organisasjonens etablerte linjestructur og tradisjonelle samarbeidslinjer. Ut fra dette er det interessant for OUS å få gjennomført en evaluering av forløpskoordinator- og forløpslederrollen samt evaluere organisering av overordnet forløpsledelse og oppfølging av pakkeforløp. Ved pakkeforløp ved i VOP. TSB og

BUP vil det være færre pakkeforløp på tvers av strukturer i organisasjonen og de fleste pasienter får tildelt behandler med en gang i inntaksmøtet. Disse vil således stå for koordineringen i forhold til pasient og pårørende. Til forskjell fra kreft vil som andre enheter i mindre grad bli involvert i behandlingen.

Vi vil derfor invitere en gruppe studenter fra Prosjektforum til å gjennomføre en slik gjennomgang i løpet av vårhalvåret 2019.

Aktuelle problemstillinger:

Formålet med prosjektforum er å bidra til en læringsarena knyttet til forløpsledelse og forløpskoordinator funksjonen. Hva er betingelsene for god forløpskoordinering og forløpsledelse? Hvordan skal disse rollene defineres og beskrives? Hva vil være god lederstøtte for slike roller? Det kan også være hensiktsmessig å avgrense prosjektet til de generelle pakkeforløpene.

I en slik gjennomgang vil trolig følgende være viktig:

- Forstå innholdet i de mål og ambisjoner som er satt for pakkeforløpene. Hvordan er det beskrevet i oppdragsbeskrivelsen fra Helsedirektoratet og omtale i Oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet via Helse Sør-Øst
- Forstå hva slags design det er stilt krav om mht til organisasjons- og arbeidsprosesser i realiseringen av pakkeforløp. Er det variasjon i forhold til hvordan dette er blitt forstått ved de ulike helseforetakene?
- Beskrive den faktiske design av organisering og prosesser som er gjennomført i praksis i OUS, herunder forløpskoordinator og forløpsledelse
- Skaffe kunnskap om betingelser for god forløpsledelse i forhold til mål og ambisjoner
- Sammenstille mål, krav til gjennomføring, faktisk gjennomføring og resultater i en analyse med sikte på å identifisere og forklare ikke-optimale forhold i organisering og prosess.

Aktuelle kilder og metode:

Aktuelle kilder vil være diverse eksterne og interne dokumenter samt evt informanter i nøkkelposisjoner i Helsedirektoratet, andre helseforetak og OUS, evt supplert med gjennomføring av fokusgruppe og informantsamtale med sentrale nøkkelpersoner og studie av andre relevante skriftlige kilder som bearbeider erfaringer med pakkeforløp.

Prosjektet må sette seg inn i relevant dokumentasjon og vise god forståelse for den forutgående prosessen. OUS vil være behjelpelige med å sikre at Prosjektforum etablerer kontakt med et representativt utvalg av aktører og interessenter i klinikk og stab.

Studentgruppa som arbeider med dette prosjektet vil ha en hovedkontaktperson ved OUS. Det vil dessuten være en kontaktperson knyttet til hver av de to-tre pakkeforløpene som velges som evaluerings-case.

Et sykehus er en virksomhet med strenge regler i forhold til håndtering av sensitiv informasjon. Det er ikke forventet at studentene som deltar i prosjektet vil ha behov for å ha tilgang direkte til pasientdata. Siden de vil bevege seg i et sykehusmiljø, er det likevel ønskelig at deltakerne i prosjektgruppa skriver under en taushetserklæring.

Sluttleveranse fra prosjektet

Det forventes at prosjektet leverer en sluttrapport som legges fram i et møte med personer i OUS med oppgaver og posisjoner som gjør at de kan ha nytte av resultatet av evalueringen.

Praktisk informasjon:

Oppdragsgiver: Oslo universitetssykehus HF, Postboks 4950 Nydalen, 0424 OSLO

Sted: Kirkeveien 144 Oslo.

Kontaktperson: Anne Beate Sætrang, avd.leder Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling og prosjektleder for pakkeforløp psykisk helse og rus

anbese@ous-hf.no

Mobil: 928 23 795

Vedlegg 2: Samtykkeskjema

Dette var samtykkeskjema som våre informanter skrev under på etter vi hadde fått godkjent prosjektet av NSD (Norsk Senter For Forskningsdata).

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Om implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus ”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus, og praksis rundt koordinering og ledelse av dette. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan Oslo universitetssykehus (OUS) har arbeidet med implementering av de nye pakkeforløpene for psykisk helse barn- og unge, voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Vi ønsker spesielt å se på hvordan Helsedirektoratets intensjon om god forløpsledelse og koordinering blir fulgt opp i organisasjonen. Samtidig ønsker vi også å se på hvordan arbeidet med å oppnå målsetningen med pakkeforløpene for psykisk helse og rus går.

Prosjektet er tilknyttet Prosjektforum for masterstudiet organisasjon, arbeid og ledelse (OLA) på Universitetet i Oslo, i samarbeid med Oslo Universitetssykehus. Intervjuene vil utgjøre grunnlag for en rapport som kan utgjøre grunnlag for videre organisasjonsutvikling.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Prosjektet er et samarbeid mellom Universitetet i Oslo (UiO) og Oslo Universitetssykehus (OUS).

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget er basert på anbefalinger fra oppdragsgiver, med utgangspunkt i deres kunnskap om intensjon, implementering og praktisering av pakkeforløp for psykisk helse og rus. Vi ønsker

å intervju minst 5 personer med kunnskap om intensjon, implementering og praktisering av pakkeforløp. Første kontakt er opprettet fra kontaktperson ved OUS.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta innebærer det å la seg intervju (helst ansikt til ansikt, eventuelt over telefon). Dette vil ta 45-60 minutter. Alle deltakerne vil intervjues minst én gang, og for noen kan det også være aktuelt med ett eller flere oppfølgingsintervjuer.

Personopplysninger vil nedtegnes skriftlig og på lydbånd (ved intervju og deltagelse i forum).

Informasjonen som registreres skal kun brukes som beskrevet i hensikten med studien. All informasjon som nedtegnes vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger, og lagres via kodenøkkel som slettes ved prosjektslutt. Vi er underlagt taushetsplikt. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner skal kunne gjenkjennes i den endelige studien.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Det er prosjektansvarlig og studentgruppen som vil ha tilgang til opplysningene.

I publikasjonen av rapport vil opplysningene behandles anonymt.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 07.6.19. Personopplysninger og opptak vil slettes ved prosjektslutt.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg? Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra OUS i samarbeid med UiO har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Prosjektansvarlig Lars Erik Kjekshus, professor ved Institutt for Sosiologi og Samfunnsgeografi l.e.kjekshus@sosgeo.uio.no
- Vårt personvernombud: Tor Åsmund Martinsen, tor.asmund.martinsen@ous-hf.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller

telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen



Prosjektansvarlig

Lars Erik Kjekshus, professor UiO

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Om implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

.. å delta i intervju

.. å delta i gruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 07.06.19

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguiden er veiledende og tilpasset hvert enkelt intervju.

Intervjuguide

“Hvordan har pakkeforløpet og dens roller blitt forstått fra implementering til praksis, og hva er utfordringer for at ordningen skal oppfylle de satte målsettingene?”

- ☐ Husk å informere om informert samtykke og GDPR.
- ☐ Sjekk at dere kommer innom en del av punktene på del 2 enten naturlig gjennom del en, eller ved å stille spørsmål eksplisitt

Del 1: generelt

Litt om deg:

- Kan du kort presentere din bakgrunn (utdanning, hvor lenge har du jobbet her etc)
- Kan du kort presentere din funksjon og rolle/stilling
- Vil innføringen av pakkeforløp forandre hvordan du gjør jobben din, eller din stilling og rolle? (forhold mellom kolleger/samarbeidspartnere også relevant)
- Fortell litt om hvordan du har vært involvert i arbeidet med pakkeforløp?
 - (Hvis nei, indirekte involvert? I form av informasjonsmøter eller lignende?
Enten som flue på veggen eller ved å påvirke beslutninger direkte? + fordeler og ulemper ved dette)

Forståelse av pakkeforløp:

- Pakkeforløp for psykisk helse og rus: hvordan har du forstått dette?
- Har det vært mye snakk om pakkeforløp?
 - (Føler du at dette har blitt “kastet på deg” eller har det vært en prosess som du føler er godt gjennomtenkt?)
- Når dette er innført/hvis vi kom tilbake til denne prosessen om ti år - hva er det som skal være annerledes tenker du?

- *(Tenker du det vil være store forskjeller i hvordan en pasient opplever behandlingstilbudet før kontra etter forløpene? Hvordan/hva/hvorfor?)*
- Hvis vi skal lykkes med pakkeforløp, hva tenker du må til?
- *Ser du noen store utfordringer ved innføringen av pakkeforløpene?*
- Synes du egentlig dette med pakkeforløp er en god ting? (Ja eller nei-spørsmål, men viktig for å kartlegge holdning)
- Har du forandret syn på det det siste året, og hva har eventuelt gjort det?

Avhengig av rolle, velg 1, 2 eller 3:

1.Makro: For de som har jobbet med utvikling av pakkeforløp. Helsedirektoratet.

- Jobbet du med pakkeforløp for kreft selv, eller har du samarbeidet med disse?
- Har dere hatt samarbeid med Sverige og Danmark om utviklingen?
- Hvordan så dere for dere at pakkeforløpet for psykisk helse og rus kom til å skille seg fra pakkeforløpet til kreft?

2.Meso: For de som har jobbet med implementering.

- Forløpskoordineringsrollen var sentralt i pakkeforløpene for kreft: hvilken rolle tenker du denne funksjonen spiller i pakkeforløpene for psykisk helse- og rus?
- Hvordan koordinerte dere behandlingen til pasienter før vs. etter innføringen av pakkeforløp?
 - (Evt. hvordan tenker du at dette vil endre seg når man kommer ordentlig i gang med pakkeforløpene?)
- Hvordan har din arbeidshverdag endret seg etter innføringen av pakkeforløp?
- Evt. møter eller andre arbeidsformer som har endret seg?
 - Har dere for eks. hatt eller har faste møter hvor dere diskuterer endringer som pakkeforløpene har medført og hvordan dette kan/bør løses?
- Hva skal til for at du kan gjøre en enda bedre jobb med dette?
- Hva er din rolle i å håndtere utfordringer som oppstår under praktiseringen av pakkeforløp?
- Har dere f.eks. en møtearena for å drøfte utfordringer?

- Er det noe du tenker er spesielt viktig for at implementeringen av pakkeforløp skal fungere i alle ledd: f.eks. hvordan behandlere skal gjennomføre det slik du tenker er viktig?
- Ref spørsmålet ovenfor: har dere noen klare strategier for å kommunisere hvordan dere tenker at pakkeforløpene skal gjennomføres til behandlere?
- På hvilken måte forholder dere dere til den Nasjonale planen for implementeringen av pakkeforløpene? (Helsedirektoratet sin). - følger dere spesifikke retningslinjer etc.

3.Mikro: For de som jobber med koordineringen. Avdelingsledere og behandlere.

- Hvilke verktøy er de viktigste i din arbeidshverdag for å få dette til å fungere?
- Hva skal til for at dette fungerer godt?
- Kan du beskrive hvordan din arbeidshverdag har endret seg etter innføringen av pakkeforløp?
 - Evt. møter eller andre arbeidsformer som har endret seg?
- Hvordan syns du samarbeidet mellom de ulike nivåene i pakkeforløpet fungerer?
 - Feks samarbeid mellom avdelingsledere, seksjonsledere, linjeledere, fastleger osv.
- Er det systemer og ordninger som du ikke ser noen hensikt i?
- Hva mener du kan tilrettelegges bedre for deg slik at du kan gjøre en optimal jobb med pakkeforløp?
- Hvordan koordinerte dere behandlingen til pasienter før vs. etter innføringen av pakkeforløp?
- Som behandler: tenker du at innføringen av pakkeforløpene gjør ditt arbeid enklere eller vanskeligere å gjennomføre? For eks: om du som behandler føler deg mer låst/evnt ser på systemet som en trygghet/en måte å kvalitetssikre på?
- Som behandler: tenker du at pakkeforløpene er en fordel for pasientene? hvis ja: hvorfor? hvis nei: hvorfor ikke?

- Til de som jobber på DPS eller Akuttpsyk: hva tenker du må til for at koordineringen skal fungere bedre mellom DPS og akuttpsykiatrisk avdeling/døgnbehandling? Tenker du at pakkeforløpene kan bidra med noe her?

TIL ALLE: Hvis du nå skal oppsummere, hva er “budskapet ditt” ifht pakkeforløp?

- Har du noe du har lyst til å legge til eller kommentere ytterligere?
- Er det noen av de fem hovedmålene ved pakkeforløpene som du tenker er mer utfordrende å få til enn andre? (Vis gjerne en oversikt av de fem)

Del 2: denne bruker vi for å touche inn på det som eventuelt ikke har kommet frem i Del 1.

Viktige stikkord: Systemstøtte, kompetanse, kultur, relasjoner og ressurser

Under følger de fem målene med pakkeforløpene.

- **Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet:**
 - Hva er viktige momenter for å få til dette?
 - Hva gjøres bra i dag?
 - Hva bør gjøres bedre?
- **Sammenhengende og koordinerte pasientforløp:**
 - Hva er viktige momenter for å få til dette?
 - Hva gjøres bra i dag?
 - Hva bør gjøres bedre?
- **Unngå unødig ventetid for utredning, behandling og oppfølging:**
 - Hva er viktige momenter for å få til dette?
 - Hva gjøres bra i dag?
 - Hva bør gjøres bedre?
- **Likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor?**
 - Hva er viktige momenter for å få til dette?
 - Hva gjøres bra i dag?
 - Hva bør gjøres bedre?

- **Bedre ivaretagelse av somatisk helse og levevaner?**

- Hva er viktige momenter for å få til dette?
- Hva gjøres bra i dag?
- Hva bør gjøres bedre?

Eventuelle ytterligere spørsmål som kan stilles ifht logistikk og kvalitet:

- Kan du si noe om hvor du ser kommunikasjonsutfordringer og hva du tenker kan forbedre kommunikasjon i pakkeforløp? *(her tenker vi på fastlege, pårørende, mellom avdelinger osv, men trenger kanskje ikke sies eksplisitt?)*
- Koding: hvordan opplever du bruken av DIPS Arena?
 - Hva ser du som særlige utfordringer ved bruk av koding?