**Sårbare Overganger Trinn 2.**

**Brukermedvirkning og Recovery i utvikling av tjenester i ROP feltet: motsetninger og muligheter**

Guro Huby, Førsteamanunensis. Etter og Videreutdanning Høgskolen i Østfold

Lasse Johnsen, Høgskolelektor, Etter og Videreutdanning Høgskolen i Østfold

Mette Hansen, Høgskolelektor, ABSV, Høgskolen i Østfold

Karin Waleur, Høgskolelektor, ABSV, Høgskolen i Østfold

Hoved rapporten kommer i tre deler. Del en er en kortversjon av bakgrunn, metode, resultater og læringspunkter. Del to er en mere utfyllende tekst av de samme punktene for lesere som vil vite mer. Del tre er vedlegg som ytterligere utfyller hovedrapporten.

## Innhold

### Summary in English …………………………………………………… 3

### Sammendrag ……………………………………………………………… 5

### **Del 1:** Rapport kortversjon …...**………………………………………………...** 7

### Del 2: Hovedrapport……………………………………………………………... 15

**Innledning…………………………………………………………………… 15**

Bakgrunn

Utgangspunkt:

Mål for prosjektet

Forventede resultater

**Politiske føringer for prosjektet ………………………………… …….. 19**

Koordinering av tjenester for mennesker med ROP utfordringer

Brukermedvirkning og lokal tjenesteforbedring

Student praksisplasser som en del av prosjektet

**Metode: prosjektet som prosess …………………………………….. 21**

Prosjektets plass i feltet

Contribution Analysis og logiske modeller

Samtidig implementering, evaluering og spissing av prosjektet

Organisasjon av prosjektet: følger for prosess og resultater

**Tre inngrep……………………………….................................................. 27**

*Tre inngrep*

“Brukerdagbok”: et Recovery perspektiv på langsiktig tilfriskning

Tverrfaglig KOR

“Nettverksmøte”

**Evaluering av inngrepene............................................................. …..... 33**

Studentenes rolle i evalueringen

Evaluering av inngrepene og resultater

Spissing av nettverksmøtet på grunnlag av evalueringsresultater

Diskusjon: Recovery i tjenesteutvikling: motsetninger og muligheter

**Det vi lærte……………………………………………………………... 46**

Praksis i tjenesteutvikling:

Studenter i praksisplass

Forskning

**Mål nådd og resultater innfridd…………………………................. 51**

Referanser............................................................................................ 53

**Vedlegg 1** Oversikt over samhandlingsprosjekter pr. juni 2016

**Vedlegg 2**  ISM analyse

**Vedlegg 3** Contribution Analysis og eksempel på resultatkjede

**Vedlegg 4:** Evaluering av tre inngrep.

**Vedlegg 5:** Anbefalinger og videreføring

### Tricky Transitions phase 2.

### User participation and recovery approaches in development of services for people with addictions and mental health problems: tensions and opportunities

This report describes the background, aims, methods and outcomes of the project “Tricky Transitions”. The project worked to find smoother ways through a complex health and social care service system for people with drug addiction and mental health problems in a Norwegian locality. Tricky Transitions was a collaboration between researchers from University College Østfold, representatives of a user organisation and staff from managerial and operative levels in a Norwegian municipality and associated hospital trust.

Background

The project followed on from a phase one investigation of service coordination in the field of addictions and mental health problems. Phase one identified the complexity of the system together with a number of issues this complexity caused, and also suggested that many issues were addressed in everyday service delivery. The work in phase 2 therefore focussed on ways existing practice could be modified and knitted together in new ways to address co- ordination issues, without instigating new separate projects that would further fragment an already complex collaborative landscape.

Aims

To identify, implement and evaluate solutions to co-ordination issues that builds on and extends existing practice, and to draw out wider practical implications.

Methods

We used contribution analysis, a tool of service development that helps uncover the potential for change in existing arrangements. The focus is not an intervention or new service to be implemented, but small changes in existing arrangements that can produce desired results. The tool helps multi service and professional groups negotiate and clarify the outcomes they wish a particular service arrangement to produce, and then work “backwards” to identify changes in existing collaboration arrangements that can help produce these outcomes. Changes are adjusted according to continuous evaluation.

Results

Adjustments to existing practice were developed in three areas:

* User diary: a variant of Cognitive Behaviour Therapy that puts user in charge of developing awareness of patterns of drug use, their consequences and possible solutions to negative consequences.
* A multiprofessional version of KOR, a tool to evaluate the impact of a consultation on user’s ability to understand and cope with his or her circumstances.
* “A multiprofessional panel” where users with irregular service contact met representatives of key services in order to jointly agree appropriate service arrangements. “The panel” became the focus of the project and where we collected most material about the potential for user centred adjustment of service arrangements.

User representatives contribution were the most innovative aspect of the project. These representatives helped set the agenda for the project around recovery, in the sense of recognising users’ resources and ability to take responsibility for his or her life choices, and developing service arrangements adjust to complex recovery trajectories, including set backs and periods of poor ability to engage with services. This led to new ways of thinking about service delivery both at an individual level and also at system levels. The report ends with a discussion of how a recovery perspective can contribute to the task of meeting increased need with shrinking resources.

### Sårbare Overganger Trinn 2.

### Brukermedvirkning og Recovery i utvikling av tjenester i ROP feltet: motsetninger og muligheter

Denne rapporten beskriver mål, metode og resultater fra fase 2 av “Sårbare Overganger” prosjektet. Prosjektet var et samarbeide mellom Høgskolen i Østfold, Fredrikstad Kommune avd. Psykisk Helse og Rusmestring, Tildelingskontoret og NAV, Sykehuset Østfold DPS og Sosialmedisinsk Poliklinikk Fredrikstad. Brukerperspektivet var representert ved Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO).

Bakgrunn

Prosjektet bygget på fase 1: en kartlegging av tjenestesystemet utført i en arbeidssamling høsten 2016. Målet med samlingen var å avdekke overganger mellom tjenester i kommunen og Sykehus Østfold som kunne forbedres for å gjøre brukeres, pårørendes og ansattes ferd gjennom systemet smidigere. Kartleggingen synliggjorde systemets kompleksitet og identifiserte flere overganger med rom for bedre samhandling. Arbeidssamlingen og etterfølgende diskusjoner i mindre tverrfaglige grupper antydet også at hverdagspraksis ofte fant løsninger på samhandlingsutfordringer.

Formål

Vi ville synliggjøre og knytte sammen eksisterende praksis for slik å unngå å øke systemets kompleksitet med nok et prosjekt.

Metode Vi benyttet contribution analysis, en tilnærming som er særlig nyttig når det gjelder endring i komplekse tjenestesystemer nettopp fordi den hjelper å synliggjøre endringspotensialet i eksisterende ordninger. Dette verktøyet hjelper tverrfaglige grupper å skape enighet om *resultater* de vil tjenester skal levere, for så å definere endringer som kan skape disse resultatene. Disse endringene behøver ikke bety nye inngrep eller prosjekter, men kan innebære å knytte sammen eksisterende praksis på nye måter. Endringer justeres ifølge tilbakemeldinger fra løpende evalueringer.

Resultater

Tre inngrep som bygget på eksisterende praksis ble prøvd ut:

* “Brukerdagbok”: En form av Kognitiv Adferdsterapi som setter bruker i førersetet for bevisstgjøring om rusbruk, dens følger og mulige løsninger på problemer det medfører.
* Tverrfaglog KOR: klient og resultatstyrt evaluering av tverrfaglige fora som ansvarsgrupper.
* “Nettverksmøtet”: brukere med ustabil kontakt med tjenester møter et Panel av representanter for tjenester. Panelet var ledet av en erfaringskonsulent. “Nettverksmøtet” ble etterhvert fokus for prosjektet og der vi innhentet mest materiale om potensiale for bruker sentrert endring av eksisterende ordninger.

Brukeres bidrag var det mest spennende og innovative ved prosjektet og brukerrepresentantene i prosjektet var viktige premissleverandører. Personlige erfaringer og ideer de brakte med seg rundt recovery, formulert som “ansvarliggjøring” av brukere, ga støtet til nytenkning rundt tjenester på individnivå, og også på systemplan. Rapporten diskuterer hvordan et recovery perspektiv kan gi innspill til den stadig mer presserende oppgaven å møte et økende behovspress med begrensede ressurser.

## Del 1 Kortversjon

Prosjektet Sårbare Overganger i tjenesteapparatet for brukere med ROP utfordringer, fase 2 var finansiert av Samarbeidsmidler fra Sykehuset Østfold, Fredrikstad Kommune og Høgskolen i Østfold. Det bygger på samarbeide mellom Høgskolen i Østfold, Fredrikstad Kommune avd. Psykisk Helse og Rusmestring, Tildelingskontoret og NAV, Sykehuset Østfold DPS og Sosialmedisinsk Poliklinikk Fredrikstad. Brukerperspektivet var representert ved Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO). Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk Helse (LPP) Nedre Glomma var med i en tidligere fase, men måtte trekke seg grunnet manglende ressurser. Seks bachelorstudenter fra henholdsvis sosionom og vernepleie utdanning fikk sin praksisperiode gjennom prosjektet.

Vi har satt “Brukermedvirkning” og “Recovery” inn i undertittelen til rapporten. Brukeres bidrag var det mest spennende og innovative ved prosjektet og brukerrepresentantene i prosjektet var viktige premissleverandører. Personlige erfaringer og ideer de brakte med seg rundt recovery, formulert som “ansvarliggjøring” av brukere, ga støtet til nytenkning rundt tjenester på individnivå, og også på systemplan. Et recovery perspektiv kan for eksempel gi innspill til den stadig mer presserende oppgaven å møte et økende behovspress med begrensede ressurser.

Ideene ble fanget opp og tolket i en helsepolitisk sammenheng der nettopp økt press på ressurser står sentralt. Norges helsepolitikk setter klare og avtalefestede grenseoppgangene mellom og innen tjenestenivåer: kommuner som står for omsorg, oppfølging og primærhelsetjenester, mens spesialisthelsetjenesten er ansvarlig for medisinsk utredning og spesialistbehandling. Brukere blir rettighetsvurdert sentralt for tjenester både på kommune og spesialist helsetjenestenivå, noe som skaper utfordringer for samhandlingen mellom nivåer og tjenester fordi mye av forhandlingsgrunnlaget for ansvarsdeling er satt sentralt. Økt press på tjenester gjør utfordringene mere markert. Med Samhandlingsreformen er rammer for løsninger på disse utfordringene satt i system, i form av nedtrapping i spesialisthelsetjenesten og flytting av oppgaver og ressurser fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Dette skaper muligheter for integrerte løsninger på kommuneplan, men krever også avklaring av nye betingelser for ansvarsdeling mellom og innen kommune og spesialisthelsetjeneste. Prosjektet satt midt i denne utfordrende lokalpolitiske kontekst. Måten denne konteksten formet både utføringen av tiltak og opptak av resultater var verdifulle læringspunkter.

Bakgrunn Prosjektet bygget på en kartlegging av tjenestesystemet utført i en arbeidssamling høsten 2016. Målet med samlingen var å avdekke overganger mellom tjenester i kommunen og Sykehus Østfold som kunne forbedres for å gjøre brukeres, pårørendes og ansattes ferd gjennom systemet smidigere. Arbeidssamlingen avdekket en rekke sårbare overganger, for eksempel

* henvisning fra NAV og fastlege inn i ROP tjenesten,
* inn og utskrivning mellom kommune og poliklinikk og institusjon,
* overganger mellom barne og ungdomstjenester og voksentjenester
* overganger mellom rus og psykiatritjenester.

Samlingen avdekket også at behandlingsforløp kunne mangle progresjon mot et langsiktig løsning, slik hensikten med ordninger som for eksempel Individuell Plan legger opp til. Løpene går ofte i siksak eller i ring, med mange punkter der manglende samhandling lett kan føre til at brukere faller ut av tjenester, med uheldige eller katastrofale følger for både bruker og pårørende. Slike avbrutte behandlingsforløp har også ressursimplikasjoner for tjenesten der bruker dukker opp igjen og må kobles opp mot tjenester på ny.

Det er mange mulige løsninger på disse utfordringene. Rapporten fra arbeidssamlingen foreslo blant annet bredere deltakelse i kartleggingsrutiner for felles forståelse av problemer og mulige løsninger, forbedring av ordninger rundt Individuell Plan, ansvarsgruppe og koordinatorrolle, eller en “los” som kan hjelpe brukere og pårørende å navigere et komplekst tjenestesystem. Men ROP er et eksempel på et “uregjerlig” problem, der en rekke delproblemer spiller på hverandre på ukjente måter slik at sammenhengen mellom årsak og virkning er vanskelig å fange. Nye inngrep kan bidra til kompleksiteten og ytterligere redusere muligheter til kontroll og oversikt. Det er derfor viktig å unngå delprosjekter og i stedet bygge på eksisterende ordninger og praksis.

Arbeidssamlingen og etterfølgende diskusjoner i mindre tverrfaglige grupper antydet også at hverdagspraksis ofte fant løsninger på samhandlingsutfordringer. Vi ville synliggjøre og knytte sammen eksisterende praksis for slik å unngå å øke systemets kompleksitet med nok et prosjekt.

Metode Vi benyttet contribution analysis, en tilnærming som er særlig nyttig når det gjelder endring i komplekse tjenestesystemer nettopp fordi den hjelper å synliggjøre endringspotensialet i eksisterende ordninger. Dette verktøyet hjelper tverrfaglige grupper å skape enighet om *resultater* de vil tjenester skal levere, for så å definere endringer som kan skape disse resultatene. Disse endringene behøver ikke bety nye inngrep eller prosjekter, men kan innebære å knytte sammen eksisterende praksis på nye måter.

Den krever imidlertid tid og ressurs til en prosess for langsiktig og kontinuerlig kvalitetsforbedring som ikke nødvedigvis gir uttelling på kort sikt. Contribution analysis innebærer løpende evaluering og tilbakemelding av endringene slik at økt systemforståelse og dialog mellom partnerne i en endringsprosess gjør det mulig å spisse grep mot ønskede resultat. Tilnærmingen bidrar også til kunnskap og ferdigheter som kan overføres til nye områder for mere omfattende systemisk endring.

Tilnærmingen ble ikke fullt ut realisert. Tiden vi hadde til rådighet for en slik omfattende prosess var knapp - 1 år. Prosjektorganiseringen la heller ikke til rette for en hensiktsmessig fordeling av ansvar og mandat mellom forskergruppe, arbeidsgruppe (med representanter på operativt nivå fra deltakende brukerorganisasjon og tjenester) og styringsgruppe (med ledere fra brukerorganisasjon og tjenester). En følge av prosjektorganiseringen var at ledere med beslutningsmyndighet var noe utenfor dialog og nytenkning som etterhvert utviklet seg mellom forsker og arbeidsgruppe. Dette bidrog til at prosjektpotensialet ikke ble fullt utnyttet.

På den annen side gav fleksibilitet rundt mandat tjenester imellom rom for brukerperspektivet å komme fram. En brukerrepresentant tok til slutt ledelsen i iverksetting av det viktigste inngrepet. Brukermedvirkning ble slik etterhvert det mest nyskapende og spennende aspektet ved prosjektet.

Resultater. Tre inngrep ble arbeidet fram og prøvd ut.

*“Brukerdagbok”* er en variant av Kognitiv Adferdsterapi i integrert rus og psykiatrisk behandling en av brukerrepresentantene hadde prøvd i Skottland. Behandlingen er lagt opp til bruk utenfor institusjon. Tilnærmingen forutsetter ingen diagnose-utredning eller omfattende kartlegging, og rusfrihet er ingen betingelse. Metoden setter bruker i førersetet i en åpen prosess mot kontroll med rusen. Brukerrepresentanten summerte denne tilnærmingen i begrepet “ansvarliggjøring” av bruker, på bakgrunn av Recovery bevegelsens filosofi. Bruker må selv finne ut hva “tilfriskning” betyr for livet hun ville leve, og hva hun selv må gjøre for å realisere dette livet.

Tilnærmingen innebærer visse organisatoriske forutsetninger. Det å lære å håndtere tilbakefall til ukontrollert rusbruk er en viktig del av prosessen, som forutsetter et godt koordinert støtteapparat for å hjelpe bruker gjennom nedturer der brudd med tjenester er en risiko. Vi ville se hvordan denne metoden kunne tilpasses norske tjenesteforhold

*Klient og Resultatstyrt Praksis (KOR) tilpasset tverrfaglige kontekster.* KOR er et kjent verktøy for bruker til å gi strukturerte tilbakemeldinger på individuell behandling. Vi ville se om metoden kan stimulere til refleksjon i tverrfaglige grupper inkludert bruker, for å spisse møteform mot brukers deltakelse i og ansvar for, beslutninger.

*“Nettverksmøtet”* var en ide med opprinnelse i NAV. Målet var å koble “tunge” brukere av NAV med manglende tjenestekontakt, nærmere inn mot relevante tilbud. Henviste brukerne møtte med representanter fra de viktigste tjenestene for å bli orientert om tilbud og være en del av en diskusjon om relevante ordninger. Hensikten var også å sette tjenester raskt på plass. Møtet ble ledet av brukerrepresentanten i prosjektet for å sikre brukerfokusert diskusjon. Han var også et lavterskel og uforpliktende kontaktpunkt etter møtet.

Nettverksmøtet ble fokus for prosjektet. “Brukerdagbok” ideer om “ansvarliggjøring” av bruker og de organisatoriske forutsetninger dette medførte ble overført til en kontekst av tilgang til tjenester. Denne overføringen synliggjorde hvordan en ide om ansvarliggjøring og recovery kan bli fanget opp og tolket i videre helsepolitisk sammenhenger.

*Evalueringen av “nettverksmøtet”*

Løpende evaluering viste blandede og interessante funn. Resultatet av møtet i form av rask kobling til tjenester ble bare i mindre grad oppnådd. En av grunnene var at målgruppa var vanskelig å definere og fange. De “tyngste” brukerne var ofte ikke i stand til å nyttiggjøre seg av tilbudene som kom fram, og mange greide ikke møte. Mange som ble valgt ut hadde dessuten allerede tjenester på plass.

På den annen side verdsatte brukere nettverksmøtet. De likte å møte representanter for flere tjenester samtidig og få informasjonen på ett sted, slik at de slapp å gå fra et kontor til et annet. Tjenesteansatte verdsatte muligheten til nettverksdannelse. De påpekte det positive ved en erfaringskonsulent som leder av møtet fordi bruker fikk støtte til å framstille seg på en klar måte. Denne støtten var også en grunn til at brukerne greide utfordringen ved å møte flere ukjente tjenesterepresentanter overraskende godt. På grunnlag av løpende evaluering la arbeidsgruppa videre opp til at møtet kunne sette på plass et fast lavterskel møtepunkt for brukeren inn i tjenesteapparatet som gav stabilitet selv i perioder med sprekk og nedturer og brudd i tjenestekontakt. Ideer kom fram om en slik rolle for erfaringskonsulenter ansatt på tvers av tjenestegrenser.

To tolkningsrammer ble avdekket i diskusjon av evalueringsresultatene:

Fra et systemperspektiv var håndtering av pågang på tjenester en viktig faktor i tolkningen av resultatene. Alle tjenester var under stort press. Ventelistene var lange, og etterspørselen var større enn ressursene. Et inngrep som nettverksmøtet kunne skape presedens for snarveier inn i tjenesteapparatet for en liten gruppe brukere. Dette ville bidra ytterligere til presset og dessuten svekke rettferdighetsprinsipper om lik tilgang til tjenester for alle. Av denne grunn ble møtet besluttet stoppet.

Et individperspektiv framhevet at møtet var verdifullt fordi brukere og tjenester møtte hverandre på en ny måte.

Dette reiste et spørsmål om et tjenesteapparat under stort press har ressurser til å gi enkeltbrukere “ekstrabehandling” i møte med tjenester?

Systemperspektivet og individperspektivet er imidlertid ikke nødvendigvis i motsetning i dette tilfellet. Det var ikke kortsiktige utfall av selve møtet som nødvendigvis var det viktigste resultat. Like viktig var måten møtet kunne sette i gang eller forsterke en prosess av brukers ansvarliggjøring med hensyn til tjenestevalg og egen tilfriskning. Ansvarliggjøring av bruker er en funksjon som kan utføres av flere eksisterende tjenester.

Det å ta ansvar er et viktig steg i en tilfriskningsprosess, som kan vise resultater først på lengre sikt. Ansvarliggjøringen forutsetter derfor umiddelbar tilgang til støtte i perioder der brukere ikke er i stand til å nyttiggjøre seg av tjenester men lett faller ut av systemet. Tilgang til uforpliktende lavterskel ordninger som kan lette veien inn i vedtaksbaserte tjenester er en viktig del av slik støtte. Erfaringskonsulentrollen kan for eksempel utvikles til å dekke en slik funksjon.

For brukere som gjentatte ganger faller ut av tjenester kan et slikt langsiktig perspektiv ha både individuell og systemmessig uttelling med hensyn til “svingdørs” problematikken. Et fokus på ansvarliggjøring av bruker kan bidra til å frigjøre tjenester gjennom BEON prinsippet (Beste Effektive Omsorgsnivå), d.v.s. at brukere kan plasseres i tjenestesystemet på et nivå der de kan best nyttiggjøre seg av de ressurser som tilbys. Et slikt fokus kan støtte opp under pågående omfordeling fra spesialisthelsetjenesten til kommunen i tråd med Samhandlingsreformen, som en del av omfattende tjenesteendring..

**Det vi lærte** om praksis

Vi lærte at det er mulig og viktig, men veldig vanskelig, å komme bort fra kortsiktige “prosjekter” og sette på plass en prosess av kontinuerlig tjenesteforbedring. Dette krever frigjøring av tid og ressurser fra drift og andre oppgaver, på alle nivåer, noe som blir stadig vanskeligere i en helse og omsorgssektor der flere oppgaver skal løses med de samme ressurser. Likefullt kan en prosess av kontinuerlig tjenesteforbedring som bygger systemforståelse lede til løsninger som frigjør ressurser og produserer resultater på flere nivåer. En viktig nøkkel til suksess er å gå fram stegvis og sette realistiske mål.

Vi lærte at arbeidsgruppa bygget kompetanse og relasjoner som er verdifulle i framtidig endringsarbeid. Denne ressursen bør ivaretas.

Vi lære at verktøy til selv evaluering og -refleksjon vil bedre arbeidet i tverrfaglige grupper som jobber rundt brukeres behov.

Vi lærte at brukermedvirkning kan føre til innovative løsninger og nytenkning, og at dette krever en prosjektorganisasjon som sikrer bred deltakelse og muligheter for alle deltakere å spille inn til premisser for endring. En fast plass for brukere i rådgivende komiteer eller referansegrupper der premissene er lagt på forhånd er ikke nødvendigvis nok.

**Det vi lærte** om undervisning

Vi lærte at studenter på bachelornivå som medforskere og deltakere i en prosess av tverrfaglig tjenesteforbedring var av stor verdi. Det å få se kontekst gjennom 'øyne' som enda ikke er formet av profesjonsbetinget kultur har vært særlig spennende. Studenter som medforskere inn i prosjektet har vært nyttig av samme grunn.

**Det vi lærte** om forskning.

Vi lærte at systemforståelse krever flermetodiske tilnærminger som avdekker hvordan erfaring og kunnskap på individnivå er fanget opp i en systemdynamikk. Vitenskapsteoretisk er det vanskelig å avdekke kompleksitet fordi ved å studere den blir vi delaktig. Forskere som aktive deltakere i håndtering av kompleksitet gir spennende muligheter både for praktisk endring og akademisk kunnskap.

## Hovedrapport

**Innledning**

*Bakgrunn*

Denne rapporten legger fram bakgrunn, metode, resultater og anbefalinger fra Prosjektet Sårbare Overganger i tjenesteapparatet for brukere med ROP utfordringer, fase 2. Prosjektet var finansiert av Samarbeidsmidler fra Sykehuset Østfold, Fredrikstad Kommune og Høgskolen i Østfold. Det bygger på samarbeide mellom Høgskolen i Østfold, Fredrikstad Kommune avd. Psykisk Helse og Rusmestring, Tildelingskontoret og NAV, Sykehuset Østfold DPS og SMP Fredrikstad og Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO). Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk Helse (LPP) Nedre Glomma var med i en tidligere fase men måtte trekke seg grunnet manglende ressurs. Prosjektet har likevel holdt LPP og det nyopprettede Pårørendesenteret i Fredrikstad Kommune oppdatert om framgang og resultater. Videre var prosjektet lagt opp til å bidra til praksiserfaring for Bachelorstudenter fra henholdsvis sosionom og vernepleie utdanning.

*Utgangspunkt.*

Prosjektet bygger på en kartlegging av sårbare overganger i hjelpeapparatet for mennesker med ROP. dvs rusmiddel og psykiske helseutfordringer [(Hansen, Bjørkquist, Huby, & Johnsen, 2016)](https://paperpile.com/c/BASsmR/NHZVM).

Arbeidssamlingen avdekket en rekke sårbare overganger, for eksempel

* henvisning fra NAV og fastlege inn i ROP tjenesten,
* inn og utskrivning mellom kommune og poliklinikk og institusjon,
* overganger mellom barne og ungdomstjenester og voksentjenester
* overganger mellom rus og psykiatritjenester.

Samlingen avdekket også at behandlingsforløp kunne mangle progresjon mot et langsiktig løsning, slik hensikten med ordninger som for eksempel Individuell Plan [(Helsedirektoratet, 2017)](https://paperpile.com/c/BASsmR/KLe9) legger opp til. Løpene går ofte i siksak eller i ring, med mange punkter der manglende samhandling lett kan føre til at brukere faller ut av tjenester, med uheldige eller katastrofale følger for både bruker og pårørende. Slike avbrutte behandlingsforløp har også ressursimplikasjoner for tjenesten hvis bruker dukker opp igjen og må kobles opp mot tjenester på ny.

Dette mønsteret er delvis grunnet brukers sammensatte problemer, men også måter disse problemene blir håndtert på. Tjenestetilbudet blir lett delt opp i isolerte tiltak som hver for seg kan virke fornuftige, men som ikke alltid fungerer som en helhet. Formelle kommunikasjons og samhandlingssystemer legger ikke alltid til rette for dialog og problemløsning mellom sentrale aktører i individuelle behandlingsopplegg.

Det er mange mulige løsninger på disse utfordringene. Rapporten fra arbeidssamlingen foreslo blant annet bredere deltakelse i kartleggingsrutiner for felles forståelse av problemer og mulige løsninger, forbedring av ordninger rundt Individuell Plan, ansvarsgruppe og koordinatorrolle, eller en “los” som kan hjelpe brukere og pårørende å navigere et komplekst tjenestesystem. Men ROP er et eksempel på et “uregjerlig” problem [(Rittel & Webber, 1973)](https://paperpile.com/c/BASsmR/NEZZ), der en rekke delproblemer spiller på hverandre på ukjente måter slik at sammenhengen mellom årsak og virkning er vanskelig å fange. Nye inngrep kan bidra til kompleksiteten og ytterligere redusere muligheter til kontroll og oversikt. Det er derfor viktig å unngå delprosjekter og i stedet bygge på eksisterende ordninger og praksis. Kartleggingen antydet også at mye dialog og problemløsning finner sted i daglig praksis.

Vi avholdt derfor 3 mindre, tverrfaglige strukturerte gruppediskusjoner med brukere, pårørende, ansatte i spesialisthelsetjenesten og representanter for de kommunale tjenestene, som brakte med seg anonymiserte eksempler på brukerløp med ulike utfall. Disse diskusjonene bygget på “Critical Incident Technique” som strukturerer diskusjon om konkrete tilfeller fra praksis og slik fører til læring [(Rees, Edmunds, & Huby, 2005)](https://paperpile.com/c/BASsmR/smVnf).

Analyse av konkrete eksempler på samhandling i brukerløp viste betydningen av personlige relasjoner i nettverk mellom bruker, pårørende, konsulenter fra kommune og poliklinikk, og ofte fastlege. Der disse nettverkene bygget på samarbeide over tid, med styrket tillit og kjennskap til hverandres arbeidsmåte, var det mulig å finne fleksible løsninger på problemer der formelle rammer for samhandling ikke helt strakk til. For eksempel kunne slike nettverk sørge for kontinuitet i et behandlingsløp selv om bruker og enkelte tjenesteytere til tider ikke møtte i formelle nettverksmøter eller stilte til avtaler.

Analyse av materiale fra kartleggingen antydet videre at disse “uformelle” nettverkene er viktige for brukermedvirkning [(Huby m. fl., 2018)](https://paperpile.com/c/BASsmR/iUop). De legger til rette for reelle forhandlinger om oppfølging og behandling mellom bruker, pårørende og tjenesteytere fra flere tjenester og gir substans til brukers lovfestede rett til medvirkning i behandlingsopplegg [(Pasient og Brukerrettighetsloven, 1999)](https://paperpile.com/c/BASsmR/thSmK).

I dette prosjektet har vi tatt utgangspunkt i synliggjøring av daglig praksis som styrker overganger med formål å identifisere mindre endringer mot fleksible tjenesteordninger rundt brukeres behov. Vi har brukt en “nedenfra og opp” tilnærming til tjenesteforbedring for å komme fram til og prøve ut disse endringene. Brukerrepresentantene har vært premissleverandører for prosjektet. De bidrog til nytenkning rundt tilsynelatende fastlåste og "uregjerlige" (Rittel & Webber 1973) problemer når det gjelder tjenester til en gruppe brukere med sammensatte lidelser, særlig håndtering av pågang. Det viktigste vi lærte i prosjektet var hvordan brukerperspektivet kan bli en kraft i tjenesteforbedring på flere plan, og hvordan endringsprosessen kan organiseres for å få uttelling for dette innovasjonspotensialet.

*Mål*

I søknadenom Samarbeidsmidler til prosjektet la vi fram følgende mål for prosjektet

*Overordnet mål* var denne rapporten om en tilnærming til å skape forbedret samhandling mellom aktører i Sykehuset Østfold, Fredrikstad Kommune, brukere og pårørende

*Delmål:*

1. Analyse av suksesshistorier om samhandling i ROP pasienters behandling (beskrevet over).
2. Med utgangspunkt i perspektivene til bruker/pasient, pårørende og helsearbeidere (i kommunen og spesialisthelsetjenesten) utarbeide tiltak inn i forløpet til ROP-pasienter rundt overgangene Spesialisthelsetjeneste/poliklinikk - Kommune
3. Å evaluere tiltak(ene)
4. Å trekke ut og videreføre læring for
   1. praksis
   2. undervisning
   3. forskning

*Resultater*

* Læring fra disse forbedringene som har overføringsverdi til andre deler av tjenesten.
* Bidrag til praksis nær undervisning på bachelornivå (sosionom og vernepleie).
* Bidrag til teori og forskning om samhandling og tjenesteorganisasjon
* Innspill til nasjonal og lokal helsepolitikk

I det følgende beskriver vi hvordan prosjektet utviklet seg over tid. Vi beskriver konteksten for samarbeidet mellom deltakerne, hvordan konteksten formet prosjektet, særlig hvordan brukerdeltakerne fikk rom til å legge premisser for prosjektet. Vi beskriver hvordan vi jobbet fram, implementerte og evaluerte inngrepene. Vi beskriver også det vi lærte. Dette var et prosjekt satt opp som kontinuerlig tjenesteforbedring og det vi lærte om selve prosessen var vel så viktig som de resultatene prosessen leverte.

**Politiske føringer prosjektet styrte opp mot**

*Ko-ordinering av ROP tjenester og brukermedvirkning*

Behov for koordinering av lokale ROP tjenester ble dokumentert i sårbare overganger kartlegging [(Hansen mfl., 2016)](https://paperpile.com/c/BASsmR/NHZVM) og står sentralt i helsepolitiske føringer. Opptrappingsplanen for Psykisk Helsearbeid 1998 - 2008 (St Prp nr 63 (1997-1998)), etterfulgt av Nasjonal Strategiplan for Arbeid og Psykisk Helse (Arbeids og Inkluderingsdepartementet, 2009) anbefaler utbygging av distrikts psykiatriske tjenester og vektlegger samhandling innen kommunetjenester og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for å sikre tjenester og forebyggende arbeide, særlig blant unge. Opptrappingsplan for Rusfeltet 2016 - 2020 [(St. Prop 15 S (2015–2016), 2016)](https://paperpile.com/c/BASsmR/shvA9) påpeker at manglende ko-ordinering av tjenester er en utfordring og foreslår styrking av det samlede behandlings og oppfølgingstilbudet, særlig i kommunene.

Felles for politiske føringer i rus og psykisk helsearbeid er at aktiv brukermedvirkning på alle plan - individplan, systemplan og politisk plan - er viktig for ko-ordinering av tjenester [(Sosial og Helsedirektoratet, 2006)](https://paperpile.com/c/BASsmR/dzAbo). Likevel antydes det at brukermedvirkning i utarbeidelse av lokale tjenestetilbud bør styrkes for å sikre brukermedvirkning på individplan [(Klausen, 2016; Trulte Konsmo & Bakke, 2012)](https://paperpile.com/c/BASsmR/PUKqM+e9ST) og at dette forutsetter samarbeide og ledelse på kommunalt nivå og mellom kommuner og spesialisthelsetjenester [(J. P. Breimo, Normann, Thommesen, & Sandvin, 2015; Huby m. fl 2018)](https://paperpile.com/c/BASsmR/Q0CM+iUop)

*Brukermedvirkning og lokal tjenesteforbedring*

Brukeres sentrale rolle i prosjektet bygger på De Nasjonale Faglige Retningslinjene for Utredning, Behandling og Oppfølging av ROP lidelser [(Helsedirektoratet, 2012)](https://paperpile.com/c/BASsmR/452LR).

Prosjektet bygger på prinsippet om kontinuerlig kvalitetsforbedring der aktiv brukermedvirkning står stadig mere sentralt. På dette punktet er prosjektet i tråd med Forskriften om Ledelse og Kvalitetsforbedring i Helse- og Omsorgstjenesten [(Helse- og Omsorgsdepartementet, 2016)](https://paperpile.com/c/BASsmR/TUjgH) og definerer kontinuerlig kvalitetsforbedring som en sentral del av styringsansvar.

*Studenter i praksisplass: hvordan prosjektet møter føringer om kvalitet i praksisstudier*

Prosjektet har omfattet praksisplasser for bachelorstudenter på sosialt arbeid og vernepleie. Dette har gitt studentene en praktisk tilnærming til forskning i og om praksis og knyttet undervisningen nærmere opp til praksisfelt.

«Sårbare overganger» som et av mange FoU- og samarbeidsprosjekter ved Høgskolen i Østfold, bidrar på ulike måter til at sosionom- og vernepleierutdanningens innhold er tilpasset arbeidslivets behov. Prosjektet bidrar i institusjonenes arbeid med å innhente informasjon fra relevante avtakere for å sikre studiets relevans for arbeidsliv (NOKUT s.74-75 2017).

NOKUT (s. 82, 2017) ber i sin tilsynsrapport Høgskolen i Østfold fortsette med å utvikle allerede etablerte samarbeidsformer med kommuner og andre praksissteder med den hensikt å ytterligere forbedre kvaliteten i praksisstudiene, i tillegg til å styrke arbeidet med å involvere studentene i FoU-prosjekter, noe som vil øke kvaliteten i utdanningen, og gi økt forskningsbasert undervisning.

Økt satsing på praksis nær forskning og studentaktivforskning trekkes også fram i St.meld.16,(2016-2017) «Kultur for kvalitet i høyere utdanning», som forutsetning for god forskningsbasert utdanning.

To sosionomstudenter har hatt 3. års praksis, fra jan.-april, ved NAV Fredrikstad.

En vernepleie- og en sosionomstudent var i sin praksisperiode, i tillegg til å ha sin praksis i forbindelse med bacheloroppgaven tilknyttet DPS Fredrikstad, jan.-juni. To vernepleie studenter hadde sin år 3 praksisperiode i en boenhet for mennesker med ROP utfordringer og var tilknyttet prosjektet i enheten.

**Metode: prosjektet som prosess**

*Plassering av prosjektet i feltet.*

Dette prosjektet var ett i en lang rekke samhandlingsprosjekter i det lokale tjenestebildet og vi brukte tid på å definere hva prosjektet kunne tilføre som ikke ble gjort allerede.

Samhandling mellom sektorer og tjenestelinjer er en sentral oppgave i dagens helse og omsorgsvesen, særlig etter Samhandlingsreformen [(St Meld nr 47 (2008-2009), 2009)](https://paperpile.com/c/BASsmR/Nar7). I ROP feltet, der brukeres sammensatte problemer krever innsats fra flere tjenester, er denne oppgaven særlig viktig. Fredrikstad Kommune og Sykehuset Østfold tar denne oppgaven alvorlig og en rekke prosjekter var på gang eller allerede gjennomført i prosjektperioden. var på gang eller allerede gjennomført i prosjektperioden.

En innledende liste over prosjekter pr. juni 2016 ble forelagt forskerteamet ved prosjektstart (vedlegg 1). Vi har brukt denne som utgangspunkt til å forstå prosjektlandskapet bedre og utfylt lista med informasjon vi har hentet fra prosjektdeltakere. En grundig redegjørelse for alle samhandlingsprosjekter i og mellom kommune og spesialisthelsetjenesten for ROP er utenfor dette prosjektet og har vist seg å være en komplisert oppgave. Vår undersøkelse er på langt nær komplett, men robust nok til å plassere vårt prosjekt i et område som etter forfatternes mening ikke er fullt dekket.

* Disse eksisterende prosjektene involverer alle sentrale partnere, men ikke alle på en gang. NAV er for eksempel ikke med i et forum som samler både kommune og spesialisthelsetjeneste i organisering av brede tilbud.
* Mange av prosjektene som har tjenesteendring som mål er initiert fra nasjonale prioriteringer og føringer og er organisert som “ovenfra og ned” tiltak. Eksempler er Overdosestrategien, LAR prosjektet, IPS prosjekt mellom NAV og spesialisthelsetjenesten SMP og DPS.
* Det er varierende kunnskap om prosjektene blant ansatte i de ulike sektorer og tjenestelinjer. Særlig fant vi mangel på forståelse om strategiske prosjekter blant ansatte på operativt nivå. Det er uvisst hvordan og i hvilken grad erfaringer fra operativt nivå er med på å forme prosjektarbeidet og samhandling på strategisk og mellomnivå.
* Brukermedvirkning varierer mellom prosjektene. Der brukere er med er deres rolle ofte forhåndsbestemt av prosjektets formål. Vi har ikke funnet eksempler på prosjekter der brukererfaring har vært med på å forme tiltak fra starten.
* Det er en rekke fora der konkrete pasient eller brukersaker meldes inn og diskuteres. Brukere møter ikke i disse foraene og NAV er ikke med i alle.
* Det er uvisst hvorvidt diskusjonene fra konkrete brukersaker benyttes systematisk i endringsarbeidet.

Vi organiserte derfor prosjektet til å utfylle samhandlings-landskapet på følgende måte:

* Skape endring som knytter sammen eksisterende god praksis mot resultater det er bred enighet om og som
* bygger på erfaring og kunnskap fra operativt nivå, med bred tverrfaglig deltakelse som inkluderer NAV og der
* Brukererfaring og brukerkompetanse er sentralt.
* Bruke forskerbidrag for å systematisere endring og læring som kan fortsette utover prosjektperioden
* Bruke studenter i praksis som en del av prosjektet for å styrke kompetanse og samarbeide mellom profesjonsutdannelse og praksisfelt

*Contribution analysis*

For å identifisere, iverksette og evaluere inngrep benyttet vi «Contribution Analysis» [(Morton, 2015; Wimbush & Beeston, 2010)](https://paperpile.com/c/BASsmR/DaNI+u5QB). Contribution Analysis bygger på “Theory of Change”, en tilnærming til evaluering av komplekse utviklingsprosjekter i nabolag og større utviklingsprogrammer [(Weiss, 2000)](https://paperpile.com/c/BASsmR/Numf)). En erfaring fra slike komplekse prosjekter var at programmer ofte ikke leverte fordi ulike aktører hadde ulike forventinger og teorier om årsak og virkningsforhold. Mye tid og ressurs gikk derfor med til å strides om hva programmet skulle få til og hvordan. For å skape fungerende partnerskap i utviklingsarbeidet var det nødvendig å hjelpe samarbeidspartnere klargjøre og forhandle om ulike perspektiver, interesser og kunnskap om hva hensikten med prosjektet eller programmet var, og hvordan disse kunne realiseres.

Contribution analysis er særlig egnet i evaluering av prosjekter med komplekse årsak og virkningsforhold. Sammensatte lidelser som ROP krever samhandling på tvers av profesjons, organisasjon og tjenestegrenser. Dette skaper komplekse organisatoriske løsninger for uregjerlige problemer [(Head & Alford, 2015; Rittel & Webber, 1973)](https://paperpile.com/c/BASsmR/OXZeM+NEZZ) der inngrep interagerer med flere ukjente faktorer med uforutsett resultat. I slike sammenhenger er det vanskelig å finne direkte relasjoner mellom inngrep og effekt på grunn av en rekke kjente og ukjente faktorer som påvirker hverandre. Contribution analysis gir et rammeverk for å forstå og håndtere denne kompleksiteten. Den gjør det mulig å se prosjektet i en videre kontekst av ytre påvirkningsfaktorer og å bygge en evidensbasert beskrivelse av hvordan bestemte inngrep “bidrog til” (“contributed to”) et endelig resultat.

Kolleger i Skottland, Dr. Sarah Morton og Dr. Ailsa Cook fra Outcome Focus <http://www.outcomefocus.org/> , har utviklet metoden som et verktøy i tjenesteutvikling, og de har begge støttet bruk av metoden i dette prosjektet. Contribution Analysis som et verktøy i tjenesteutvikling gir en struktur for tverrfaglig planlegging som sikrer at ulike perspektiver blir hørt og bidrar til utviklingen. Videre gjør denne tilnærmingen det mulig å håndtere kompleksiteten i ROP feltet uten å bidra unødig til den. Verktøyet legger til rette for avklaring av de *resultatene* vi vil prosjektet skal lede til ved å bygge en felles forståelse av «hvordan suksess ser ut». Videre planlegging kan så fokusere på detaljer rundt endring som må finne sted for at resultatene skal skapes, samt hvem som må trekkes inn og hvordan. Det er med andre ord ikke nødvendig å sette i verk nye tiltak, men å knytte sammen allerede eksisterende tjenester eller prosjekter på en ny måte.

*Samtidig implementering, evaluering og spissing av prosjektet*

Kontinuerlig evaluering av endringer som gjøres er en vesentlig del av tilnærmingen. Antakelser om årsak - virkningsforhold som ligger bak innføringen av endringer blir avdekket og kan bli evidens-testet, gjennom eksisterende kunnskap, og ved løpende evaluering av tiltaket underveis. Regelmessig tilbakemelding gjør det mulig å organisere inngrep i små steg av gangen, med rom for å justere inngrep mot det ønskede resultat.

Kontinuerlig evaluering er særlig viktig i komplekse tjeneste-landskap. En steg-for-steg utprøving av flere små endringer i eksisterende praksis og med kontinuerlig tilbakemeldinger utdyper system forståelsen og bidrar til håndtering av kompleksitet [(Dattée & Barlow, 2017)](https://paperpile.com/c/BASsmR/YNH5D) uten at mer aktivitet nødvendigvis skapes. Samtidig er den en kilde til systemlæring blant deltakerne som lettere ser sin rolle som del av et større tjenestesystem. Dette kan styrke dialog og samarbeide. Tilnærmingen representerer en kontinuerlig prosess, som kan fortsette utover et isolert prosjekt. Tilnærmingen bygger også kompetanse for tjenesteutvikling innad i organisasjonene.

*Organisasjon av prosjektet og følger for prosess og resultater*

Få utviklingsprosjekter fungerer helt etter oppskrift, og dette prosjektet er intet unntak. I dette prosjektet har ulike forventinger om ansvar og mandat mellom partnere vært en utfordring, men også en kilde til læring. Mangelen på klarhet rundt ansvar og mandat kan også ha fordeler, da nye perspektiver lettere kan komme fram i situasjoner uten en stram forhåndsdefinert agenda [(Lukes, 2005)](https://paperpile.com/c/BASsmR/VkmN). Det mest innovative ved dette prosjektet var hvordan brukerrepresentantenes perspektiver på ansvarliggjøring av bruker og recovery tilnærminger formet endringer som ble prøvd ut, og også åpnet for nye perspektiver på vanskelige diskusjoner om gapet mellom etterspørsel og tilbud til tjenester.

Vår intensjon bak bruk av Contribution Analysis ble ikke fullt ut realisert. Mangel på tid var en faktor. Det tar tid å sette på plass den langsiktig prosessen denne tilnærmingen forutsetter og tidsrammen og ressurser for prosjektet var meget smal – 1 år. En annen grunn var måten prosjektet var organisert. Prosjektorganisering er viktig i et prosjekt der ulike synspunkter og erfaringer skal spille på hverandre og skape ny forståelse og endring. Bred deltakelse og god dialog mellom parter involvert i en endringsprosess er viktig, og er samtidig den tyngste utfordringen.

Ledelsesforankring og godt samarbeide mellom ledere er nødvendig for å omsette ideer til daglig praksis [(T. Konsmo mfl., 2015)](https://paperpile.com/c/BASsmR/xUQg)). Særlig er ledelsesforankring en utfordring i “nedenfra og opp” tilnærminger [(Huby & Rees, 2005; Lunts, 2012)](https://paperpile.com/c/BASsmR/FOGY+6Of8)). Etter oppfordring fra praksispartnere var prosjektet organisert i 3 grupper: forskergruppe, bestående av forskerteamet fra Høgskolen, arbeidsgruppe, med representanter fra operativt nivå fra hver tjeneste og bruker organisasjon og styringsgruppe, med ledere fra disse tjenestene. Arbeidsgruppe og forskergruppe skulle utarbeide endringer, arbeidsgruppe skulle sette dem i verk og forskergruppe skulle stå for den løpende evalueringen og tilbakemeldingen. Forskergruppe, med representanter fra arbeidsgruppe, skulle rapportere til styringsgruppe.

Dette prosjektet var imidlertid organisert med kontinuerlig tjenesteutvikling som formål, drevet av kunnskap og ideer fra brukere og tjeneste-representanter i flere endrings runder. Det forutsetter en organisasjonsmodell som bygger på aktiv deltakelse av hele praksisfelt, inkludert ledere, i utarbeiding og iverksetting av endringer. Forskerteamets optimale rolle er en “aksjonsforskningsrolle” som fasilitator for, observatører av og rapportør om, en dialog mellom praksispartnere på ulike nivåer, mot praktiske inngrep. Mandat for denne forskerrollen må komme fra praksisfelt, som tar ansvar for utvikling av inngrep på grunnlag av fortløpende tilbakemeldinger fra forskerteamet. Av praksisfelt ble prosjektet imidlertid hovedsakelig definert som et “Høgskoleprosjekt”, initiert og ledet av Høgskolen. Ansvaret for å komme fram til og iverksette resultater var ikke avklart.

Et viktig trekk er at rollen som forankrer av prosessen har vært til tider uklar. Arbeidsgruppa har vært usikker på sitt mandat og ansvar. I tillegg har de hatt en rekke andre oppgaver innen tjenesteutvikling som har forhindret jevnt oppmøte og engasjement. Forskerne har hatt ansvaret for å fasilitere prosessen, men har ikke kunnet ta ansvar for resultatet av arbeidet med utforming av inngrepene.

Dialogen har i hovedsak funnet sted mellom forsker og arbeidsgruppe. Grunnet lav møtefrekvens og begrenset tid til møtene, har styringsgruppa ikke vært med i dialogen i samme grad. Ideer og nytenkning som er kommet fram mellom forsker og arbeidsgruppe, har ikke vært fullt kommunisert til og diskutert med, styringsgruppa, der beslutningsansvaret ligger.

En haltende dialog, varierende oppmøte og kort tidsramme for prosjektet har gjort at contribution analysis tilnærmingen ikke ble fullt utnyttet. Fokus for prosjektet har vært inngrepene som ble utarbeidet og ikke resultatene vi prøvde å oppnå. Prosjektet bidro slik til å gjøre et allerede travelt samhandlings landskap enda travlere, heller enn å bringe praksisdeltakerne sammen om å knytte sammen det eksisterende og spisse det mot resultater alle hadde eierskap til. Evalueringen har imidlertid brakt fram muligheter ved en resultatorientert endringsprosess.

Vi har fulgt og dokumentert hvordan ansvar- og mandatfordeling har formet tolkningen av prosjektresultater. I tråd med contribution analysis tilnærmingen har vi også analysert hvordan dialogen i sin tur er formet av helsepolitiske forutsetninger som ligger utenfor prosjektets muligheter til påvirkning. Dette arbeidet vært en kilde til mye læring som utgjør et resultat i seg selv og bidrar inn i anbefalinger om hvordan resultatene fra praktiske inngrep kan videreføres.

I det følgende redegjør vi for hvordan prosjektet utarbeidet og satte i verk tre inngrep og hva vi lærte. Vi beskriver hvordan bruker representantenes rolle ble styrket og hvordan deres innspill i stadig større grad la premissene for prosjektarbeidet og ideene som kom fram. Vi beskriver hvordan resultatene av inngrepene ble tolket i en videre helsepolitisk virkelighet som særlig lederne i styringsgruppa satt i, og føringer de i sine posisjoner måtte forholde seg til. Vi foreslår videre hvordan resultatene fra utprøving av brukersentrerte ideer kan bringe nye perspektiver inn i en helsepolitisk debatt om etterspørsel og tilbud av tjenester. Til slutt oppsummerer vi læringspunkter for praksis, undervisning og forskning.

**Tre inngrep**

Arbeidet med å utarbeide og implementere inngrep foregikk i 4 faser

1. Utarbeiding av inngrep
2. Arbeidssamling for å definere inngrep (Juni 2016)
3. Utarbeiding av inngrep (August - September 2016)
4. Iverksetting og fortløpende evaluering (januar - juni 2017)

*Definering av inngrep.*

De fleste medlemmer av både Styringsgruppa og Arbeidsgruppa deltok i en studietur til Edinburgh august 2015 der en kort demonstrasjon av Contribution Analysis tilnærmingen ble holdt av Dr. Morton og Dr. Cook.

Denne studieturen ble fulgt opp med en arbeidssamling i Fredrikstad juni 2016 med formål å anvende tilnærmingen for å identifisere praktiske inngrep. Denne samlingen gikk over 2 dager og ble fasilitert av Dr. Ailsa Cook fra Outcome Focus, Edinburgh <http://www.outcomefocus.org/> som også hadde vært med på demonstrasjonen av tilnærmingen i Edinburgh. Det var full deltakelse fra arbeidsgruppa i Fredrikstad samlingen, men styringsgruppa var ikke fullt representert. Bare to medlemmer deltok på deler av samlingen.

Dag 1 arbeidet hele gruppen seg fram til 3 områder der den mente fokuserte tiltak kunne forbedre praksis mot ønskede resultater:

* Brukersentrert praksis
* Rett tjeneste til rett sted
* Kompetansebygging på tvers

Se vedlegg 2.

Dag 2 ble Contribution Analysis metoden anvendt til å definere inngrep innen hvert område. Deltakerne delte seg i 3 grupper, og hver gruppe arbeidet innen et område for å skissere opp hva som måtte endres for å nå de ønskede resultater innen hvert område. Denne tenkingen ble organisert i “resultatkjeder” som artikulerte hvordan endringer kunne lede til de ønskede endelig resultat:

* Resultatene som skulle oppnås ble definert
* Endring i praksis, kunnskap og kompetanse som skal til for å oppnå resultatene ble skissert opp
* Deltakelse og forankring som kreves for å støtte opp under endring ble skissert opp.
* Til sist ble praktiske tiltak uttenkt, som ville ha mest mulig uttelling for resultatene.

Se vedlegg 3 for resultatkjeder for hvert område

Evaluering av denne arbeid samlingen viste at deltakerne verdsatte denne måten å jobbe på. Samlingen var imidlertid intens, og mye ble pakket inn i løpet av kort tid slik at det var ujevn forståelse for tilnærmingen. Fravær av medlemmer i styringsgruppa var også en faktor i ujevn forståelse av tilnærming og arbeidsmåte.

*Utarbeiding av inngrep*

Tiltakene ble så utarbeidet i mer detalj og iverksettingen planlagt i arbeidsgruppa, med fasilitering fra forskerteamet, mellom august og desember 2016. Ulike oppfatninger om arbeidsgruppas mandat og ansvar kom til syne i denne delen av prosessen. Tilnærmingen krevde jevnt oppmøte fra alle arbeidsgruppas medlemmer. Imidlertid hadde medlemmene mange oppgaver og begrenset tid til prosessen. Det viste seg umulig å samle hele gruppa i felles samlinger. Prosessen ble utført i 6 mindre grupper med varierende oppmøte. Utskiftinger i stillinger og sykdom var også en faktor i en så langtidig prosess. Dette betød avbrekk i deltakelse og nye medlemmer i gruppa som ikke hadde vært med i prosessen fra begynnelsen, noe som brøt kontinuiteten, da deltakerne fant det vanskelig å holde i trådene i en noe oppstykket dialog i en travel arbeidshverdag. Imidlertid førte nye medlemmer også til nye innspill og ideer.

Forskergruppe og særlig arbeidsgruppe arbeidet imidlertid hardt og effektivt innen disse begrensningene, og fire detaljerte inngrep ble planlagt, som fordelte seg over de tre arbeidsområdene som følger:

Brukersentrert praksis.

*Bruker skriver “Dagbok” som en form for Kognitiv Adferdsterapi (KAT) i integrert rus og psykiatrisk behandling.* Dette tiltaket ble foreslått av en brukerrepresentant med personlig erfaring fra denne terapiformen i Skottland [(Graham mfl., 2003)](https://paperpile.com/c/BASsmR/Dp2B5). KAT ble i hans behandling kombinert med “Community Reinforcement Approach” [(Meyers, Roozen, & Smith, 2011)](https://paperpile.com/c/BASsmR/PeDZZ) som hjelper bruker til å identifisere og takle, rustriggere i sine omgivelser. Kognitiv Adferdsterapi er også brukt i integrert rusbehandling i Norge [(Lossius, 2012)](https://paperpile.com/c/BASsmR/Tcp6), inkludert Fredrikstad.

Det spesielle ved tilnærmingen brukerdeltakeren foreslo var graden av ansvar for tilfriskning som ble lagt på bruker. Behandlingen han fikk var basert på minimal kartlegging og utredning, og var ikke rettet mot forhåndssatte mål. Brukerdeltakeren ble utlevert en blank liten notisblokk å ha i lomma samt en blyant, og bedt om å skrive ned hva som skjedde når han ruset seg, og hva han gjorde, tenkte og følte. Han satte sine egne mål etterhvert som han utviklet bevissthet om, og et språk for, sitt forhold til rusen og hvordan han så dette endre seg i framtida. Dette var en langsiktig prosess. med mange nedturer og sprekk i en meget langsom utvikling mot rusfrihet. Tilnærmingen setter slik bruker i førersetet for tilfriskning på egne premisser, og *ansvarliggjør* ham i prosessen. Valget å fortsette med rusen er et åpent alternativ der følgene er brukers ansvar, dog med tilpasset støtte fra tjenesteapparatet [(Huby og Langsholt 2018)](https://paperpile.com/c/BASsmR/hHaF).

Behandlingen brukerrepresentanten fikk i Skottland var utført av en kommunal “ruskonsulent” og omfattet ikke døgnbehandling på institusjon. Et kort avrusningsopphold ble tilbudt etter 9 måneder med flere sprekk, opp- og nedturer med brukerdagbok og først på et tidspunkt der brukerdeltakeren kunne artikulere for seg selv og dernest sin ruskonsulent hva han ville fylle tomheten etter rusen med og hva slags liv han ville leve. Videre var det viktig for ham at han i Skottland rapporterte til en person, en ruskonsulent i et tverrfaglig og tverrsektorielt team av ansatte i kommune- og helsetjenesten. Hun ko-ordinerte også fastlege-, velferd- og spesialisthelsetjenester på hans vegne. Dette betød en enklere hverdag fordi han slapp å holde orden på et komplisert tjenestenettverk. Det betød også at kontakten han hadde med tjenestene i høy grad var forpliktende fordi han forholdt seg til en person, ikke et anonymt system [(Huby og Langsholt 2018)](https://paperpile.com/c/BASsmR/hHaF).

Prosjektinngrepet representerte en mulighet til å utforske "ansvarliggjøring" i en norsk kontekst der brukers lovfestede rett til tjenester setter premisser for ansvaret han kan tillegges. Videre ville vi utforske "ansvarliggjøring" i et tjenestesystem som er mindre integrert enn i Skottland. Vi ville synliggjøre struktur og prosess for deling av ansvar og kontroll mellom bruker og tjenester i et norsk tjenesteopplegg.

“Ansvarliggjøring” av bruker ble et hovedbegrep i prosjektet, som ble utdypet og konkretisert etterhvert som prosjektet skred fram. Ideen om ansvarliggjøring er underbygget av Recovery filosofien. Recovery tilnærmingen er utbredt i rustjenesten og psykisk helsearbeid, men begrepet kan forstås på mange måter [(Best mfl., 2010; Landheim, Wik, Brendbekken, Brodahl, & Biong, 2016; Roth & Best, 2013)](https://paperpile.com/c/BASsmR/aaITg+DaWbL+Sms9c) Versjonen som ble utdypet i prosjektet kommer fra en bevegelse blant “tunge” psykiatriske pasienter som var skrevet ut av institusjoner, men likefullt følte seg innesperret av tunge medikamenter [(Crossley, 2006)](https://paperpile.com/c/BASsmR/5hbVn). Denne tolkningen av recovery gir bruker ansvar for forholdet han vil ha til rus, og dermed også til konsekvensene av dette valget. Tilnærmingen kan virke radikal, da rus nettopp fjerner muligheter til å ta valg. Dessuten berører rus andre personer, som ikke alle er i stand til å håndtere følgene av rusen. Imidlertid er det å ta valg og håndtere følgene av dem en oppgave vi alle står overfor. Ansvar er derfor en viktig del av tilfriskning fordi ansvar visker ut forskjeller mellom "oss" ("friske") og "dem" ("syke") og fremmer integrering ved å fjerne noe av stigmaet forbundet med "rusavhengig" og fremmer integrering. Videre betyr ikke "ansvarliggjøring" av bruker ansvarsfraskrivelse fra tjenesters side. Recovery tilnærmingen forutsetter tvert imot et velkoordinert hjelpeapparat som kan hjelpe bruker og pårørende å håndtere langsiktige utvikling mot kontroll på rusen. Støtte gjennom sprekk og nedturer er særlig viktig. Som vi kommer tilbake til kan dette også åpne for nye måter å håndtere pågang på tjenester.

*Tverrfaglig KOR* (Klient og Resultatstyrt Praksis, [(Ulvestad, 2007)](https://paperpile.com/c/BASsmR/qA1M)). KOR er ofte bruker som en evalueringsform på individnivå der bruker gir tilbakemeldinger til terapeuten om hvordan behandlingen oppleves, slik at behandlingen styres rundt brukers erfaring. KOR brukes i ROP behandling både i kommunen og spesialisthelsetjenesten i Fredrikstad. Dette prosjektinngrepet var planlagt som et evalueringselement i "brukerdagbok" inngrepet. Hensikten var å invitere alle medlemmer i tverrfaglige Ansvarsgrupper eller mere uformelle nettverk rundt bruker til å evaluere interaksjonen i gruppemøter for å se om instrumentet kan fange opp sammenheng mellom brukers økte bevissthet på sitt forhold til rusen, og interaksjon i møtene.

Rett tjeneste til rett sted.

*Nettverksmøte*

Dette begynte som et tiltak med mål om å sette på plass tjenester i forkant for innskrivning til behandling, slik at overgangen mellom behandling og ettervern er smidigere. På grunn av utskifting og sykefravær falt denne ideen ut og NAV kom inn med en ide om et «Nettverksmøte» der brukere med kontakt med NAV men med behov for flere tjenester ble henvist inn. Hensikten med møtet var å hjelpe brukere å orientere seg i et komplekst tjenestesystem, tilrettelegge en diskusjon mellom bruker og tjeneste-representanter om ordninger som dekket brukers behov, og å sette på plass tjenestene raskt.

Kompetansebygging på tvers.

Dette inngrepet hadde som mål å bygge tverrfaglige nettverk gjennom deltakelse på hverandres kompetansedager, der tid ble satt av til å knytte uformelle relasjoner som styrker formelle tjenestenettverk til mere effektiv samhandling. På grunn av begrensede ressurser ble dette området henlagt til formidling av prosjektresultater i Regionalt Rusforum.

Til slutt ble vi enige om å fortsette med 3 inngrep

1. “Dagbok”,
2. “Nettverksmøte”
3. Tverrfaglig KOR.

Disse ble iverksatt og løpende evaluert. Se vedlegg 4 for en oppsummering av resultatene av hvert inngrep. I det følgende redegjør vi for helheten i iverksetting og evaluering av de tre inngrepene. Først vil vi imidlertid framheve studentenes rolle i evalueringen og potensialet den viser for introduksjon av tverrfaglige perspektiver og problemstillinger rundt brukermedvirkning på bachelornivå.

**Evaluering av inngrepene**

*Studentenes rolle i evalueringen*

Studentene fulgte nettverksmøtene siden oppstart i jan. 2017. Studenter med praksisplass i NAV og DPS har skrevet referat fra møtene, har vært delaktig i utarbeidelsen av intervjuguiden som ble benyttet i intervjuet med brukerne, og deltok i intervjuene. To studenter deltok i hvert møte og i intervjuer av brukerne.

Studentene har benytte seg av innsamlet data i sine bacheloroppgaver. Begge gruppene som har fulgt nettverksmøtene har hatt fokus på opplevd brukermedvirkning i prosjektet, men med noe ulik vinkling. Problemstillingene for oppgavene har vært; «Hvordan opplever brukerne anerkjennelse og brukermedvirkning i nettverksmøtet i prosjektet Sårbare Overganger?» og «Hvilken opplevelse sitter deltakerne i prosjektet Tricky Transitions igjen med etter tiltaket Rett tjeneste til rett tid og på rett nivå»

Det tredje studentparet som deltok i prosjektet, en vernepleie- og en sosionomstudent, var tilknyttet et kommunalt bo- og oppfølgingstilbud i 3. års praksis og i praksisperioden tilknyttet bachelor, fra jan.-juni. De har deltatt aktivt i prosessen med implementeringen av dagbok, og oppfølgingen av to beboere og deres bruk av dagboken i sitt recovery-arbeid [(Landheim mfl., 2016)](https://paperpile.com/c/BASsmR/aaITg)). Studentene har intervjuet de to beboerne om deres erfaringer med bruk av dagbok, og benyttet seg av data fra disse intervjuene i sin bacheloroppgave med tittelen; «Kan brukerdagbok bidra til at ROP brukeren får en bevisstgjøring i sitt endringsarbeid?».

Studentene har vært viktige bidragsytere i prosjektet, og har kommet med gode og interessante observasjon og refleksjoner i arbeidet med å implementere, gjennomføre og evaluere de to tiltakene, nettverksmøte og dagbok.

De har også bidratt i det viktige arbeidet med å løfte frem ROP-brukernes stemme i deres bacheloroppgaver. Studentene har gjennomført både praksisperioden og skrevet bacheloroppgaven i tverrprofesjonelle team, bestående av både sosionom- og vernepleierstudenter. Noe vi mener har bidratt til at andre problemstillinger og perspektiver har blitt aktualisert og løftet fram, som resultat av at representanter fra to ulike profesjonsutdanninger, som begge er sentrale i arbeidet med ROP-brukere, jobber så tett sammen.

*Evaluering av inngrepene og resultater*

Paradoksalt nok ble brukerrepresentantens ideer og erfaringer om “ansvarliggjøring” og recovery utviklet og iverksatt i nettverksmøtet og ikke i brukerdagbok inngrepet. Nettverksmøtet synliggjorde en tverrfaglig og organisatorisk sammenheng i langt større grad enn brukerdagbok og paradokset gav oss en anledning til å se hvordan en ide om ansvarliggjøring og recovery ble fanget opp og tolket i en videre helsepolitisk sammenheng.

Vi redegjør i det følgende for iverksetting og utprøving av inngrepene og hvordan nettverksmøtene ble fokus for prosjektet. Her framstod to rammer for fortolkning av resultatene: et "systemperspektiv" på nettverksmøtet som en vei inn i tjenester for en spesiell gruppe, noe som reiste vanskelige spørsmål om rettferdighet og prioriteringer i tilgang på knappe tjenester. Et "individperspektiv" satte enkeltbruker og hennes interaksjon med tverrfaglige tjenester i fokus, men kunne miste "systemproblematikken" av syne. Deretter diskuterer vi muligheter ansvarliggjøring og recovery ideer representerer til å oppheve noen av disse motsetningene i form av bidrag til BEON (beste effektive omsorgsnivå) prinsippet.

*Brukerdagbok og Tverrfaglig KOR*

Målet med Brukerdagbok var å prøve ut en åpen prosess av endring i rusadferd, der bruker satt i førersetet og med ansvar for å sette mål og finne måter å oppnå dem. Terapeutens rolle var å støtte prosessen og hjelpe bruker å bli bevisst, og finne et språk for, hvor hun ville i livet og rusens rolle i denne reisen.

Planen var å prøve ut Brukerdagbok i oppsøkende virksomhet i kommunen, med brukere som hadde ansvarsgruppe eller lignende ordning. Tverrfaglig KOR var planlagt å brukes til å støtte opp under praksis i tverrfaglige gruppemøter rundt brukers økende bevissthet om livsvalg. Tiltakene ble imidlertid plassert i et prosjekt i en boenhet, der det var tett oppfølging av sårbare brukere som del av kartlegging, utredning og miljøterapi. Dette var noe annerledes kontekst enn forutsatt og den åpne prosessen brukerdagbok la opp til var vanskelig å gjennomføre. I tillegg gikk utprøving av brukerdagbok sin gang utenom oppmerksomheten i prosjektet som helhet og resultatene ble ikke gjenstand for diskusjon i samme grad som Nettverksmøtet.

Tilbud om brukerdagbok ble tatt opp av 2 brukere i enheten. I tillegg brukte enhetens leder brukerdagboka i møter med en bruker som var utskrevet fra enheten og mottok oppsøkende tjeneste. Brukerrepresentanten som foreslo inngrepet ble invitert til å snakke om tilnærmingen i flere av enhetens avdelinger. Møtene skapte god diskusjon og interesse.

Brukerne i boenheten fant at dagboka gav dem en struktur i hverdagen og hjalp dem å ordne tankene. Lederen for enheten fant “dagboka” særlig nyttig i oppfølging av bruker utenfor boenheten fordi den gav en kontekst for brukers situasjon utenom møter med terapeuten.

KOR ble bare i begrenset grad prøvd ut i forbindelse med brukerdagbokinngrepet. Skjemaet for bruker ble av studentene prøvd ut med enhetsbeboerne som brukte dagbok. Men skjemaet for tjenesterepresentantene i deres ansvarsgrupper ble ikke prøvd ut. Hensikten med KOR inngrepet, dvs. å oppmuntre ansvarsgruppen til å innlemme de tverrfaglige og bruker tilbakemeldingene i utvikling og refleksjon om tjenestene ble heller ikke gjennomført. KOR ble etterhvert en del av nettverksmøte inngrepet.

*“Nettverksmøtene” og KOR*

Nettverksmøtet

I motsetning til brukerdagbok var “nettverksmøtet initiert av NAV og fra strategisk hold. Dette gav inngrepet større fokus og profil i prosjektet.

Formål med “nettverksmøte” var å koble brukere henvist fra NAV med udekket behov for tjenester opp mot hensiktsmessige støtteordninger:

* Å informere bruker om tjenestetilbud som finnes.
* Å involvere bruker i beslutninger om ordninger
* Å legge til rette for gjensidig læring mellom tjenester om hverandres rammebetingelser.
* Å legge til rette for hensiktsmessige henvisninger med sjanser for å nå fram
* Å korte ned unødvendig ventetid på søknader og henvisninger

Brukere av NAV med ROP utfordringer definert som “tunge, men motivert til endring” ble valgt ut av en mellomleder og NAV representanten i arbeidsgruppa og invitert til et møte med representanter for kommune og spesialisthelsetjenesten. Møtets faste medlemmer bestod av medlemmer av prosjektets arbeidsgruppe. I tilfeller der bruker hadde en hovedkontakt innen tjenesten, for eksempel ruskonsulent eller NAV saksbehandler, deltok også denne nøkkelpersonen. Fastleger deltok i tre møter. Utprøving la opp til møter med 10 brukere. Sju møter ble avholdt.

Løpende evaluering gav tilbakemelding på formål, møteformen, målgruppe og utvelgelse av brukere, brukeres og tjenesteyteres erfaringer samt resultater av møtene. Se vedlegg 4 for detaljer. Her tar vi opp hovedpunktene i evalueringsresultatene og fletter inn diskusjoner med Styringsgruppa for å få fram ulike perspektiver på inngrepene.

Erfaringskonsulent rollen i møtet var et innovativt og positivt trekk alle var enige om hadde verdi og interesse. Brukerrepresentanten i arbeidsgruppa tok en sentral rolle i forberedelse og avvikling av møtene. Dette var delvis en bevisst beslutning tatt av arbeidsgruppa for å gjøre inngrepet brukersentrert, men også fordi det var vanskelig for gruppa å bli enige om hvilken tjeneste som skulle ta ansvaret. Brukerrepresentanten traff brukere henvist til møtene i forkant for å forklare hvordan møtet fungerte, hjalp dem å formulere hva de ville oppnå i møtet, og avtalte hvordan han kunne støtte opp. Brukerrepresentanten ledet også møtene. Alle var enige i at han fylte sin rolle meget godt, og at han i tillegg etablerte en spesiell kontakt med brukerne fordi han delte erfaring, språk og kunnskap om utfordringer i å takle både ROP og tjenesteapparatet.

Formålet med inngrepet ble tolket ulikt. Hovedformålet med møtet var først og fremst å etablere et tjenestenettverk rundt brukere som manglet dette, og så hjelpe dem til å artikulere sine behov til nettverket. Dernest var hensikten å fasilitere rask tilgang. Fra ledelseshold ble det påpekt at mange av disse funksjonene allerede var ivaretatt av arbeidsgrupper og individuell plan. Møtet hadde imidlertid som mål å sikre disse ordningene for en gruppe særlig utsatte brukere som ikke hadde dem fra før. En annen og tungtveiende innvending mot møtet fra ledelseshold var at møtet kunne sees som en “snarvei” inn i systemet for en liten og vagt definert gruppe. Presset på tjenester og lange ventelister betyr at klare kriterier for tilgang til tjenester er særlig viktig for å skape rettferdig og effektiv fordeling av ressurser. Dette var et viktig poeng for ledere som stilles til ansvar for måten de håndterer pågang på tjenester. Formålet å koble brukere raskere på tjenester ble heller ikke alltid oppnådd fordi systemet utenfor møtene forholdt seg til standard ordninger mht. håndtering av henvisninger.

Målgruppe var derfor gjenstand for mye og løpende diskusjon. Henvisninger til møtene var ordnet av en NAV leder og NAVs representant i arbeidsgruppa. Disse valgte ut brukere som ble meldt inn av NAV saksbehandlere. Kriteriene fra NAVs side var ustabil kontakt med tjenesteapparatet og dermed muligens manglende tilgang til den rette oppfølging og hjelp. Samtidig var det viktig at brukere hadde en viss grad av motivasjon, ellers ville de med sannsynlighet ikke møte opp. Kombinasjonen av behov for tilkobling til rett tjeneste og samtidig anledning eller motivasjon til å møte opp viste seg å være en vanskelig balanse. Å "jage opp" brukere viste seg å være en tidkrevende og vanskelig jobb. Etter at et par brukere uteble fra planlagt møtet ble “lettere” brukere valgt ut. Dette gjorde møteavvikling lettere, men møtet mistet mye av sin funksjon.

Saksbehandlere ved NAV intervjuet som en del av evalueringen mente de hadde brukere som kunne dra stor nytte av møtet, og at de hadde meldt brukere inn de mente fylte kriteriene, uten at disse ble valgt ut. Ruskonsulenter fra kommunen mente likeledes at de hadde brukere på sine lister de mente kunne ha nytte av et møte og etterlyste muligheten for andre tjenester enn NAV å melde brukere inn. Dette antyder nytteverdien av et slikt møte, men understreker også utfordringer i å definere gode kriterier for tilgang.

Et resultat av inngrepet var at NAV gikk gjennom gruppen av brukere som regelmessig uteble fra timer og fant at flertallet allerede hadde tjenester. Dette gjorde et møte med mål om å koble disse brukere på tjenester mindre viktig. Det avdekket imidlertid utfordringer med hensyn til samarbeide mellom tjenester i oppfølging av denne brukergruppen. Etter 7 møter ble det bestemt å avslutte utprøvingen.

Møteformen var et gjennomgående tema. Det var mye som skulle falle på plass for å skape en dialog der bruker var involvert i diskusjonen og beslutninger som ble tatt. Tjenesterepresentantene var ikke alltid klar over at terminologi og språk brukt til hverdags i tjenesteøyemed kan være ugjennomtrengelig for brukere. Videre hadde noen møter en tendens til å bli et forum hvor de ulike tjenester la fram sine tilbud, uten at dette førte til en dialog med bruker om hvilke ordninger som best dekket behovet. Noen brukere følte seg satt utenfor i beslutninger og at de ikke “ble hørt”.

Studentene som observatører og referenter utenfra var et meget positivt innslag. De rettet oppmerksomheten mot justering av språk slik at dette er tilpasset bruker, sørget for møte lokaler og møtedeltakernes plassering. Endringer, for eksempel bytte av lokale fra NAV til DPS, som hadde større og lysere rom, ble foretatt med grunnlag i studentenes tilbakemeldinger.

Tverrfaglig KOR ble prøvd ut som verktøy for nettverksmøtet å evaluere seg selv og finne fram til en møteform som styrket brukerdeltakelse. Evalueringen ble foretatt på grunnlag av brukerintervju, separate utfylte KOR skjemaer av tjenestedeltakerne i møtet og i et tilfelle, psykologs refleksjoner på grunnlag av utfylte skjemaer, meldt tilbake til etterfølgende møte. Brukerne var ikke med på tilbakemeldingen fordi de ikke møtte igjen. KOR viste sammenfall og ulikheter i tolkning av møtet blant deltakere og mellom tjenestedeltakere og bruker. Verktøyet la åpent interessante gruppedynamikker og produserte godt materiale for psykologens tilbakemelding. Imidlertid krever verktøyet tid, opplæring og struktur.

Brukeres erfaringer var naturligvis et hovedanliggende for alle i prosjektet. Brukere som møtte var antatt å være sårbare og en negativ opplevelse av møtet kunne utgjøre et alvorlig tilbakeslag i tilfriskning. Særlig i styringsgruppa var det mange som mente at for en sårbar bruker å møte et helt panel av tjeneste representanter de ikke kjente ville være en alt for stor påkjenning. Arbeidsgruppa, og særlig brukerrepresentanten mente på sin side at et slikt møte var en viktig del av tilfriskning og at bruker måtte ta ansvar for måten hun møtte tjenestene på. Det er en hel rekke tjenester å forholde seg til, og hvis bruker skal være med å bestemme hvilke som er relevante for henne må hun forholde seg til helheten. Alle brukerne untatt en hadde taklet møtet. Evalueringen antydet at brukere satte pris på anledningen til å finne ut av hva som fantes av tilbud i ett møte heller enn å vandre mellom flere kontorer. Mange følte at de lærte noe nytt om hvordan systemet fungerte.

Tjenesterepresentanters erfaringer.

Tjenesterepresentantene utenfor arbeidsgruppa hadde i hovedsak positive opplevelser. De mente brukere hadde fordel av å møte tjenestene på en ny måte, lære om hva som var tilgjengelig og hvordan det kunne brukes. En fastlege satte pris på å knytte kontakter med sin pasients tjenester og etablere samarbeide. De faste medlemmene fra arbeidsgruppa satte særlig pris på dynamikken som oppstod ved at en erfaringskonsulent ledet møtene.

*Justering og spissing av inngrepet*

Arbeidsgruppa gikk gjennom evaluerings resultatene ved to anledninger. En gang ved halvgått løp i utprøvingsfasen, en gang ved diskusjon om utkastet til endelig rapport. Disse diskusjonene utdypet tenkning rundt formål og målgruppe og spisset formålet med nettverksmøtet mot en ansvarliggjøring og recovery tilnærming. Disse punktene ble utdypet:

Målsetning

* Målet med møtet må revideres og utvides. Rask kobling til tjenester er ikke det eneste formålet. Beslutninger om henvisninger kan ikke alltid realistisk tas i møtet. Møtet må sees som ett steg i en lengre prosess mot relevant tjenestekontakt.
* “Ansvarliggjøring:” Det at bruker støttes til å møte, legge fram sitt syn på det han eller hun trenger og muligens bli konfrontert med dette i en diskusjon er i seg selv et viktig steg i tilfriskning som ikke alltid slår ut med en gang. Utfallet av møtet må vurderes realistisk ut ifra der bruker er i en tilfriskningsprosess.
* Andre sider ved møtet er verdifullt: møtet er blitt til et nettverk av personer som kjenner hverandre og jobber godt sammen. Dette kan gi bruker en bredere kontaktflate inn i tjenester og sikre relevant plassering ut ifra hans eller hennes forutsetninger. Gruppa ble enige om at tildelingskontorets pasientkoordinator kan ta rollen som hovedkontakt inn i tjenester hvis bruker trenger støtte etter møtet og før ordninger er på plass. En utvidelse av erfaringskonsulentrollen ble også satt på agendaen.

Organisering og målgruppe

* Målgruppe må avklares. Brukere med tunge utfordringer og et ustabilt forhold til tjenester er en målgruppe som trenger støtte. Denne gruppen dukker ikke bare opp i NAV. "Ikke møtt" kategorien i DPS viser til samme gruppe. Denne gruppen av brukere krever ekstra ressurser i form av oppfølging, og ubrukte timer representerer tidsressurs som ikke blir utnyttet. Et tilbud til denne gruppen kan også avlaste tjenester.
* Rekrutteringsgrunnlaget må utvides. Andre tjenester arbeider med brukere som vil ha nytte av møtet, for eksempel kommunens ruskonsulenter og Tildelingskontoret.
* Faste møter er ikke effektiv bruk av ressurser. Møter må tilkalles etter behov og rutiner settes inn og forankres.
* Ett eksempel som kan brukes er håndtering av uforutsette tvangsinnleggelse, som er lagt inn i samarbeidsavtale kommune, sykehuset. Koordinator kaller inn relevante samarbeidspartnere, tjenesters rolle er forankret på høyt nivå og sikrer ressursutløsning.

Erfaringskonsulentrollen

* Erfaringskonsulentens rolle er nyskapende i et “ansvarliggjøringsperspektiv”.
* Han trenger tilknytning til et fast tjenestenettverk som kan gi brukere en bred og fleksibel kontaktflate inn i tjenesteapparatet.
* Erfaringskonsulentrollen kan med fordel forankres organisatorisk, for eksempel på tvers av tjenester. Kan rollen etableres på tvers av tjenester ved bidrag i form av stillingsbrøker? Kan flere konsulenter arbeide sammen i et “team”?

Evalueringskultur

* Formen av møtet er avgjørende for “ansvarliggjøring”. En evaluering av hvert møte med deltakelse av både bruker og tjenestedeltakere er en måte å spisse møteformen og ledelse mot brukers behov. Dette er samtidig en anledning til felles kompetansebygging. Tverrfaglig KOR er et eksempel på et slikt verktøy.

Arbeidsgruppas forslag til videreføring førte bare delvis fram, (se vedlegg 5, anbefalinger og videreføring). Imidlertid er en utdyping av ideen om ansvarliggjøring og relevans for videre helsepolitiske tilnærminger mulig med grunnlag i prosjektresultatene.

*Diskusjon: Recovery i tjenesteutvikling: motsetninger og muligheter*

Resultater av evalueringen av nettverksmøtet og diskusjonen rundt dem viste to motstridende referanserammer for tolkning men også perspektiver på en mulig oppheving av disse motsetningene.

Fra et systemperspektiv var håndtering av pågang på tjenester en viktig faktor. Alle tjenester var under stort press. Ventelistene var lange, og etterspørselen var større enn ressursene. Et inngrep som nettverksmøtet uten klare kriterier for tilgang kunne skape presedens for snarveier inn i tjenesteapparatet og bidra ytterligere til presset.

Fra et individperspektiv var det at individuelle brukere møtte tjenestene på en ny måte det viktigste.

Men har et tjenesteapparat under stort press rom og ressurs til å gi bare noen enkelte brukere denne muligheten? Et forslag om å skape en egen tjeneste, for eksempel nettverksmøtet, for å dekke behov til et mindretall er vanskelig å støtte så lenge andre brukere med like store behov står på venteliste. Likeledes er det vanskelig å støtte nettverksmøtet som et forsøk på å møte individuelle brukere på en ny måte så lenge andre brukere ikke får denne muligheten.

Systemperspektivet og individperspektivet er imidlertid ikke nødvendigvis i motsetning. Løsninger med fokus på ansvarliggjøring av bruker kan frigjøre tjenester ved å bidra til at brukeres plass i tjenestesystemet er på et nivå der de kan best nyttiggjøre seg av de ressurser som tilbys. Hensiktsmessig behandling etter BEON prinsippet (Beste Effektive Omsorgsnivå) er et helsepolitisk prinsipp med mål å sikre effektiv ressursbruk. Dette understrekes blant annet i forarbeidene til den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester Prop. 91 L (2010-2011). I følge prinsippet om ansvarliggjøring av bruker vil beste tilkobling til tjenester avhenge av hvor brukeren er i sin tilfriskningsprosess og dermed i hvilken grad hun kan ta ansvar for full utnyttelse av det som tilbys.

BEON prinsippet anvendt i ROP omsorgen kan være vanskeligere å gjennomføre i det norske tjenestesystemet der brukeres adgang til tjenester er basert på lovfestede rettigheter. Tjenestesystemets oppgave er å skaffe brukere tjenester de har stadfestet rett til, og henlegging av behandling til kommunenivå slik brukerrepresentanten opplevde i Skottland, er ikke nødvendigvis direkte overførbart til norske forhold.

For brukerrepresentanten i styringsgruppa var imidlertid en av funksjonene til nettverksmøtet nettopp å innfri brukers rettighet til tjenester ved å skape et forum der bruker ble hørt og hjulpet til å delta i en diskusjon om støtteordninger. Møtet var slik forpliktende for bruker. Det var denne diskusjonen, og ikke nødvendigvis hvorvidt eller når henvisninger ble gjort, som var det viktige resultatet. Arbeidsgruppa la videre opp til at møtet kunne sette på plass et fast møtepunkt for brukeren inn i tjenesteapparatet som gav stabilitet selv i perioder med tilbakefall og “sprekk”. Dette med mål om at bruker kunne gis ansvaret for å ta initiativ til videre arbeid mot tilfriskning når hun var i stand til dette.

Det var funksjonene for møtet, og ikke selve møtet som et eget inngrep, som er viktig i denne sammenhengen. Disse funksjonene kan ivaretas av eksisterende eller planlagte ordninger som fanger målgrupper med behov og nytte av et fast holdepunkt. Videre er det fleksible samarbeide på tvers av tjenester som et slikt holdepunkt forutsetter, en del av daglig praksis [(Huby m.fl. 2018)](https://paperpile.com/c/BASsmR/iUop). Slikt samarbeide krever ikke egne inngrep eller prosjekter men synliggjort og befestet eksisterende praksis.

Erfaringskonsulentrollen i møtene var innovativ. Foruten å hjelpe brukere i møtet å artikulere for seg selv og tilhørerne hvordan de ser sin tilfriskning, ble han et trygt og uforpliktende kontaktpunkt særlig for brukere som ikke hadde tjenesteopplegg. En utvidelse av erfaringskonsulentrollen til en tverrfaglig ressurs, for eksempel et “team” som fungerer på tvers av tjenester slik arbeidsgruppa foreslo bygger også på eksisterende ressurser.

Videre er det et viktig poeng hvordan møtets funksjon kan spille på andre tilbud for å gi maksimum uttelling med hensyn til ansvarliggjøring. Samspill mellom for eksempel brukerdagbok og en form for nettverksmøte kan gi større uttelling for begge tiltak der kombinasjonen understøttes av en helhetstenkning rundt ansvarliggjøring av bruker. Resultatene av brukerdagbok antyder at dette kan være et verktøy som hjelper noen brukere til større bevissthet om egen tilfriskning, noe som igjen kan lede til (mere) hensiktsmessig tjenestebruk. Dette innebærer en tilpasning av terapi tilnærminger som allerede brukes.

Evidens antyder at en tilnærming der ansvarliggjøring er et underliggende og samordnende prinsipp for tjenester kan lette presset på knappe ressurser. Evaluering av kommunens musikkterapitjeneste viser at denne tjenesten kan redusere bruk av spesialisthelsetjenester, både poliklinikk og akutthjelp [(Korus-Øst, 2017)](https://paperpile.com/c/BASsmR/Z3Qt). Det er musikken og hva den betyr for den enkelte som gjør viktige utslaget for brukerne, men evalueringen antyder at brukers anledning til å sette takt og premisser for engasjement i tjenesten, ansvar de pålegges og pålegger seg selv, i aktiviteter som kor og band, samt en utvidelse av kontaktflaten inn i tjenester, også er viktig.

Ideer som er kommet fram i dette prosjektet om ansvarliggjøring og recovery som et prinsipp i tjenestetilbud og tjenesteutvikling kan slik støtte pågående omfordeling av tjenester, med hovedtyngden i kommunen. Kommunen tar nå over noen av spesialisthelsetjenestens tilbud, for eksempel akutte døgnplasser, mens spesialisthelsetjenesten tar på seg mer begrensede oppgaver.

Samhandling mellom tjenester og sektorer er avgjørende for et velfungerende tjenestesystem for ROP, og knapphet på ressurser gjør samhandling vanskelig. En ansvarliggjøring tilnærming som bidrar til å styrke førstenivå tjenester og lette presset på mer begrensede spesialistressurser, både i kommunen og spesialisthelsetjenesten kan føre til mindre press på ressurser. Dette kan i sin tur lette samhandlingsklimaet og åpne for innovative løsninger på tvers av tjenester og sektorer.

Prosjektet kom fram til læringspunkter som vil være viktige for en slik utvikling.

**Oppsummering: hva vi lærte**

Dette var et lite prosjekt, med et høyt ambisjonsnivå! Vi fikk likevel til en hel del, og vi lærte mye.

*Praksis*

Resultater eller prosjekt?

Vi lærte at det er mulig, viktig og veldig vanskelig å komme vekk fra "prosjekt" ideen i tjenesteutvikling og etablere systemer for langsiktig og kontinuerlig forbedring. Prosjekter er en god måte å bringe folk sammen for å skape noe nytt. Imidlertid vil et prosjekt lett føre til mere fragmentering i et allerede fragmentert felt. Dessuten er steget fra prosjekt til drift ofte det vanskeligste og mye kan gå tapt av læring og ideer ved prosjektslutt.

Dette prosjektet ville prøve å unngå dette ved å fasilitere en prosess der representanter fra tjenester på operativt og ledelsesnivå, samt brukere, ble enige om *resultater* de ville tjenestene skulle føre fram til, før de fant fram til inngrep som kan produsere disse resultatene. Deretter ville vi hjelpe praksisfelt å komme fram til endringer for å produsere disse resultatene. Dette innebærer ikke nødvendigvis nye tiltak eller prosjekter, men kan støtte opp under eksisterende ordninger slik at nye krav til organisering og styring unngås og varige endringer lettere bakes inn i praksis. Vi ville sette på plass en løpende evaluering av disse inngrepene som del av kontinuerlig tjenesteforbedring, og bygge kompetanse i tjenesten til en langvarig endringsprosess.

En slik framgangsmåte har vist seg vellykket i tjenesteforbedring i komplekse tjenestekontekster der isolerte tiltak har innvirkning på helheten på måter det er vanskelig å få oversikt over. En langsiktig og stegvis utvikling av mindre inngrep gjør det mulig å spisse dem mot bedre resultatoppnåelse og samtidig avdekke og håndtere, komplekse årsaksforhold på veien [(Dattée & Barlow, 2017)](https://paperpile.com/c/BASsmR/YNH5D).

Vi kom et lite stykke på vei i dette arbeidet og gjorde erfaringer som vil kunne støtte opp om en slik tilnærming.

Vi lærte hvor viktig det er at prosessen leder opp til resultater på flere nivåer, både individuelt nivå og systemnivå, slik at eierskap til resultatene er bredest mulig. Vi merker oss at inngrepene som ble arbeidet fram hadde som mål bedre resultater for

* Bruker: å sette henne i stand til å mestre livet og tjenestene
* Tjenesteyter: gi ham tid til det som angår brukerne og mindre tid på å håndtere “systemet”.
* Systemet: mere effektiv bruk av ressurser

Se vedlegg 3 for resultatkjeder.

Vi lærte hvor viktig det er at det er bredt engasjement i arbeidet med å definere resultater. Særlig viktig er det at ledere er med å definere resultater og forankre prosessen på beslutningsnivå. Løsningen prosjektet valgte, med en arbeidsgruppe og forskergruppe som rapporterte til en styringsgruppe var ikke hensiktsmessig. Organisering må gi lederne eierskap til prosessen og sikre at prioriteringer på systemnivå støtter opp under resultater for praksis og omvendt. Videre må prosjektorganisering sikre en reell dialog mellom operativt og ledelsesnivå, inkludert brukere, slik at løsninger kan finnes som sikter mot prioriteringer på begge nivåer.

Vi lærte at å løse ut ressurser til en slik langsiktig og til tider tidkrevende endringsprosess ikke er enkelt. Både lederes og ansattes tid er fylt opp av krav til drift og en rekke prosjekter satt i verk fra strategisk nivå. Det er derfor avgjørende at flest mulig er med å sikre at prosessen sikter mot effektiv ressursbruk, både på individplan og i systemet som helhet, og at alle drar fordeler, på kortere eller lengre sikt. En stegvis strategi med små endringer som tjenester har kapasitet til er viktig

Vi lærte at utvikling av kompetanse er en viktig del av brede endringsprosesser og at denne kompetansen lett kan mistes. Samarbeidet mellom brukere og ansatte på operativt nivå har utviklet seg til en ressurs med kompetanse, kunnskap og en samarbeidsform som kan gi verdifulle bidrag inn i framtidig forbedringsarbeid. Manglende avklaring rundt mandat og ansvar mellom de tre gruppene har hindret full uttelling for ressursen arbeidsgruppa representerer. Denne erfaringen er i seg selv et viktig læringspunkt for hvordan kompetansen i arbeidsgruppa kan beholdes og styrkes.

Brukermedvirkning

Vi lærte også hvor viktig og fruktbart der er å gi brukere en sentral rolle i endring. Det mest innovative aspektet ved prosjektet var brukernes rolle. De var med som premissleverandører for prosjektet fra begynnelsen og fikk en stadig viktigere rolle etterhvert som prosjektet skred fram. De deltok i utføringen av endring.

Vi lærte videre at brukerperspektivet alene er viktig, men ikke nok til nytenkning og innovasjon. Det var samspillet mellom bruker- og tjenesterepresentanter i arbeidsgruppa som skapte resultater i form av konkretisering av ideer om ansvarliggjøring i praktiske tjenesteordninger. Forskergruppa har bidratt i form av evaluering og refleksjon, samt formidling av resultater. Dette samspillet utløste muligheter til nytenkning og innovasjon rundt vanskelige spørsmål, for eksempel om ressursbruk.

Et samspill krever mer enn en å gi bruker en plass i en rådgivende komite eller referansegruppe. Samspillet må forankres i en prosjektorganisasjon som lar ulike perspektiver spille på hverandre i flere aspekter av en endringsprosess. Selv om prosjektorganiseringen i dette prosjektet hadde mange ulemper, skapte mangel på klarhet i ansvar og mandat et rom for brukerperspektivet å komme fram. Imidlertid manglet en mekanisme til forankring, blant annet fordi ledernivået ikke var fullt med i dialogen.

Full brukermedvirkning er ressurskrevende for et allerede presset tjenestesystem. Brukerperspektivet vil ofte representere en utfordring av eksisterende ordninger og samhandlingsmønstre, og konstruktiv debatt og løsning på utfordringer er tidkrevende. En løsning antydet ovenfor er stegvis endring og refleksjon rundt endringer som er innenfor ressurs og samhandlingsmuligheter. Det er likevel avgjørende at samspillet etter hvert bryter grenser for komfortsoner, da inkludering av brukere i tjenesteendring er en utfordring som krever politisk vilje.

Vi inkluderer pårørende i begrepet "brukermedvirkning". Dette prosjektet har ikke hatt pårørende som deltakere, noe som har vært en svakhet. Pårørende perspektivet og bidraget er imidlertid avgjørende for ROP tjenester . Pårørende er både en ressurs og en brukergruppe med kunnskap og erfaringer som må inn i tjenesteendring (Helsedirektoratet 2018).

Undervisning

Det å inkludere studenter som medforskere i praksisperioden på bachelornivå har vært en læringsrik og meningsgivende prosess. Det å få se kontekst gjennom 'øyne' som enda ikke er formet av profesjonsbetinget kultur har vært særlig spennende og gir mersmak. Erfaring er studenter som medforskere inn i prosjektet har vært nyttig. Ikke bare med tanke på språk og setting, men også med ervervede erfaringer på at studenter i samhandling med bruker har et annet utgangspunkt en 'vi' som profesjonelle. Studentene har en mer "fri rolle" i prosjektet, da de ikke er tilknyttet de ulike tjenestene som profesjonsutøvere, men som studenter i en læringssituasjon. De står derfor mer fritt til å stille undrende spørsmål, og stille spørsmål ved eksisterende praksis for samarbeid og brukermedvirkning. Profesjonsutøverne har gitt tydelig uttrykk for at det å ha med studenter i prosjektet har fått dem til å se på egen praksis med nye "øyne" og blitt utfordret på å reflektere og forklare for studentene den praksis og de ferdigheter som for dem ha blitt internalisert, og til dels også er taus kunnskap.

Det å inkludere studenter i slike prosjekt krever imidlertid struktur, dette både for å redusere frustrasjon og for å skape forutsigbarhet hos studenter, forskere og deltagerne i prosjektet. Studentene opplevde til tider at det var mange å forholde seg til, da flere hadde en praksisveileder å forholde seg til, i tillegg til to skoleveileder, arbeidsgruppa og ledergruppa. De erfarte hvor viktig det var med en klar struktur for å få til godt samarbeid. Samtidig som de var av den oppfatningen at denne formen for praksis- og bachelorperiode ga dem et læringsutbytte utover det vanlige, da de fikk være aktive deltakere i prosjektet i tillegg til ordinær drift på praksisplassen. De hadde i tillegg tilgang til langt flere "uformelle" veiledere, i form av alle deltakerne i prosjektet.

Et konkret og givende resultat av dette prosjektet har vært deltakelse av brukere og brukerkonsulenter inn i undervisningen. Nye studenter meddeler i sin evaluering av undervisning ‘*at det var veldig spennende da representanter fra Rio fortalte om tidligere liv og veien ut av misbruket’*. Videre oppmuntrer de til mer utstrakt bruk av gjesteforelesere med brukerkompetanse inn i undervisningen. Annen nytte er nye muligheter for å innhente annen fagkompetanse, dette via nye nettverk utviklet som en del av å være i prosjektet. Et eksempel her er bruk av representanter fra kommunen for å få tilgang til kyndig saksbehandlingskompetanse inn i aktuell undervisning.

Forskning

Dette prosjektet har vist hvor viktig et systemperspektiv (whole system perspective" [(Dattée & Barlow, 2017)](https://paperpile.com/c/BASsmR/YNH5D) er for å forstå enkeltpersoners erfaringer av et komplekst tjenestesystem. Systemforståelse krever metoder som avdekker hvordan erfaring og kunnskap på individnivå er fanget opp i en systemdynamikk. Intervjuer av enkeltpersoner er ikke alltid nok fordi vi ikke har oversikt eller forståelse av kompleksiteten vi er fanget opp i. Triangulering av ulike datamateriale er en innfallsvinkel [(Huby m.fl 2018)](https://paperpile.com/c/BASsmR/iUop). Breimo [(2015)](https://paperpile.com/c/BASsmR/VkAq/?noauthor=1) analyserer pasienters erfaring fra rehabilitering i systemperspektiv ved hjelp av institusjonell etnografi. Flermetodetilnærminger som bruker kombinasjoner av kvalitative og kvantitative metoder er en annen tilnærming [(Hart, 2001)](https://paperpile.com/c/BASsmR/zJUi)).

Evalueringslitteratur illustrerer hvor vanskelig det er å avdekke kompleksitet fordi ved å studere den blir vi delaktig. Refleksjon over forskerrollen og hvordan den påvirker materialet vi får er derfor nødvendig og forskere blir deltakende om vi vil eller ei. Forskere som aktive deltakere i håndtering av kompleksitet gir muligheter til praktisk nytte og akademisk kunnskap.

**Prosjektets oppnådde resultater i forhold til målsetning og forventede resultater.**

*Mål*

Denne rapporten beskriver prosjektet som et samarbeide mellom Høgskolen i Østfold, spesialisthelsetjenesten, kommune, brukere og pårørende, hva vi oppnådde og hva vi lærte. Vi har videre oppfylt delmålene vi satte oss:

*Delmål:*

1. Prosjektet har bygget på en analyse av suksesshistorier om samhandling i ROP pasienters behandling.
2. Prosjektet har samarbeidet med bruker/pasient, pårørende og helsearbeidere (i kommunen og spesialisthelsetjenesten) i utarbeiding av tiltak inn i forløpet til ROP-pasienter rundt overgangene Spesialisttjeneste/poliklinikk - Kommune.
3. Prosjektet har evaluert tiltakene og
4. trukket ut læring for
   1. praksis
   2. undervisning
   3. forskning

*Resultater*

* Læringspunktene for langsiktig tjenesteutvikling har overføringsverdi til andre deler av tjenesten når det gjelder prosjektorganisasjon, brukermedvirkning, og kompetansebygging.
* Læringspunktene bidrar inn i teori og forskning om samhandling og tjenesteorganisasjon. Brukerrepresentant og prosjektleder har skrevet en artikkel om recovery tilnærmingen som kommer ut i en antologi og psykososialt arbeid til høsten (Huby og Langsholt 2018). Artikler er under bearbeidelse til NAPHA (fagartikkel), og et engelskspråklig tidsskrift (Plos one). En artikkel fra fase 1 om brukermedvirkning er tatt inn i Tidsskrift for Velferdsforskning [(Huby m.fl. 2018)](https://paperpile.com/c/BASsmR/iUop).
* Prosjektet har bidratt til praksisnær undervisning på bachelornivå (sosionom og vernepleie) gjennom praksisplasser for studenter fra disse utdanningene. Prosjekterfaringer og blir nå brukt i undervisning ved disse utdanningene og også på Masternivå i Psykososialt Arbeid.
* Prosjektet har gitt innspill i nasjonal utarbeiding av pakkeforløp i ROP behandling.

Vi takker prosjektmedarbeidere fra praksis og brukerfelt for samarbeidet. Det har vært et interessant, uhyre utfordrende og lærerikt prosjekt, og vi håper vi har bidratt til nye perspektiver i praksis, undervisning og forskning!

**Referanser**

[Best, D., Rome, A., Hanning, K. A., White, W., Gossop, M., Taylor, A., & Perkins, A. (2010). Research for recovery: a review of the drugs evidence base. *Internet: www. scotland. gov. uk/resource/doc/321958/0103435. pdf (10 april 2013)*.](http://paperpile.com/b/BASsmR/Sms9c)

[Breimo, J. P. (2015). Rehabilitering: Samordningsproblematikk sett fra ett ståsted. I K. Widerberg (Red.), *I hjertet av velferdsstaten: En invitasjon til institusjonell etnografi* (s. 79–101). Cappelen Damm Akademisk.](http://paperpile.com/b/BASsmR/VkAq)

[Breimo, J. P., Normann, T., Thommesen, H., & Sandvin, J. T. (2015). *Individuell Plan, Samspill og Unoter*. Gyldendal Faglitteratur.](http://paperpile.com/b/BASsmR/Q0CM)

[Crossley, N. (2006). *Contesting Psychiatry: Social Movements in Mental Health*. Psychology Press.](http://paperpile.com/b/BASsmR/5hbVn)

[Dattée, B., & Barlow, J. (2017). Multilevel Organizational Adaptation: Scale Invariance in the Scottish Healthcare System. *Organization Science*, *28*(2), 301–319.](http://paperpile.com/b/BASsmR/YNH5D)

[Graham, H. L., Copello, A., Birchwood, M. J., Orford, J., McGovern, D., Maslin, J., & Georgiou, G. (2003). *Cognitive-Behavioural Integrated Treatment Approach for Psychosis and Problem Substance use* (s. 181–206). Wiley Online Library.](http://paperpile.com/b/BASsmR/Dp2B5)

[Hansen, G. V., Bjørkquist, C., Huby, G. Ø., & Johnsen, L. (2016). *SÅRBARE OVERGANGER--«Tricky Transitions»* (No. 1). Høgskolen i Østfold. Hentet fra](http://paperpile.com/b/BASsmR/NHZVM) <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2374818>

[Hart, E. (2001). System induced setbacks in stroke recovery. *Sociology of health & illness*, *23*(1), 101–123.](http://paperpile.com/b/BASsmR/zJUi)

[Head, B. W., & Alford, J. (2015). Wicked problems: Implications for public policy and management. *Administration & society*, *47*(6), 711–739.](http://paperpile.com/b/BASsmR/OXZeM)

[Helsedirektoratet. (2012). ROP Retningslinjene. Hentet fra](http://paperpile.com/b/BASsmR/452LR) <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelser>

[Helsedirektoratet. (2017). Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator.](http://paperpile.com/b/BASsmR/KLe9)

Helsedirektoratet 2018 Pårørendeveileder, veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten

[Helse- og Omsorgsdepartementet. (2016).](http://paperpile.com/b/BASsmR/TUjgH) Forskrift av 28. oktober 2016 nr. 1250 om Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. [Hentet fra](http://paperpile.com/b/BASsmR/TUjgH) <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>

Helse og Omsorgstjenesteloven (2011) Lov om kommunale helse og omsorgstjenester mm. hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30

[Huby, G: Johnsen, L: Klubben, M: Langsholt, L E. (2018). Hvordan praktisere “brukermedvirkning” når bruker er borte? Organisatoriske utfordringer for brukermedvirkning i helse og omsorgstjenester i Rus og Psykiatri feltet. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, *4*.](http://paperpile.com/b/BASsmR/iUop)

[Huby, G: Langsholt, TØ. (2018). En fortelling om historiens muligheter: Om recovery og brukermedvirkning i rus og psykiatri feltet. I Kristoffersen, N: Svalastog, AL: Strømmen Lil, H (Red.), *Å arbeide psykososialt - kunnskap, verdier og samfunn*.](http://paperpile.com/b/BASsmR/hHaF)

[Huby, G., & Rees, G. (2005). The effectiveness of quality improvement tools: joint working in integrated community teams. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, *17*(1), 53–58.](http://paperpile.com/b/BASsmR/FOGY)

[Klausen, R. K. (2016). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: en oppsummering av kunnskap* (No. 4 ). Senter for Omsorgsforskning.](http://paperpile.com/b/BASsmR/e9ST)

[Konsmo, T., & Bakke, T. (2012). *Brukermedvirkning i kvalitetsforbedring av tjenester for personer med rus og psykiske lidelser (ROP) : muligheter og utfordringer*. Oslo : Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten,.](http://paperpile.com/b/BASsmR/PUKqM)

[Konsmo, T., De Vibe, M., Bakke, T., Udness, E., Eggesvik, S., Norheim, G., … Vege A., (2015). (2015). Modell for kvalitetsforbedring - utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid. Notat nr. 1 om kvalitetsutvikling fra Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra](http://paperpile.com/b/BASsmR/xUQg) <https://www.fhi.no/publ/2015/modell-for-kvalitetsforbedring--utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-fo/>

[Korus-Øst. (2017). Musikkterapi i kommunalt rusarbeid.](http://paperpile.com/b/BASsmR/Z3Qt)

[Landheim, A., Wik, F. L., Brendbekken, M., Brodahl, M., & Biong, S. (Red.). (2016). *Et bedre liv: Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer*. Gyldendal Akademisk.](http://paperpile.com/b/BASsmR/aaITg)

[Lossius, K. (2012). *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Gyldendal akademisk.](http://paperpile.com/b/BASsmR/Tcp6)

[Lukes, S. (2005). Power: A radical view. The original text with two major new chapters. Basingstoke: Palgrave Macmillan.](http://paperpile.com/b/BASsmR/VkmN)

[Lunts, P. (2012). Change management in integrated care: what helps and hinders middle managers–a case study. *Journal of integrated care*, *20*(4), 246–256.](http://paperpile.com/b/BASsmR/6Of8)

[Meyers, R. J., Roozen, H. G., & Smith, J. E. (2011). The community reinforcement approach: an update of the evidence. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, *33*(4), 380–388.](http://paperpile.com/b/BASsmR/PeDZZ)

[Morton, S. (2015). Progressing research impact assessment: A «contributions» approach. *Research Evaluation*, *24*(4), 405–419.](http://paperpile.com/b/BASsmR/DaNI)

NOKUT (2017) Tilsyn med bachelorgrads-utdanninger i sosialt arbeid Januar 2017 <http://www.nokut.no/Documents/NOKUT/Artikkelbibliotek/Kunnskapsbasen/Rapporter/Revidering%20%20h%c3%b8yere%20utdanning/2017/Tilsyn_bachelorgradsutdanninger_sosialt_arbeid_2017.pdf>

NOKUT (2017) Tilsyn med bachelorgrads-utdanninger i vernepleie Januar 2017 <http://www.nokut.no/Documents/NOKUT/Artikkelbibliotek/Kunnskapsbasen/Rapporter/Revidering%20%20h%c3%b8yere%20utdanning/2017/Tilsyn_bachelorgradsutdanninger_i_vernepleie_2017.pdf>

[Pasient og Brukerrettighetsloven. (1999). Om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven). Hentet fra](http://paperpile.com/b/BASsmR/thSmK) <https://lovdata.no/lov>

[Rees, G., Edmunds, S., & Huby, G. (2005). Evaluation and development of integrated teams: the use of Significant Event Analysis. *Journal of Interprofessional Care*, *19*(2), 125–136.](http://paperpile.com/b/BASsmR/smVnf)

[Rittel, H. W. J., & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, *4*(2), 155–169.](http://paperpile.com/b/BASsmR/NEZZ)

[Roth, J. D., & Best, D. (2013). *Addiction and Recovery in the UK*. Routledge.](http://paperpile.com/b/BASsmR/DaWbL)

[Sosial og Helsedirektoratet. (2006). *Plan for brukermedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse*.](http://paperpile.com/b/BASsmR/dzAbo)

[St Meld nr 47 (2008-2009). (2009). Samhandlingsreformen. Rettbehandling--på rett sted--til rett tid. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 19. juni 2009, godkjent i statsråd samme dag. *Oslo: Helse-og omsorgsdepartementet*.](http://paperpile.com/b/BASsmR/Nar7)

[St. Prop 15 S (2015–2016). (2016). Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 13. november 2015, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Solberg).](http://paperpile.com/b/BASsmR/shvA9)

[Ulvestad, A. K. (2007). Klienten-den glemte terapeut: Brukerstyring i psykisk helsearbeid. brage.bibsys.no.](http://paperpile.com/b/BASsmR/qA1M)

[Weiss, C. H. (2000). Theory-based evaluation: theories of change for poverty reduction programs. *Evaluation and povery reduction*.](http://paperpile.com/b/BASsmR/Numf)

[Wimbush, E., & Beeston, C. (2010). Contribution Analysis. What is it and what does it offer impact evaluation? *The Evaluator [Internet]*. Hentet fra](http://paperpile.com/b/BASsmR/u5QB) <http://www.healthscotland.com/ofhi/Admin/Contribution%20Analysis%20The%20Evaluator%202010-v4%20FINAL%20(2).pdf>

Vedlegg

**Vedlegg 1. Oversikt over noen Samhandlingprosjekter pr. juni 2016**

På strategisk nivå

* SMP, DPS, kommunene (Fredrikstad og Hvaler) samhandlingsteam. Underorgan av Administrativt Samarbeidsutvalg som påser at avtaler innen Samhandlingsreformen blir gjennomført og overholdt.
* Regionalt Rusforum

På Mellomnivå

* DPS, SMP, Fredrikstad Kommune: Helhetlig Tverrfaglig og tverretatlig utredning og behandling i Ilaveien bosenter (HUK).
* DPS, SMP, NAV: Individuell jobbstøtte, IPS.
* DPS, SMP, Fr. Stad Hvaler. Planlegging av samhandlingsteam
* DPS, Fr. Stad Kommune: Etablering av Pårørendesenter
* DPS, Fredrikstad Kommune Tildelingskontoret: Prosjektgruppe pasientkoordinator
* DPS, SMP. Fredrikstad Kommune: Elektronisk samhandling/ko-ordinering
* SMP-DPS: Felles Inntaksteam for henvisninger av ROP pasienter
* SMP, Fredrikstad Kommune. LAR prosjektet
* SMP, Fredrikstad kommune overdosestrategien
* SMP Rustjenesten Fredrikstad Kommune. Faste møter i fht samarbeide. Seksjonsleder SMP, avd. Leder rustjenesten
* NAV, Fredrikstad Kommune (avd. Rus psykisk helse, Tildelingskontor, kommuneoverlege) Faste ROP møter, melder inn brukersaker.

Operativt Nivå

* Drops møter, faste møter DPS Fredrikstad Kommune Tildelingskontor, psyk. Bolig, rus og psykisk helse, legevakt, seksjonsleder. Drøfting av felles enkeltsaker.

**Vedlegg 3: analyse av faktorer som former samhandling på tvers av tjenester.**

*Rapport fra Tricky Transitions Workshop 6.6.16, Ailsa and Guro*

*Aims of workshop*

The aim of the workshop was to work together to narrow down the scope of Tricky Transitions phase 2 to something that

● Is doable

● Will have impact on co-ordination as a whole.

We started the session with a round of presentations and a brief statement about what each participant hoped to get out of the Tricky Transition project. There was agreement around several aspirations

* Services organised around the user
* Good co-ordination
* A clear idea about how the individual professional can help to achieve user centred services
* A tangible change in the way services are delivered
* Simplified processes of care co-ordination
* Put in place practice and ideas that will continue to contribute to co-ordination after the project is finished.

We started broad by mapping the factors that impact on co-ordination if services for people with ROP problems in Fredrikstad, and then narrowed the focus down to 3 issues where we can develop actions to support user centred and efficient services. We focussed on the “coal-face” of care delivery at professional networks level and how the factors impact on behaviours and outcomes at that level.

1. Development of relationships between professionals that lead to flexible and problem solving approaches to support and care.
2. Building capacity for user centred support among professionals, users and carers
3. Developing practice to ensure users get the care they need, at the right time.
4. These issues are related and inter-dependent. We can expect actions around one issue to have to have effects on the other two.

This is how we got there:

Broad mapping: The IMS framework

The broad mapping was done through a framework that invited exploration of factors that help and hinder co-ordination at three levels

* Material (the people, the rules and legislation, the IT systems etc),
* Social (The norms, the usual the arrangements of care, the meanings people give to events and processes the way issues are defined,, the roles and networks through which people operate etc),
* Individual : the skills, the knowledge, the attitudes, the calculations about costs vs benefit of changing practice etc).

Participants worked in 3 groups of 3 or 4 to identify factors that affect co-ordination. Each group fed back and we had a general discussion. We summarised the discussion as follows:

**Issues Arising in the Individual Context**

|  |  |
| --- | --- |
| **ISM Factor** | **Key findings** |
| **Values, beliefs and attitudes** | * That users should be in the centre and are the experts in their own care and experience, including when it is the right time to get support. * Some participants have a stronger belief in the ability of systems to deliver user centred care and this is linked to their experience of the system. * Engaged and proactive * Flexible and self-critical – keen to learn and develop * Trust in colleagues and the wider ansvarsgruppe and between user and professional |
| **Agency** | * Not everyone has the permission to act when they need to. * People in ansvarsgruppe have different levels of permission, e.g. GP has more. * The system demands that the workers take the initiative to make the connections to ensure information flows around the system in a way that supports the user at the right time, in the right way. |
| **Knowledge and skills** | * Knowledge of addiction issues * Understanding what user involvement means and the relative responsibilities of users and professionals - knowing the limits of professional responsibility (boundaries) * Negotiation skills, between professional and user and professionals. * Know who else people are engaging with that can keep them safe. * Knowledge of the services and supports that are available * Ability to work the system to support an individual at the right time in the right way for them. * Knowledge of the life, needs and aspirations of the person being supported. * Users do not always get the information that they need in order to be an equal partner in planning their support. |
| **Habit** | * Habits around bureaucracy are strong * People have different habits when faced with issues or new referals. Do you process the paperwork or pick up the phone? |

**Issues Arising in the Social Context**

|  |  |
| --- | --- |
| **ISM factor** | **Key findings** |
| **Networks and Relationships** | * Relationships vital to make the ansvarsgruppe work . Where there are good relationships, this overcomes the challenges that are faced due to inadequately linked IT systems, inflexible services and strong and restrictive (in some cases) legislative context. * Relationships are fostered by continuity, time and a focus on what is important to the person * These strong relationships are not a given across the system, and there was a sense that they currently were influenced by the attitude and ways of working of individuals. They are incidental – which in itself creates gaps in the system. * There are lots of forums for many people in the system to meet and form these relationships, but not everyone has adequate access to these opportunities. Examples include: drops-mate and regional RUSFORUM * Some professionals only meet with professionals across the system in the ansvarsgruppe, which doesn’t give space to build relationships beyond the case being considered. * Leaders need to emphasise the importance of good relationships in the role of a professional and create the space for people to take the time to network, e.g. by valuing this alongside patient through put in quality assurance data. * Relationship with family important – they act as a stop gap when services fall apart. |
| **Meanings** | * People have different understandings about what is important for the ansvargruppe to focus on. Not all groups are focussed around what is important to the person. * There are tensions within the system between recovery approaches to addition and harm reduction. It was felt that these were not properly talked about and worked through in general, though it was highlighted that in Fredrikstad many people think in terms of recovery. * Tensions were identified in relation to how far the responsibility for the service extends e.g. does the responsibility for health lie with the user or the professional. * User right has different meanings across the system, users have more rights and are more demanding, but does this improve the support they get? Need clarity about who brings what power and what this means in terms of negotiating good solutions. * There are different understandings of and approaches to user engagement across the system e.g. engage with individual; involved in decision making at different levels of the system, e.g. Brukerutvalg. * People agree that a good service is user centred, but have different levels of understandings about what this means in practice. |
| **Roles and Identity** | * Tensions between role of professional and role of person as experts in their care. * Where there is clarity of roles within the groups it works well. People know the contribution that they make and that this is meaningful. * People have different levels of authority, need to make sure the group works with this * Peoples’ roles become meaningful if they relate to a shared understanding of the task of a multidisciplinary group, e.g. Ansvarsgruppe, and the circumstances of the particular patient * Professionals need to be prepared to adjust their professional identities to be willing to do what is required to support the person at that moment * The fastlege has an important role but is not always central to the process of care |
| **Norms** | * The norm is that user perspective is privileged, but there are examples when the professional voice has more power. Participants reported an example where a user present was referred to as a ‘case’ in an ansvarsgruppe, which they felt reflected a different set of norms about the value of the user. * Participants’ comments suggested that there is a shared norm in Norway that services are good quality, reliable and that the process for accessing service is predictable and equitable. |
| **Institutions** | * Institutions operate with a strong and robust bureaucracy. This creates reliable, predictable services that are organised around legal rights, which means that once assessed as in need of services you can be sure of treatment. It also can mean that they can be slow and inflexible with a limited menu of service options that do not always meet the needs of service users with complex problems. * Services are fragmented, it can be hard to get an overview of how the system works for both the professionals and the users. The availability of a list of services produced by the municipality was identified as very helpful for staff trying to work with users to navigate the system. * Participants highlighted that the ways in which intuitions interpret legal frameworks can sometimes be overly restrictive, e.g. confidentiality, which affects the ability of professionals to work together effectively to support the user. * There is not a clear structure and process for putting the user in the centre, which means that the process for Individual Plan does not always work. * There is a lack of focus on the evaluation of plans and their progress towards goals. There needs to be better structures so that institutions can learn about what works, when and for whom. * To say that user perspectives are privileged is not the same as saying that user perspectives are central to solutions |
| **Opinion leaders** | * The importance of the movement around recovery in Fredrikstad was highlighted |

**Issues Arising in the Material Context**

|  |  |
| --- | --- |
| **ISM Factor** | **Key findings** |
| **Rules and Regulations** | * Very tightly specified and standardised legal system that closely structures practice. This means that there can be little space for manoever when cases don’t fit with the structures. * Legilsation on confidentiality prevents information sharing * New user participation legislation is seen as an opportunity to drive better practice in this area |
| **Infrastructure** | * Very good service system, but this is fragmented |
| **Resources** | * The availability of patient allies, (such as the drug counsellor) was identified as important to help the user navigate this system |
| **Time and Schedules** | * No specialist services in evenings and weekends, though this is scheduled to change. * The process for instigating service is robust and rigid, and this can cause delays. |
| **Technology** | * IT systems don’t correspond across different departments< which hinders communication. |

Narrowing down and setting priorities

Some factors emerged that cut across the three levels, and raised similar issues. Together we picked out 3 priority cross cutting factors for closer scrutiny:

1. Development of relationships between professionals that lead to flexible and problem solving approaches to support and care.
2. Building capacity for user centred support among professionals, users and carers
3. Developing practice to ensure users get the care they need, at the right time.

Participants formed new groups to work on these 3 factors in depth, addressing questions like: How does this factor affect co-ordination, what needs to change, is it being done already, by whom, what are the gaps, who should make the change, or fill the gaps. The groups fed back their discussions.

Finally, the participants identified top priorities for each factor that we can address by actions. This discussion is summarised as follows:

**Table summarising the three top issues the project group feel need to be addressed to make services more centred around the service user.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Issue** | **Professional relationships** | **User participation** | **Right service right time** |
| **Priority** | **Develop the capacity and skills for staff to develop good relationships with other professionals.** | **Develop the capacity and skills of staff to work with users in their support, including to share responsibility and negotiate roles. Develop capacity and skills in evaluation of progress towards goals.** | **Improve communication and planning to ensure services are timely and user centred.** |
| **How is this issue being addressed?** | **Lean project Drops meetings Regionalt RUSFORUM** | **Addressed across a range of projects, in particular the development of Quality Indicators.** | **There is a check list to aid good communication. Tildelingskontoret has developed a role in the municipality to share information about needs for community based care. Financial penalties are being introduced in 2018 to ensure adequate services in the municipality.** |
| **Gaps** | **Not all workers get sufficient opportunities to network outside of the ansvarsgruppes. The system is reliant on the individual professional taking the initiative to “pick up the phone” to ensure services are coordinated around the user. Staff time is monitored in relation to one to one work with patients. Networking with professionals is not an explicitly valued part of some peoples’ roles.** | **There is a lack of clear structures and process to make user participation work that is needed to make these projects deliver. Not all staff are confident to work in this way. More systematic ways of evaluation are needed. Professional perspectives are sometimes privileged within this process.** | **Information available about patients is inconsistent across the system. Contact is sometimes made too late to do proper discharge planning and to ensure information about the person in place for treatment. Patients unstable which brings extra challenges.** |
| **What does success look like?** | **There is time to develop relationships between professionals outside core work processes. Staff receive clear messages that this is an important part of their role and have the space to do this within their practice. People take individual responsibility to build the networks and relationships they need to do their job. Staff use these relationships to make sure users get the right service at the right time.** | **Quality engagement with users is routine and supported by clear structures and processes. Staff are aware how important this is and are confident in their work. There are clear processes for evaluating progress to goals that include user and professional perspectives.** | **There is good communication between different departments. People across the system have the best information possible on which to base treatment decisions and plan care in hospital and in the community. There is proactive planning to put services in place upfront to ensure that everyone has the right care at the right time.** |

Next step

On Thursday we will review this table, and then use the Contribution Analysis framework to identify actions we can undertake to make improvements around the identified factors. We will also put in place an evaluation framework that will guide this work.

**Vedlegg 3 Contribution analysis resultatkjeder**

Rett tjeneste til rett tid og på rett nivå (NB: denne kjeden reflekterer ikke beslutningen om å sette inn “Nettverksmøtet” som tiltak for utprøving).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Inngrep** | **Hvem må være med** | **Hva trengs, kunnskap, holdning, kompetanse** | **Hva trengs, adferd, praksis** | **Hva vil vi oppnå** |
| Informere fastlegene om kommunetjenester slik at de henviser til rett nivå  Informere/lære opp fastlegene om hva en henvisning må inneholde  Gi tilbakemelding fra tildeling til henviser (SMP)  Søke tjenester om de mangler  Be om uttalelse ved henvisning  Formaliser rutine på å kartlegge kommunale tjenester ved innsending døgnbehandling  Organiser PLO meldinger på en mere hensiktsmessig måte  Bruker aktivt med i kartlegging  Informere hverandre om tjenester. | Fastleger  Erfaringskonsulenter  NAV  Ledere  Praksis koordinatorer  Avdelingsledere  Leder med ansvar for inntak (seksjonsledere)  Kommuneoverlege  Operativt forum | Fastleger må ha kunnskap om kommunale tjenester og deres målgrupper.  Alle tar sitt ansvar og er informert om det  Avklarte roller på alle nivåer  Mer kunnskap om hverandre innad i systemet | Planlegge utskrivelse før innleggelse  Søker tjenester i god tid  Info flyter mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner og innad i nivåene.  Implementer mål om bolig og aktivitet på ledernivå | Brukere  Mestrer livet på best mulig måte  Har best mulig sjanse for å mestre behandling  Tjenesteytere  Har større jobb tilfredshet  Har mere tid til å jobbe med det som betyr noe for brukeren  Systemet  Bedre koordinering  Samkjøring  Mindre rot  Helhetlige tjenester  Brukere får rett tjeneste når de trenger det  Effektivisering  Riktig behandling - kortere løp |

Brukersentrert praksis

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tiltak** | **Hvem må være med** | **Hvorfor skal jeg være med?** | **Hva trengs av kunnskap, holdning, kompetanse** | **Adferd, praksis** | **Hva vil vi oppnå** |
| Bruk av dagbok som pilotprosjekt, 5 utvalgte brukere  KOR på individ/systemnivå som brukers redskap til tilbakemelding for refleksjon og justering av samhandling mellom tjenester på brukers premisser | Brukergruppe (ROP)  SMP  DPS  NAV  Kommunen rekrutterer 5 ROP pasienter  Pårørendesenteret  Selvhjelpsgrupper  Brukerorganisasjoner  Erfaringskonsulenter  Studenter  Ledelsesforankring  Seksjonsleder SMP  Hedda Botne NAV  Avdelingsleder Kommune Rus  Virksomhetsleder Kommunen | Ledere:  Ta tak i avvik  Mindre trykk  Frigi ressurser  Bedre pasientflyt  Mindre svingdør  Fornøyde pårørende  Fornøyde ansatte  Mindre erfaring av å stå alene for ansatte | Hos tjenester:  Bevisstgjøring om metoden. (ANITA kurs og informasjon)  Sterk tro på endring hos den enkelte  Ikke dømmende  Gjenkjenning  Tilstedeværelse. Bidra til realitetsorientering  Ytere bruker faget bevisst, sammenheng mellom teori og praksis  Toleranse for tilbakefall og kunnskap om hvordan takle. Bruk i praksis | Et fleksibelt og stabilt nettverk  Regelmessige møter, god kommunikasjon mellom relevante medlemmer for gjeldende situasjon utenfor møter om nødvendig  Ivareta kontinuitet, selv om bruker faller ut i perioder  De samme personer representerer tjenestene  Enighet om mål  En myndiggjort og klart definert koordinator med tilgang til informasjon om relevante samarbeidspartnere  Avklarte roller  Interaksjon i nettverket  Utfordrer hverandre: forstå hva som foregår bak det mest iøynefallende  Ansvarliggjøring av ytere og bruker  Hjelpere bidrar til at bruker oppdager og formidler sine drømmers mål  Formøter for å forberede bruker om nødvendig  Contain (hold på) problemer, ikke hopp av.  Bruker tar aktiv del i egen tilfriskning (Recovery) | Bruker  Brukertilfredshet  Recovery orientering  Økt livskvalitet  Økt mestringsfølelse  Bedre hverdagsfungering  Selvaktelse  Tjenesteyter  Profesjonell trygghet og tilfredshet  Gode relasjoner som gagner partnerskap |

Hjelpeapparatet rundt brukeren snakker sammen

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tiltak** | **Hvem må være med** | **Reaksjoner** | **Hva trengs av kunnskap, holdning, kompetanse** | **Hva trengs av adferd, praksis** | **Hva vil vi oppnå** |
| Når det planlegges fagmøter inviterer vi andre tjenesteområder  Jevnlige fagmøter på tvers lokalt  Kjennskap og forståelse av hvilke tjenester som leveres  Hospitering i ulike tjenesteområder  Utvikle moderne komm midler på tvers, innkl. Bruker (EL. IP)  Påvirke inn mot ledere i DPS og SMP  Ledere som pålegger utvikling og samarbeid | Forskere Hiøf  Medarbeidere avd. Rus og Psykisk Helse kommunen  Ledere som forstår samhandling som en viktig del av jobben. | La meg sees korta uten å gå i forsvar  Vi samarbeider!  Vi framsnakker andre tjenesteområder  Profesjonelle på tvers av tjenester og forvaltningsnivåer har en følelse av å jobbe sammen.  “Fra vårt bord til felles bord” | Profesjonelle vet egne faggrenser  Profesjonelle er trygge på eget ansvar og kompetanse  Jeg kan samhandle og forstår betydningen  Jeg forstår betydningen av å forbedre relasjoner mellom tjenesteytere  Anerkjennelse av ulik kompetanse  Tillit til at andre også gjør en god jobb  Skille institusjon og person  Kjennskap til ulike arbeidsbeskrivelser | Fleksible faggrenser  Bruker kjenner sine kontakter og omvendt  Alle kan kontaktes uten at det må henvises til andre  Lav terskel mellom samarbeidspartnere | Gjøre profesjonelle fornøyde  Bruker er mere fornøyd  Bruker får umiddelbar kontakt med nettverk  Mindre konflikt pasient-profesjonell |

**Vedlegg 4: Oppsummering av resultater fra evaluering av tre inngrep**

*“Brukerdagbok”*

Mål med tiltaket: å prøve ut “dagbok” som et instrument i bevisstgjøring av bruker og som en kilde til refleksjon hos bruker og tjenesteyter om “ansvarliggjøring” av bruker og hva “brukersentrert praksis” kan bety. Tiltaket var imidlertid en sentral del av studentpraksis. To studenter fikk meget god oppfølging i boenheten og arbeidet jevnlig med de to brukerne i enheten som valgte å prøve ut “dagboka”. Evalueringen er foretatt på grunnlag av 2 datakilder: intervjuer med brukere og enhetsleder, og studentenes observasjon. Studentene har skrevet bacheloroppgave om “dagboka” og oppgaven vil bli delt med praksisfelt etter sensur.

Hovedpunktene fra evalueringen er som følger:

* Intervjuer med 2 brukere: “Dagboka” har vært en positiv faktor i prosess mot tilfriskning. Den har gitt struktur i hverdagen, og vært en kilde til refleksjon og bevissthet om forholdet til rus.
* Samtaler og oppfølging av studentene, tentative resultater i påvente av sensur bacheloroppgaven: Studentene har fulgt de to brukerne og bidratt til jevnlig bruk av dagboka som en sentral del av deres hverdag i enheten. Studentenes stilling som “likemenn” med mindre autoritet enn terapeuter har vært en faktor i å forankre ansvaret for dagboka hos brukerne. Videre har studentene observert positiv endring i tilfriskning særlig hos en av brukerne etter at han begynte å bruke dagboka, uten at årsaksforhold kan bekreftes. Denne brukeren har oppmuntret andre beboere i enheten, også de som ikke er en del av prosjektet, til å bruke “dagbok” eller en tilsvarende metode, for å skape struktur og framgang i tilfriskning. Han har slik hatt en motiverende funksjon i enheten, med grunnlag i “dagboka”.
* Intervju med enhetsleder: Dagboka gir et helhetsbilde av en utvikling mellom timer med terapeut, som mangler ved andre strukturerte Kognitiv Adferdsterapi verktøy. Dagboka gir et narrativ og en oversikt over utvikling over tid, som er god å jobbe med. “Dagboka” har vært særlig nyttig i oppsøkende arbeid med bruker som er utskrevet fra enheten fordi det ikke er samme grad av kontakt mellom timene som miljøterapien i enheten skaper. Relasjon er viktig, tillit og god dialog må til for at dagboka skal kunne “avleses” av bruker i samtaler med andre.

Konklusjon: “Dagboka” kan bidra til brukers økte bevissthet om sitt forhold til rus. Den kan være særlig nyttig i oppsøkende virksomhet da den kan bidra til å skape et helhetsbilde over tid og mellom møter klient og terapeut. Den kan også ha motiverende virkning i en boenheten og gi grunnlag for økt ansvar hos bruker for tilfriskning. Relasjon og kontinuitet mellom terapeut og bruker er viktig. Disse resultatene er oppmuntrende, men videre utprøving er nødvendig for å fange opp “dagbokas” eller lignende terapitilnærminger potensiale for nytenkning om “ansvar”.

“Nettverksmøtet”

Evalueringen er foretatt med grunnlag i 3 datakilder:

Intervjuer med brukere og tjenester. Observasjon av møtene, inkludert bruk av KOR som tilbakemeldingsverktøy til møtene. Oppfølging av resultater fra hvert møte mellom 1 og 3 måneder etter møtet. Resultater fra fortløpende evaluering ble forelagt Arbeidsgruppa ved halvgått løp og justeringer foretatt.

Observasjon av møtene

* Det var uklarhet om hvem som hadde ansvar for møtene utenom NAVs ansvar for å finne brukere, henvise inn og invitere relevante støttekontakter som fastlege og ruskonsulenter.
  + Erfaringskonsulent steppet inn og tok ansvar for møteledelse. Dette var hovedsakelig et bevisst valg for å gjøre møtet brukerorientert. Imidlertid overskygget denne beslutningen behovet for fast møteledelse.
  + Erfaringskonsulentens rolle som støtte for bruker og møteleder fungerte godt, men etterhvert ble det klart at denne rollen hadde mange oppgaver å ivareta. Det ble besluttet at møteledelse bør gis til en annen møtedeltaker, men hvem var ikke umiddelbart avklart.
  + Ansvar for oppfølging av møtene var ikke avklart
* På tross av mangel på klart definert ledelse kommuniserte de faste medlemmene i møtet meget godt og tok beslutninger, f. eks. om rom og oppmøte.
* Der møter tenderte mot et informasjonsmøte om de ulike tjenesters tilbud fungerte møtet mindre godt med hensyn til brukers medvirkning. Der en en tverrfaglig diskusjon skjedde med bruker om behov og muligheter til å dekke dette behovet var brukermedvirkning effektiv.
* Erfaringskonsulentens rolle i møtet var en viktig faktor i å orientere møtet rundt bruker. I to tilfeller der bruker hadde et nært forhold til andre, f. eks ruskonsulent og bruker valgte ikke å møte erfaringskonsulent i forkant av møtet, var erfaringskonsulents rolle litt uavklart. Disse 2 møtene hadde et større innslag av ruskonsulents eller NAV saksbehandlers tolkning av situasjon og behov.
* Brukers prioriteringer ble ikke alltid fanget opp og fagspråk ble av og til brukt som var vanskelig for bruker å forstå.

KOR ble prøvet ut som verktøy for nettverksmøtet å evaluere seg selv og finne fram til en møteform som styrket brukerdeltakelse. Bruker var ikke del av diskusjonen om resultater fordi de bare møtte en gang. Evalueringen ble foretatt på grunnlag av brukerintervju, separate utfylte KOR skjemaer av tjenestedeltakerne i møtet og psykologs refleksjoner på grunnlag av utfylte skjemaer, meldt tilbake til etterfølgende møte. KOR viste seg som et nyttig verktøy, som viser sammenfall og ulikheter i tolkning av møtet blant deltakere og mellom tjenestedeltakere og bruker. Imidlertid krever verktøyet tid og struktur.

* Ledelse av møtet og tid til gjennomgåelse av resultatene viktig.
* Det som foregår for bruker mellom møtene er viktig å fange opp siden bruker ikke kan melde om dette selv.
* Utprøvingen av verktøyet var et bidrag til evalueringen av Nettverksmøtene.

Konklusjon: verktøyet er fleksibelt og nyttig i fortløpende selvevaluering av tverrfaglige møter. Det krever videre utprøving og utvikling.

Resultater for brukerne i etterkant

* Brukerne som stilte hadde meget ulik bakgrunn og møtet hadde ulik funksjon for de 7 som møtte.
  + Fire brukere hadde etablerte tjenestenettverk, som møtte og fungerte i varierende grad. For en av disse viste det seg under møtet at støtteordninger var på plass. For to av dem styrket møtet nettverket rundt bruker, og møtet var en “påskynder” for avgjørelser om støttetiltak.
  + Tre av brukeren hadde ikke etablerte nettverk. For disse fungerte møtet som en vei inn i etablerte tjenestenettverk og forum for brukers deltakelse i tverrfaglig diskusjon om relevante støttetiltak.
  + To av brukerne som møtte fulgte ikke opp tilbudene om tjenester.

Brukeres erfaringer:

* Brukere satte pris på en anledning til å legge fram sin situasjon og sine prioriteringer og bli hørt.
* Møtet kan virke stort på noen, og det er mye informasjon å ta inn. Brukere som ble intervjuet umiddelbart etter møtet (5) og i etterkant (2) mente likevel at det var “greit”.
* Brukere la vekt på å komme videre, ikke gå over gamle problemer. Tilbud om “samtaler” og “terapi” som ikke var del av et opplegg rundt praktisk hjelp til arbeide og eller aktivitet var av de fleste ikke oppfattet som relevant.
* Møte med erfaringskonsulenten som forberedelsen til møtet var viktig. Dette var en anledning for brukere til å gå over historien om rus og “gjøre seg ferdig” med den før møtet. Møtet ble slik en arena for diskusjon om hvordan bruker kunne komme seg videre.
* Erfaringskonsulenten var en positiv erfaring. Han møter bruker på en god måte, forklarer og oversetter. En støttespiller i selve møte for bruker er viktig.
* Ordninger kommer ikke alltid på plass raskt slik som forespeilet. “Systemet er tregt”.

Tjenesters erfaring:

* I det hele positivt for bruker.
* Men det er mye å ta inn og utfallet av møtet er ikke alltid klart. Bruker bør få et håndfast resultat, et skriv om beslutninger med kontakt, etter møtet
* Det er viktig med kontakt mellom NAV henviser og ruskonsulent eller annen nøkkelperson i forkant slik at relevans for møtet kan sikres bedre.
* Henvisninger kunne være ordnet raskere. Beslutninger om å henvise inn til spesialisthelsetjenester ble ikke alltid tatt i møtet men stilt i bero, selv om dette var brukers prioritet grunnet tilgang til f. eks. IPS. SMP la opp til å prioritere henvisninger fra møtene, men disse kom ofte sent og opplegget om prioritering fungerte ikke som forutsatt.
* Fastleger møter i større grad enn ventet. De som ikke møtte hadde god grunn og fulgte opp resultatene av møtet i etterkant. Fastleger satte pris på å knytte kontakter med andre i tjenestenettverket rundt deres pasient.
* Møtedeltakerne opplevde at nettverket rundt bruker ble styrket. De lærte om hverandre og tjenester.
* Erfaringskonsulentrollen var oppfattet som spennende og jobben erfaringskonsulenten gjør er imponerende. Erfaringskonsulenten hadde en kontakt med bruker som bygger på felles erfaring. Konsulenten støttet bruker i møtet og ledet møtene godt.

Var målgruppa den riktige?

* Målgruppa var fra NAVs side opprinnelig gruppen med “tunge” brukere som var vanskelig å holde kontakt med og som hadde få tjenestetilbud. Denne gruppen ble i liten grad fanget opp.
* Organiseringen av henvisninger i NAV var omstendelig og tidkrevende. Saksbehandlere ble bedt om å rapportere inn mulig brukere, og utvelgelse ble foretatt av NAV leder med Arbeidsgruppemedlem. NAV erfarte at de som kunne henvises var for smal: Ved denne metoden kom det fram at motiverte brukere allerede har tjenester, mens de uten tjenester var for umotiverte til å stille i et slikt møte.
* Utvelgelsen syntes å endre seg fra brukere med tunge utfordringer der oppmøte kunne være et problem, til brukere med “lettere” utfordringer som møtte, men som ikke trengte møtet i samme grad.
* NAV saksbehandlere intervjuet opplevde at mange av brukeren de rapporterte inn ville ha hatt nytte av møtet, men de ble ikke valgt ut. Grunnen var uklar.
* Representanter fra andre tjenester, ruskonsulenter og spesialisthelstejeneste poliklinikk, mente møtet kunne være relevant for mange av “deres” brukere.

**Vedlegg 5: Anbefalinger og videreføring**

Anbefalinger

* En eventuell videreføring av tiltakene overlates til praksisfelt, med deltakelse av Høgskolen ved behov.
* Eventuell videreføring gjøres i et brukersentrert helhetsperspektiv og spisset mot effektivitet på systemplan så vel som individplan.
* En mulig videreutvikling av tiltakene legges inn som en del av eksisterende ordninger.
* Samspill mellom tiltak med Ansvarliggjøring fokus bør sikres så langt som mulig for å styrke effekt av hvert tiltak.
* Kompetansen prosjektet har bygget i Arbeidsgruppa styrkes og utvikles. Arbeidsgruppa beholdes og gis mandat og ansvar fra ny Styringsgruppe.

*Dagbok*

* “Dagbok” bygger på kognitiv adferdsterapi som allerede brukes og justeringer kan gjøres innen eksisterende praksis.

*Nettverksmøte*

* Aktiveres ved behov.
* Målgruppa omdefineres og møtet ko-ordineres av en egnet tjeneste, for eksempel Tildelingskontoret eller et kommende Samhandlingsteam i kommunen
* Nettverkene som er bygget opp rundt møtene er en ressurs og beholdes og styrkes.
* En erfaringskonsulentrolle som et kontaktpunkt for en klart definert og hensiktsmessig målgruppe inn i tjenestesystemet videreutvikles. På kort sikt kan RIO erfaringskonsulenten fortsette i rollen som ekstern. På sikt gir møtet muligheter til å vurdere samarbeide mellom erfaringskonsulenter fra ulike tjenester, eller bidrag til en stilling fra flere tjenester.
* Arbeidsgruppa gis mandat til å lage et utkast til en avtale mellom kommune og spesialisthelsetjeneste for hensiktsmessig utvikling og tilpasning av nettverksmøtet.

*Evalueringskultur*

* Tilpasning av KOR til tverrfaglige nettverksmøter er en ressurseffektiv form for praksisrettet evaluering av praksis og videreføres.

*Studenter i praksisplass*

* Ordningen med studenter i praksisplass tilknyttet et samarbeide mellom Høgskolen i Østfold og praksisfelt opprettholdes og utvikles.

*Formidling av prosjektresultater*

* En tverrfaglig fagdag avholdes hvor resultater og ideer fra prosjektet legges fram og diskuteres i et lokalt tjeneste perspektiv

Videreføring: Beslutninger tatt i Styringsgruppemøte 20 Juni 2017

På bakgrunn av et tidligere utkast av prosjektrapporten ble følgende beslutninger fattet i styringsgruppemøte 20.07.2017

* Prosjektet representerer en systematisering av eksisterende planlegging og utviklingsarbeide
* Videreføring av resultater taes opp i tidligere Operativt Forum, nå Samarbeidsmøte, som har mandat fra Administrativt Samarbeidsutvalg.
  + DPS ved Astrid Rødseth kaller inn
  + DPS, SMP, Kommunen Psykisk helse og rusmestring og Tildelingskontoret er medlemmer i møtet, NAV inviteres inn.
  + Thor Øystein Langsholt deltar allerede i dette møtet som brukerrepresentant
  + Utvikling av en erfaringskonsulentrolle på tvers av tjenester settes på møtets agenda
  + Planlegging av et tverrfaglig fagdag for å formidle prosjektresultater og ideer settes på møtet agenda 8 september
  + Prinsipper/format av “nettverksmøtet” vurderes lagt inn i kommende Samhandlingsteam i kommunens regi.
  + Arbeidsgruppas funksjon og videreføring tas opp av møtet
* Praksis fra “Dagboka” introduseres og utvikles
* Samarbeide med Høgskolen i Østfold om praksisplasser knyttet opp til tjenesteutvikling styrkes.