

2020:00064 - Åpen

Rapport

Pakkeforløp for psykisk helse og rus – fagfolks erfaringer første året

Marian Ådnanes
Silje L. Kaspersen
Line Melby
Eva Lassemo



Rapport

Pakkeforløp for psykisk helse og rus – fagfolks erfaringer første året

EMNEORD:
Psykisk helse og rus
Psykisk helsevern
Rusbehandling
Pakkeforløp
Pasientforløp
Utredning
Behandling
Brukermedvirkning
Samhandling
Koordinering
Somatisk helse

VERSJON
1

DATO
2020-01-20

FORFATTER(E)
Marian Ådnanes
Silje L. Kaspersen
Line Melby
Eva Lassemo

OPPDRAGSGIVER(E)
Helsedirektoratet

OPPDRAGSGIVERS REF.
Anne Solberg

PROSJEKTNR
102019192

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:
87+ vedlegg

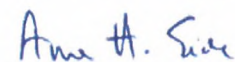
Dette er den første rapporten fra evalueringen av Pakkeforløp for psykisk helse og rus, som ble innført i januar 2019. Rapporten ser på ansatte fagfolks erfaringer med pakkeforløp første året, knyttet til mål om mer brukermedvirkning, sammenhengende og koordinerte pasientforløp og bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner. Videre på erfaringer knyttet til hvordan pakkeforløp påvirker tidsbruk i utredning, behandling og andre oppgaver, samt erfaringer knyttet til implementering, herunder registreringspraksis og forløpskoordinatorrollen. Til slutt ser rapporten på kommunenes rolle.

Data er samlet inn i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. I spesialisthelsetjenesten ble det høsten 2019 gjort en kvalitativ undersøkelse med besøk og intervjuer i 18 enheter fordelt på de tre tjenesteområdene (psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge, og tverrfaglig spesialisert rusbehandling). Deretter ble det gjort en nasjonal spørreundersøkelse i alle helseforetak og private med avtale. Begge undersøkelsene er rettet mot seksjonsledere, behandlere og forløpskoordinatorer. Den kvalitative studien inkluderte også miljøpersonell. Når det gjelder kommunenes erfaringer med pakkeforløp så langt, belyses dette med data fra SINTEF sin årlige kartlegging av ressursinnsats i psykisk helse- og rusarbeid for Helsedirektoratet (IS-24/8), samt en separat kartlegging gjort av Nasjonalt Senter for Psykisk Helsearbeid, NAPHA. I tillegg er det gjort intervjuer med ansatte og ledelse i psykisk helse og rus-enheter i to kommuner.

UTARBEIDET AV
Marian Ådnanes, Forskningsleder, Dr.polit.



KONTROLLERT AV
Arne Eide, Sjefsforsker, Professor



GODKJENT AV
Jon-Harald Kaspersen, Forskningsssjef



RAPPORTNR
2020:00064

ISBN
978-82-14-06301-1

GRADERING
Åpen

GRADERING DENNE SIDE
Åpen

Historikk

VERSJON	DATO	VERSJONSBEKRIVELSE
1	2020-01-20	Endelig versjon

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	8
Bakgrunn og mål	8
Design og metode	8
Resultat	8
Brukermedvirkning og brukertilfredshet (mål 1)	8
Sammenhengende og koordinerte pasientforløp (mål 2)	9
Somatisk helse og levevaner (mål 5).....	10
Variasjoner i ansattes vurdering av pakkeforløp	10
Pakkeforløps innvirkning på tidsbruk og arbeidsbelastning	11
Implementering.....	13
Erfaringer med pakkeforløp i kommunene.....	16
Konklusjon.....	16
1 Innledning	18
1.1 Målsettinger.....	18
1.2 Begrunnelser for pakkeforløp.....	18
1.3 Innholdet i Pakkeforløp for psykisk helse og rus	19
2 Design og metode for denne rapporten	22
2.1 Kvalitativ undersøkelse i 18 spesialistenheter.....	22
2.1.1 Utvalget i kvalitativ undersøkelse	22
2.1.2 Analyse av kvalitative intervju.....	23
2.2 Digital spørreundersøkelse rettet mot spesialisthelsetjenestene.....	23
2.2.1 Utvalget i spørreundersøkelsen	23
2.2.2 Analyser av kvantitative data	25
2.2.3 Vurdering av mulige skeivheter i utvalget.....	25
2.3 Kartlegging om pakkeforløp i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (IS-24/8)	26
2.3.1 Problemstillinger knyttet til pakkeforløp i 2018 og 2019.....	27
2.4 NAPHAAs spørreundersøkelse i kommunene om pakkeforløp høsten 2019	27
2.4.1 Problemstillinger i NAPHAAs undersøkelse i kommunene.....	27
3 Resultat og diskusjon fra undersøkelser i spesialisthelsetjenesten	28
3.1 Brukermedvirkning og brukertilfredshet	28
3.1.1 Resultater fra spørreundersøkelsen	29
3.1.1.1 Informasjon om pakkeforløp til pasienter og pårørende.....	29
3.1.1.2 Bidrar pakkeforløp til brukermedvirkning og brukertilfredshet?.....	29

3.1.1.3	Gjennomføring av tiltak for involvering av pasienter og pårørende.....	31
3.1.1.4	Tid brukt til kommunikasjon med pårørende.....	32
3.1.2	Resultater fra kvalitativ studie	32
3.1.2.1	Informasjon om pakkeforløp i starten.....	32
3.1.2.2	Pakkeforløpets bidrag til brukermedvirkning og brukertilfredshet	33
3.1.3	Oppsummering og diskusjon – brukermedvirkning og brukertilfredshet.....	34
3.2	Sammenhengende og koordinerte pasientforløp	35
3.2.1	Resultater fra spørreundersøkelsen.....	36
3.2.1.1	Bidrar pakkeforløp til mer sammenhengende og koordinerte pasientforløp? 36	
3.2.1.2	Samhandlingstiltak i forløpet	37
3.2.2	Resultater fra kvalitativ studie	39
3.2.3	Oppsummering og diskusjon – sammenheng og koordinering.....	41
3.3	Somatisk helse og gode levevaner.....	42
3.3.1	Resultater fra spørreundersøkelsen.....	43
3.3.1.1	Bidrar pakkeforløp til bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner?	43
3.3.1.2	Utredning og tiltak for somatisk helse og levevaner.....	44
3.3.2	Resultater fra kvalitativ studie	45
3.3.3	Oppsummering og diskusjon – somatisk helse og levevaner.....	46
3.4	Pakkeforløpets innvirkning på tidsbruk i utredning og behandling.....	47
3.4.1	Resultater fra spørreundersøkelsen.....	47
3.4.1.1	Brukes det mer eller mindre tid til henholdsvis utredning og behandling?.....	47
3.4.1.2	Tid brukt på administrasjon.....	50
3.4.1.3	Fører pakkeforløp til større arbeidsbelastning og negativt tidspress?	51
3.4.1.4	Er pakkeforløp mer strukturert, effektivt og til det beste for pasienten?	53
3.4.1.5	Er det problematisk å holde fristene i pakkeforløpet?.....	55
3.4.2	Resultater fra kvalitativ studie	56
3.4.2.1	Bekymring knyttet til tid brukt på utredning versus behandling	56
3.4.3	Oppsummert om tidsbruk i pakkeforløp.....	57
3.5	Implementering av pakkeforløp	58
3.5.1	Kunnskap om implementering	59
3.5.2	Organisering og nytte av forløpskoordinatorrollen	60
3.5.2.1	Forløpskoordinatorers organisatoriske plassering og fagbakgrunn	60
3.5.2.2	Forløpskoordinatorers oppgaver	62
3.5.2.3	Nytten av forløpskoordinatorrollen	62
3.5.2.4	Resultater fra kvalitativ studie	63
3.5.2.5	Oppsummering – forløpskoordinatorers rolle.....	64
3.5.3	Hovedproblemer knyttet til registreringsarbeidet.....	65
3.5.3.1	Registreringspraksis.....	65
3.5.3.2	Beskrivelse av store problemer knyttet til koding og registrering	67
3.5.3.3	Oppsummert om registreringspraksis- og problemer.....	68

3.5.4	Behandlere og lederes holdninger til pakkeforløp	69
3.5.4.1	Resultater fra spørreundersøkelsen	70
3.5.4.2	Resultater fra kvalitativ studie	71
3.5.4.3	Oppsummert om behandlere og lederes holdninger til pakkeforløp	72
4	Resultat og diskusjon fra undersøkelser i kommunene	73
4.1	Resultater fra kartlegging i psykisk helse- og rusarbeid i kommunene (IS-24/8)	73
4.1.1	Forventninger i kommunene før innføring av pakkeforløp.....	73
4.1.2	Helsedirektoratets informasjon om pakkeforløp til kommunene	75
4.1.3	Kommunenes første erfaringer med pakkeforløp våren 2019.....	76
4.2	NAPHAs spørreundersøkelse i kommunene.....	78
4.2.1	Respons	78
4.2.2	Organisering og funksjon for forløpskoordinator i kommunen	78
4.2.3	Samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste i pakkeforløpet..	79
4.3	Oppsummert om kommunenes rolle i pakkeforløp	81
5	Konklusjon	83
6	Litteratur	85
7	Vedlegg: Oversikt over hele evalueringen	87

BILAG/VEDLEGG

[Skriv inn ønsket bilag/vedlegg]

Forord

Denne rapporten er basert på et stort datamateriale som forskergruppen i SINTEF har samlet inn i løpet av høsten 2019. Det rettes stor takk til alle de 18 behandlingseenhetene som tok så godt imot oss på vår rundtur med besøk i perioden 18. september – 18. november. Overalt ble det lagt godt og praktisk til rette for at vi fikk intervjuere behandlergrupper, ledere og forløpskoordinatorer. Videre rettes takk til alle de som har fylt ut spørreskjemaet sendt ut fra SINTEF den 19. november. På det tidspunktet vi måtte ta ut data for denne rapporten (6. desember) hadde 3431 behandlere, forløpskoordinatorer og ledere svart. Ettersom vi fikk tilbakemeldinger fra flere i behandlingsapparatet om at de ikke hadde hatt anledning til å fylle ut, ble det gitt anledning til å fylle ut også i etterkant av svarfrist for denne første rapporten. Det totale materialet skal brukes i det videre arbeidet i evalueringen.

Svært mange fagfolk i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har benyttet anledningen til å dele sine erfaringer, og å komme med innspill til Pakkeforløp for psykisk helse og rus. Dette har vært Helsedirektoratets mål med evalueringsprosjektet. Vi håper at denne rapporten og resten av evalueringen oppleves som nyttig i det videre arbeidet. Rapportens forsidebilde er en ordsky basert på høyfrekvente ord brukt i svar fra ansatte i tjenestene på et av fritekstspørsmålene vi stilte i spørreundersøkelsen.

Trondheim, 17.12.19

Marian Ådnanes
Prosjektleder for evalueringen
Forskningsleder, Dr.polit, psykologi

Sammendrag

Bakgrunn og mål

SINTEF, avdeling Helse, er ansvarlig for den nasjonale evalueringen av Pakkeforløp for psykisk helse og rus. Helsedirektoratet er oppdragsgiver. Dette er den første rapporten fra evalueringen. Evalueringssprosjektet pågår ut 2021. SINTEF vil utgi en rapport hvert år. Partnere i evalueringssprosjektet er Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU, Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling, KBT Midt-Norge, og Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin ved Forsknings- og utviklingsavdeling, St.Olav.

Evalueringen skal gi kunnskap om hvordan pakkeforløpene for psykisk helse og rus erfars av pasienter og tjenesteytere, innhente kunnskap om hvorvidt pakkeforløpene oppfyller sine målsettinger. Videre undersøke hvordan erfaringene med pakkeforløpene endrer seg over tid – fra oppstart og mot slutten av evalueringsperioden.

Denne første rapporten ser på ansatte fagfolks vurderinger av måloppnåelse knyttet til økt brukermedvirkning (mål 1), sammenhengende og koordinerte pasientforløp (mål 2) og ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner (mål 5). Videre på erfaringer knyttet til tidsbruk i utredning og behandling samt erfaringer knyttet til implementering, herunder registreringspraksis og forløpskoordinatorrollen. Til slutt ser vi på kommunenes rolle. Neste rapport i evalueringen (publiseres desember 2020) vil i tillegg inneholde evaluering av måloppnåelse knyttet til det å unngå faglig ubegrunnet ventetid for utredning, behandling og oppfølging (mål 3) og mål om likeverdige tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor (mål 4). Rapport to vil, i tillegg til en ny runde med fagfolks erfaringer, inneholde brukernes erfaringer og perspektiver, innhentet gjennom en såkalt Bruker Spør Bruker-undersøkelse. Sluttrapport fra evalueringen kommer desember 2021.

Design og metode

Datagrunnlaget for denne første rapporten er samlet inn både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. I spesialisthelsetjenesten ble det høsten 2019 gjort en kvalitativ undersøkelse med besøk og intervjuer i 18 behandlingseenheter fordelt på de tre tjenesteområdene: psykisk helsevern for voksne (PHV), psykisk helsevern for barn og unge (PHBU), og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Deretter ble det gjort en digital spørreundersøkelse. Både den kvalitative og den kvantitative undersøkelsen er rettet mot seksjons-/enhetsledere, behandlere og forløpskoordinatorer. Den kvalitative undersøkelsen inkluderte i tillegg miljøarbeidere. Det var 3431 ansatte i spesialisthelsetjenesten som svarte på spørreundersøkelsen. Av de som svarte er 75 prosent behandlere, 18 prosent er ledere og 7,5 prosent er forløpskoordinatorer.

Når det gjelder kommunenes erfaringer med pakkeforløp så langt, belyses dette med data fra SINTEF den årlige kartlegging av ressursinnsats i psykisk helse- og rusarbeid gjennom rapporten IS-24/8, samt en separat kartlegging gjort av Nasjonalt Senter for Psykisk Helsearbeid, NAPHA. I tillegg er det gjennomført henholdsvis dybdeintervju og fokusgruppeintervju i to kommuner.

Resultat

Brukermedvirkning og brukertilfredshet (mål 1)

Den digitale spørreundersøkelsen som ble besvart av 3431 behandlere, ledere og forløpskoordinatorer i spesialisthelsetjenesten, viste at 24 prosent mener pakkeforløp i noen grad bidrar til målet om brukermedvirkning og brukertilfredshet mens 76 prosent mener pakkeforløp i liten grad eller ikke i det hele tatt bidrar til dette. Det er flest innen døgnenheter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) som er positive til at pakkeforløp har bidratt til brukermedvirkning og brukertilfredshet. Ledere er mer positive enn behandlere.

Samtidig som et flertall er kritisk til at pakkeforløp bidrar til mer brukermedvirkning og brukertilfredshet, oppgir totalt 86 prosent av de ansatte at deres enhet per i dag (allerede) er god på dette. Her er det ingen forskjeller mellom stillingsgrupper, men vi finner at private med avtale er vesentlig mer fornøyde med egen innsats på dette området enn de offentlige.

De aller fleste oppgir at de i stor eller noen grad gjennomfører tiltak for involvering av pasienter og pårørende: samtaler om behandlingsvalg, planlegging av behandlingsforløp, involvering i vurderinger og beslutninger og ved å ivareta barn som pårørende. Vesentlig færre oppgir at de benytter feedback-verktøy, og en av fire bruker ikke dette i det hele tatt.

På spørsmål om hvordan pasienter og pårørende informeres om pakkeforløp svarer om lag 20 prosent, og flest i psykisk helsevern for voksne, at de ikke gir spesifikk informasjon om pakkeforløp, men foretrekker å informere om forløpet uten å bruke begrepet pakkeforløp. Dette betyr ikke at pasienter og pårørende ikke får informasjon om forløp. Rundt halvparten av respondentene svarer at behandler gir informasjon om pakkeforløp, godt over 20 prosent at informasjon sendes ut sammen med time til utredning, eller at det ligger informasjon på nettsidene. I noen tilfeller gis informasjon av forløpskoordinator, men dette oppgis primært i TSB.

I de kvalitative intervjuene kommer det fram at mange unngår å bruke begrepet pakkeforløp overfor pasienter og pårørende fordi de oppfatter begrepet pakkeforløp som noe negativt som kan misforstås, for eksempel at pakkeforløp er en ensartet behandlingsspakke som alle mottar.

Når det gjelder hvorvidt pakkeforløp har noen effekt på hvor mye, eller hvordan det jobbes med brukermedvirkning og pårørendeinvolvering, kom det fram mange steder i de kvalitative intervjuene at: "dette er noe man har jobbet med i mange år allerede", og at pakkeforløp ikke bidrar i så måte. Både den kvantitative og den kvalitative undersøkelsen gir inntrykk av at behandlingseenhetene er relativt godt fornøyde med egen innsats når det gjelder brukermedvirkning og brukertilfredshet. Dette som en vurdering av dagens tjenestetilbud, uavhengig av pakkeforløp.

Sammenhengende og koordinerte pasientforløp (mål 2)

Når det gjelder målet om mer sammenhengende og koordinerte forløp svarer 68 prosent at de i liten grad eller ikke i det hele tatt mener pakkeforløp har bidratt. Igjen er ansatte i døgneheter i TSB mest positive til at pakkeforløp har bidratt. Her svarer nær halvparten at pakkeforløp i noen grad har bidratt til sammenheng og koordinering, mens seks prosent mener pakkeforløp i stor grad har bidratt. Samtidig som 68 prosent mener pakkeforløp i liten grad bidrar, mener samme andel ansatte at pasientene per i dag får sammenhengende og koordinerte tjenestetilbud i hele behandlingsskjeden.

Innføring av pakkeforløp ser ikke ut til å gi nevneverdig utslag på tid brukt på samhandling, verken med henviser eller kommunen. Når det gjelder samhandling med fastlege svarer 20 prosent av respondentene at de i liten grad eller ikke i det hele tatt samhandler med fastlege i forbindelse med henvisning. Mens de fleste oppgir at tidsbruken er uendret når det gjelder kommunikasjon med fastlege, oppgir henholdsvis 13 prosent at de bruker mindre tid og 17 prosent at de bruker mer tid etter innføring av pakkeforløp. Når det gjelder kommunikasjon med kommunale tjenester etter utredning og i forbindelse med avslutning av forløpet oppgir 13 prosent at de bruker mindre tid og 10 prosent at de bruker mer tid.

Hovedinntrykket fra de kvalitative intervjuene er det samme som fra spørreundersøkelsen – at pakkeforløp i svært liten grad bidrar til sammenheng og større grad av koordinering enn tidligere. Mange i spesialisthelsetjenesten uttrykker skuffelse over kommunenes og fastlegenes manglende kunnskap om og involvering i pakkeforløp så langt. Henvisningene fra fastlege er verken bedre eller dårligere enn før, og fastlegene har stort sett ikke kjennskap til de kravene som stilles til dem i regi av pakkeforløp, slik mange i spesialisthelsetjenesten opplever det.

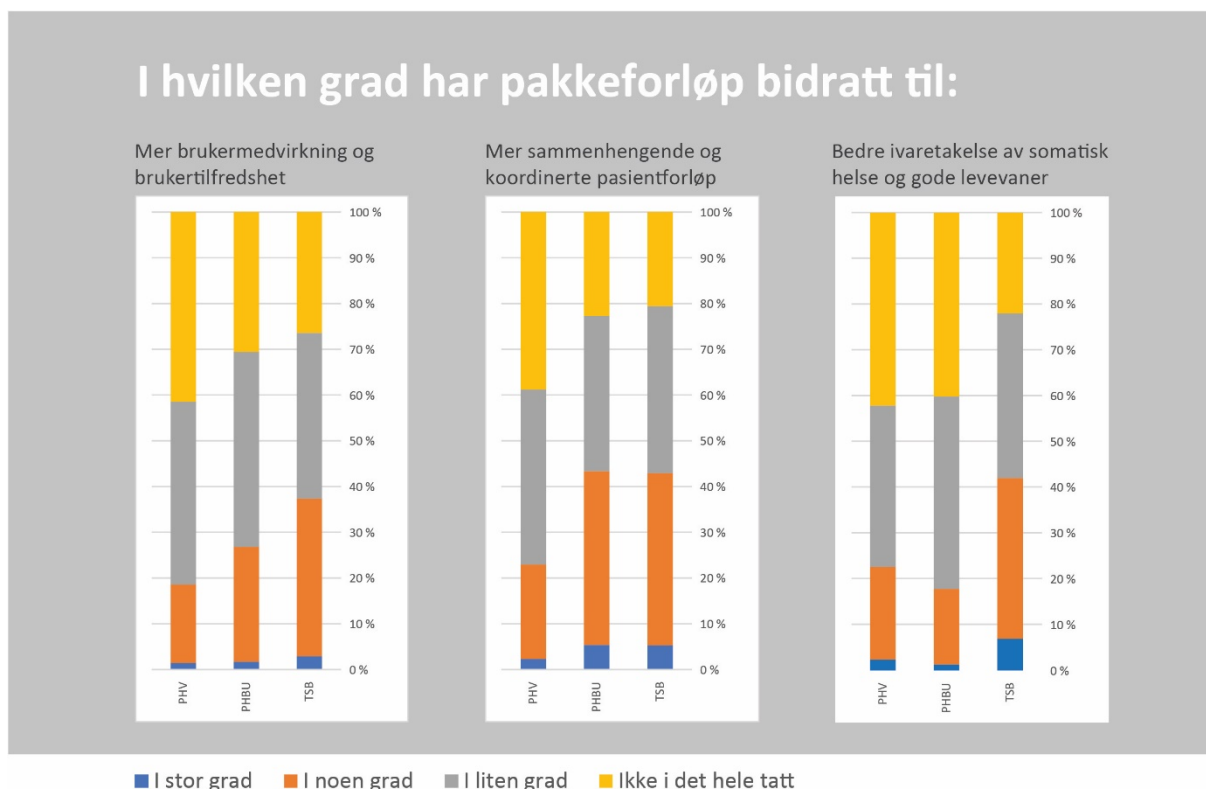
Somatisk helse og levevaner (mål 5)

Spørreundersøkelsen viser at det er relativt få, rundt 20 prosent, innen psykisk helsevern som mener pakkeforløp i noen grad har bidratt til bedre ivaretagelse når det gjelder somatisk helse og gode levevaner. Også på dette området er det flest innen TSB som mener pakkeforløp har bidratt til bedre ivaretagelse. Samtidig som det totalt sett er få som mener pakkeforløp har bidratt, svarer de fleste at de (allerede) per i dag er gode på å følge opp dette. De fleste svarer også bekreftende på at de gjennomfører utredning av somatisk helse og levevaner, og det er flest som svarer dette innen TSB. Litt færre svarer at de gjennomfører *tiltak* på dette området.

Hovedinntrykket fra de kvalitative intervjuene er at man ikke har endret praksis når det gjelder oppfølging av somatisk helse og levevaner, men det gis også et par eksempler på endrede rutiner. Flere steder kom det fram at enkelte behandlere ikke er klar over at pakkeforløpene skal bidra til bedre måloppnåelse på dette området. I et intervju med ledere både fra TSB og psykisk helsevern ved et sykehus forklarte leder ved TSB at de hadde tilrettelagt gjennom en "mer strukturert rutine og avsatt tid til pasienter i basisutredning" mens leder i poliklinikk i samme intervju var kritisk til at de på deres side er blitt bedre på ivaretagelse av somatisk helse. Dette skillet mellom TSB og psykisk helsevern ser vi i flere av de kvantitative resultatene – med ansatte i TSB som er mer positive til at pakkeforløp bidrar til et bedre tjenestetilbud.

Variasjoner i ansattes vurdering av pakkeforløp

Framstillingen under gir en samlet visualisering av resultatene som er presentert så langt i dette sammendraget, og viser de ansattes vurdering av i hvilken grad pakkeforløp har bidratt til å nå målene om mer brukervedvirkning og brukertilfredshet, sammenhengende og koordinerte pasientforløp og bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner.



Resultatene viser at ansatte i TSB er mer positive til pakkeforløps bidrag enn ansatte i psykisk helsevern når det gjelder mer brukervedvirkning og somatisk oppfølging. Når det gjelder mål om sammenhengende og koordinert pasientforløp er det ingen forskjell mellom TSB og psykisk helsevern

for barn og unge (PHBU) samlet sett, men her er ansatte ved TSB døgnet mer positive enn de andre enhetene (jf figur 6 i resultatkapitlet).

Det er ikke åpenbare forklaringer til at TSB er mer positive til pakkeforløp. Kanskje kan det dreie seg om kulturelle forskjeller som kan knyttes til de to fagfeltenes historie? TSB er et relativt nytt fagfelt innenfor spesialisthelsetjenesten, der man har gjennomgått store endringer og tilpasninger gjennom de siste årene. Kanskje gir dette større evne til omstilling, og bedre rutiner for endring? Et annet moment er at man i TSB kan ha større behov for å legitimere sitt fagfelt gjennom en positiv holdning. En tredje hypotese kan være at ansatte i TSB i større grad ser et behov for de strukturendringene pakkeforløp medfører. Forskjellene vil diskuteres med fagfeltet i neste intervjurunde i evalueringen. Resultatene viser også gjennomgående forskjeller mellom behandlere og lederes oppfatninger, der ledere er mer positive til pakkeforløps bidrag både til mer brukervedvirkning, sammenheng og bedre ivaretagelse av somatisk helse, og en rekke av de øvrige resultatene som videre rapporteres. Denne forskjellen mellom ledere og behandlere finner vi både i psykisk helsevern for voksne (PHV), psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Et moment som kan forklare ulike oppfatninger mellom ledere og behandlere er at mange ledere har ansvar knyttet til implementering av pakkeforløp. I de kvalitative intervjuene møtte vi en god del ledere som var kritiske til pakkeforløp, men som likevel var opptatt av å legge til rette for nødvendige rutiner. Jevnt over vil nok ledere være mer opptatt av at man skal lykkes som enhet når det gjelder implementering av pakkeforløp. Behandlerne på sin side vil trolig i større grad enn ledere uten behandlingsansvar oppleve effektene av de konkrete organisatoriske endringene som innføres, og det presset og stresset som eventuelt oppstår, ettersom det er behandler som skal effektivisere endringene overfor pasientene og registreringssystemet. En rekke steder vil ledere også ha behandlingsansvar, og dermed inneha begge perspektivene. Vårt hovedinntrykk, basert på kvalitative intervjuer i de 18 enhetene vi besøkte, er at ledere og behandleres ulike roller og ståsted knyttet til implementering av pakkeforløp i liten grad står i motsetning til hverandre. Mange ledere vi intervjuet var opptatt av å implementere pakkeforløp på en måte som skaper minst mulig press og stress i systemet.

Pakkeforløps innvirkning på tidsbruk og arbeidsbelastning

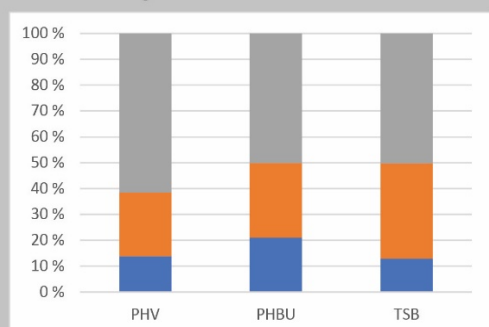
Framstillingen på neste side gir en samlet illustrasjon av de ansattes holdninger når det gjelder pakkeforløps påvirkning på tidsbruk.

Nær 60 prosent av behandlerne rapporterer at tidsbruken er uendret både når det gjelder utredning og behandling. Blant de som opplever at tidsbruken er endret, oppgir 27 prosent at de bruker *mer* tid på utredning mens 38 prosent oppgir at de bruker *mindre* tid på behandling. Om lag halvparten mener det generelt brukes mindre tid til pasientene, og om lag 80 prosent oppgir at de bruker mer tid på administrasjon etter innføring av pakkeforløp. Behandlerne i poliklinikkene rapporterer dette i større grad enn døgnetenhetene.

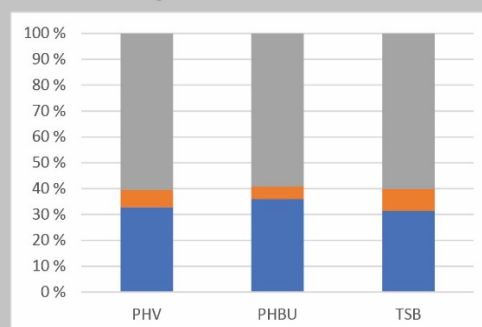
Fra den kvalitative undersøkelsen finner vi at behandlere og lederes uttalte skepsis til pakkeforløp ofte knyttes til det som oppfattes som et kunstig skille mellom utredning og behandling. Man mener dette skillet fører til uheldige konsekvenser for tilbudet til pasientene. Det er også mange som gir tilbakemelding om dette i det åpne fritekstspørsmålet i spørreundersøkelsen, der vi spurte om hva de ville endret i pakkeforløpene. Faren de ser for seg er at mer standardisering vil gi negative effekter på tilbudet til pasienter. Noen ser dette som en konsekvens allerede.

Pakkeforløps påvirkning på tidsbruk

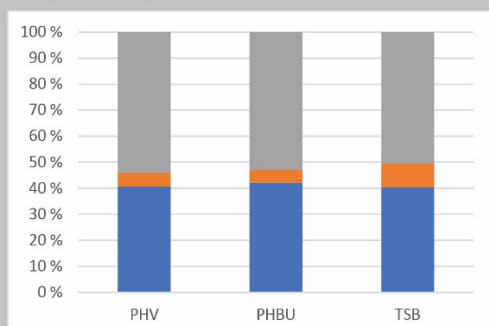
Tid til utredning



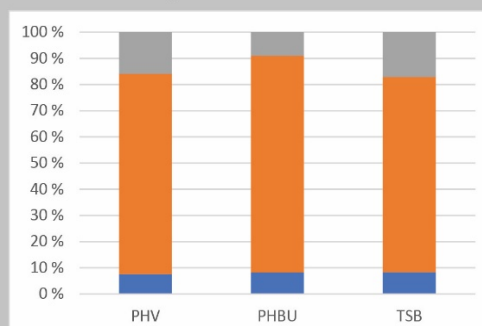
Tid til behandling



Tid generelt til pasientene



Tid til administrasjon

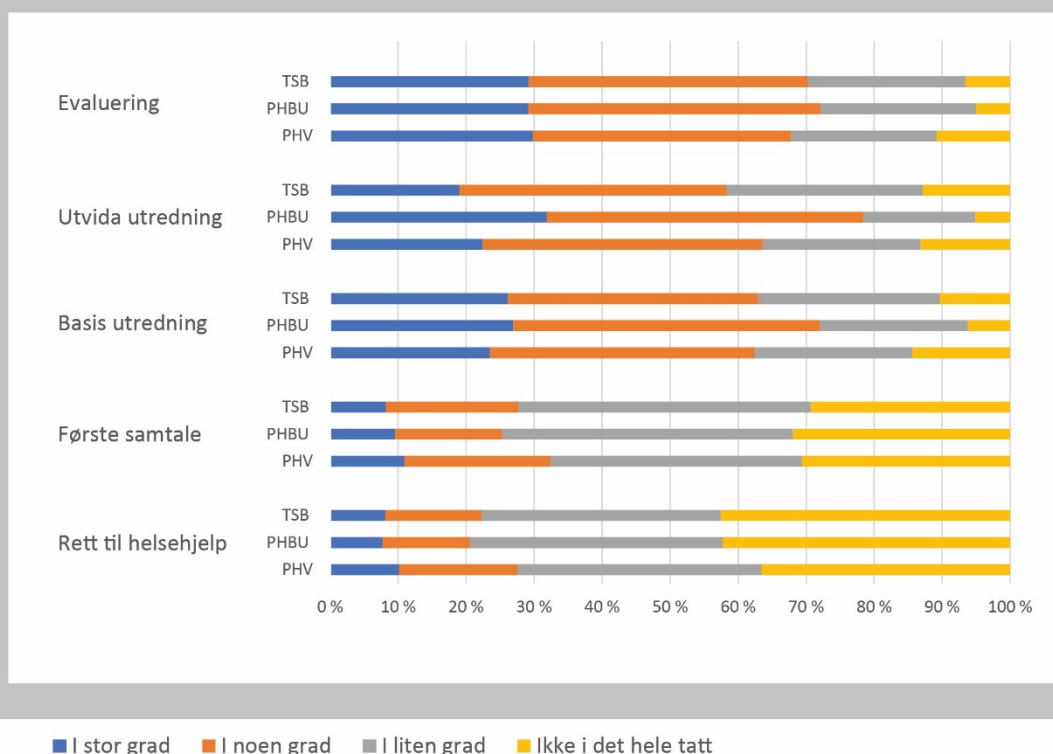


■ Bruker mindre tid ■ Bruker mer tid ■ Uendret

Tidsbruk er nært knyttet til arbeidsbelastning. Spørreundersøkelsen viser at et stort flertall ansatte mener pakkeforløp fører til større arbeidsbelastning for behandlere (90 prosent rapporterer dette) og for kontorfaglig personell (73 prosent rapporterer dette). Arbeidsbelastning rapporteres i større grad for behandlere i poliklinikker enn i døgneheter, og vesentlig høyere belastning rapporteres for kontorfaglig personell i PHBU enn i de andre tjenesteområdene. Et stort flertall, 88 prosent, opplever at pakkeforløp fører til negativt tidspress i behandlingssystemet. Godt over halvparten svarer at de opplever dette i stor grad. Også her finner vi en større andel innen poliklinikk enn ansatte i døgneheter.

Tidsfristene som er satt i de ulike delene av pakkeforløp kan sies å utgjøre det sterkeste virkemidlet i det nye systemet. På neste side gis en samlet grafisk framstilling av behandlernes opplevelse av hvorvidt det er problematisk å holde fristene i pakkeforløp. Frist for *basis utredning* oppleves problematisk å holde seg innenfor for 65 prosent av behandlerne, og rapporteres som mer problematisk i PHBU enn i PHV og TSB. Når det gjelder *utvida utredning* er det flest i PHBU, 79 prosent, som opplever denne fristen som problematisk mens andelen i PHV og TSB er på henholdsvis 63 og 58 prosent. Frister for evaluering oppgis å være problematisk fra 70 prosent av behandlerne. Her var det relativt lite forskjeller mellom de ulike tjenesteområdene.

Problematisk å holde frister i ulike deler av pakkeforløp?



Selv om mange rapporterer at det er problematisk å holde tidsfristene i pakkeforløp, er nesten halvparten av de ansatte positive til at pakkeforløp fører til bedre *struktur* i pasientforløpene. Langt færre mener at det fører til et mer effektivt system *til det beste for pasientene* eller til *bedre faglig klinisk beslutning*. Totalt er en av fire positive til at pakkeforløp fører til dette, og her er ansatte ved TSB døgnenheter mest positive.

Fra den kvalitative undersøkelsen finner vi at svært mange behandlere og ledere uttrykker alvorlige bekymringer og faglige dilemma knyttet til innføring av pakkeforløp. Kortere utredningstid vil trolig være en av de viktigste effektene av pakkeforløp for pasientene. Dette er i tråd med formålet, men mange behandlere er skeptiske til at dette er en god utvikling. Mange mener pakkeforløp legger opp til et kunstig skille mellom utredning og behandling, med flere uheldige konsekvenser for tilbudet til pasientene. Det påpekes at tid til behandling går på bekostning av den tiden som går med for å gjøre alt som det legges opp til i forbindelse med utredning. Man tar til orde for at det er for mange oppgaver og skjema som er lagt til utredningsfasen, noe som gjør at man ikke får møtt pasienten på en god måte dersom man skal følge opp alt. "Vi er blitt noen utredningsmaskiner". Vårt hovedinntrykk er at både behandlere og ledere opplever dette som det mest kontroversielle og vanskelige å forholde seg til rent faglig ved innføring av pakkeforløp. Faren de ser for seg er at mer standardisering vil gi negative effekter på tilbudet til pasienter. Noen ser dette som en konsekvens allerede.

Implementering

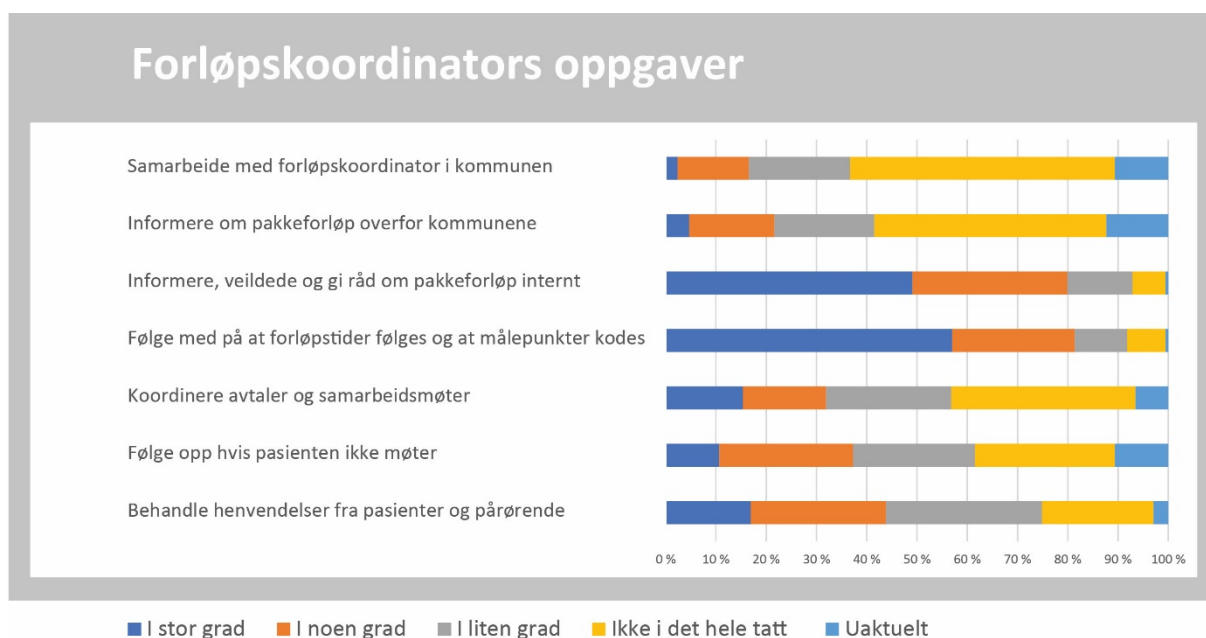
Forløpskoordinatorrollen

I forbindelse med opprettelse av stilling til forløpskoordinator oppgir en fjerdedel av respondentene, at eksisterende stilling(er) er omdefinert og 13 prosent at det er opprettet ny(e) *stillinger* som

forløpskoordinator. Alternativt har noen en *rolle* som forløpskoordinator i systemet, uten at de har en definert stilling som forløpskoordinator.

Evalueringen viser at i psykisk helsevern for voksne er omtrent halvparten av de som har *stilling* som forløpskoordinator helsesekretærer/kontorfaglig personell, ca. 30 prosent er sykepleiere, mens de øvrige 20 prosentene har annen fagbakgrunn. I PHBU har omtrent 70 prosent av forløpskoordinatorstillingene helsesekretær/kontorfaglig bakgrunn, mens dette bare gjelder 27 prosent av forløpskoordinatorene i TSB. I TSB er det flest sosionomer og sykepleiere som har forløpskoordinatorrolle.

Når det gjelder de som oppgir at de har en *rolle* som forløpskoordinator, er de aller fleste behandlere, og flest er psykologer, dernest leger, sykepleiere og sosionomer. Det er veldig få helsesekretærer og kontorfaglige som svarer at de har en *rolle* som forløpskoordinator (men derimot stilling, som nevnt over). Det som skiller forløpskoordinator som har det som hovedstilling fra de som har det som rolle, er at førstnevnte har det som en viktigste oppgave å informere, veilede og gi råd om pakkeforløp internt i enheten/avdelingen. Figuren under viser arbeidsoppgaver for forløpskoordinator ved enheter der denne utgjør egen stilling.



Resultatene fra spørreundersøkelsen viser stor variasjon i forløpskoordinators organisering, bakgrunn og oppgaver. En overraskende stor andel av behandlere og ledere mener forløpskoordinatorrollen i liten grad eller ikke i det hele tatt er nyttig. Andelen som mener dette, er større blant behandlere enn blant ledere. Det virker som det fortsatt hersker noe forvirring knyttet til hvordan denne rollen kan kaste best av seg, og hvor forløpskoordinatorrollen bør ligge. Dette så vi eksempler på i det kvalitative materiale. Noen steder er forløpskoordinator såpass fjern fra praksisfeltet både ved organisatorisk og geografisk plassering, og også når det gjelder oppgaver, at det kanskje ikke er overraskende at seksjonsledere og behandlere ikke gjennomgående finner stor nytte i funksjonen. Enkelte steder har imidlertid forløpskoordinator tatt en svært tydelig rolle som en hjelper i de administrative rutinene knyttet til koding og registrering. I disse tilfellene utvikler vedkommende en rolle som ekspert eller superbruker, og blir mer eller mindre uunnværlig for behandlere og ledere. Det fins også eksempler på forløpskoordinatorer med kompetanse knyttet til behandling av data som er registrert, og som dermed kan ta ut data for framstilling av status i avdelingen/enheten.

Registreringsarbeidet

Forsinkede og lite velfungerende datasystemer har påvirket implementeringen av pakkeforløp negativt, og bidrar til at selve registreringsjobben skaper mye frustrasjon og stress hos både ledere, behandlere og

kontorpersonell. Vi har inntrykk av at dette overskygger arbeidet med operasjonalisering av innhold og kvalitet i pakkeforløpene. De ansatte i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling stiller spørsmålsteget ved kvalitet og sammenlignbarhet på de data som er registrert hittil, da det rapporteres om ulik kodepraksis både innad i og mellom helseforetak. Når det gjelder registreringspraksis er man mest fornøyd i de private institusjonene og i Helse Midt-Norge. Helse Midt-Norge har utviklet og tatt i bruk systemet eSP (elektronisk standardiserte pasientforløp). Ellers i landet er det systemet DIPS som anvendes, og i hovedsak DIPS Classic, mens få har innført det nye DIPS Arena. Et viktig moment når det gjelder registreringssystem i Helse Midt-Norge er at det er en utbredt praksis at behandlerne registrerer koder etter hvert på et papirskjema, og at kontorfaglig personell deretter registrerer dette elektronisk i eSP (jf. figur 31 i resultatkapitlet).

Generelt er det å forvente at innføring av et nytt registreringsregime med mange nye koder er tidkrevende i en oppstartsfase. Evalueringen viser at 94 prosent av respondentene bruker mer tid på registrering etter innføring av pakkeforløp. Halvparten oppgir at de bruker 1-2 timer ekstra på registrering per uke.

Det kommer fram i de kvalitative intervjuene, og i åpne svarfelt i spørreundersøkelsen, at de ansatte ønsker færre koder å forholde seg til, og større fleksibilitet knyttet til når i forløpet ulike hendelser skal kodes og dokumenter opprettes. Det er stort behov for å utsette frister, for eksempel når pasienter ikke møter til timer, når behandler er syk eller det avvikes ferie. Det medfører også et problem flere steder at man er avhengig av en tilgjengelig psykologspesialist eller psykiater for å få gjennomført for eksempel klinisk beslutning. Når det gjelder registreringssystem er det behov for et elektronisk system som gir behandlere påminnelser om kommende frister og fristbrudd. Per i dag fører mange behandlere manuelle oversikter over pasientene, og deres respektive frister, i sårbare systemer (notatbøker, Word/Excelfiler o.l.) uten automatiske oppdateringer ved utsettelse av timer, eller de blir påminnet av kontorfaglig personale. Det etterlyses et system på nasjonalt nivå for å kunne stille spørsmål om pakkeforløp, og få raskt svar fra helsemyndighetene.

Holdninger til pakkeforløp og forventninger framover

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at holdningene til pakkeforløp blant de ansatte har blitt mer negative fra innføringstidspunktet i januar 2019, og til i dag. Andelen som svarer "veldig negativ" har økt mest i psykisk helsevern for voksne. Ledere har gjennomgående mer positive holdninger enn behandlere. Når det gjelder holdninger per i dag, er ansatte i TSB signifikant mer positive enn ansatte psykisk helsevern. Ansatte i døgneheter er mer positive enn de som jobber i poliklinikk, noe som trolig reflekterer et mindre press knyttet til pakkeforløp i døgneheterne.

På spørsmål om forventninger til pakkeforløp framover er kun tre prosent som oppgir at de allerede ser gode effekter mens 21 prosent tror det kan bidra til et bedre tjenestetilbud på sikt. Et flertall svarer at de enten er usikker (33 prosent) eller skeptisk (33 prosent) til at det kan gi et bedre tjenestetilbud. Ti prosent er fullstendig avvisende til at pakkeforløp skal kunne gi et bedre tjenestetilbud.

Den kvalitative studien viser at det varierer hvordan og hvor mye ledelsen har tatt grep om implementeringsprosessen på de ulike stedene. Flere steder legges det flere steder vekt på at "dette gjør vi allerede". Noen steder er det en avventende holdning, og et preg av at man ikke har kommet skikkelig i gang, og at man ikke har fått tilstrekkelig opplæring og informasjon. Noen ledere beskriver problemene de møter når de forsøker å tilpasse og løse det som de opplever som et direktiv fra "oven", fra helsemyndighetene. Det skjedde mye i forkant av innføringen i form av konferanser og informasjon, men hvordan implementeringsprosessen skal skje lokalt styres i liten grad. Det er i stor grad opp til lokal ledelse hvordan det gjøres. Noen steder har ledelsen tatt et omfattende grep når det gjelder involvering, og vært opptatt av å etablere et eierforhold til pakkeforløp. Vårt inntrykk er at dette har vært vellykket i disse tilfellene.

Erfaringer med pakkeforløp i kommunene

Per august/september 2019 var det 18 prosent av kommunene som ikke hadde forløpskoordinator på plass. Det var også 70 prosent av kommunene som svarte at de ikke hadde utarbeidet informasjon om pakkeforløp og forløpskoordinator på sine nettsider. De fleste forløpskoordinatorer i kommunene er ansatt i psykisk helse- og rustjenestene og/eller i Koordinerende enhet.

Svært få kommuner svarte at de i stor grad hadde blitt involvert i arbeidet med å implementere pakkeforløp i spesialisthelsetjenesten, og det er vårt inntrykk at kommunene har følt seg "på siden" i dette arbeidet i oppstartsfasen. Kommunene oppfatter dette som en reform først og fremst i spesialisthelsetjenesten. De færreste fastlegene vi har snakket med hittil i evalueringen (høst 2019) har hatt god kunnskap om, eller konkrete erfaringer med, pakkeforløp. Man må erkjenne at innføring av denne type landsomfattende reformer tar tid, og hvis kommunene har oppfattet at dette er noe som skal skje i spesialisthelsetjenesten er det ikke overraskende at de er avventende og venter på initiativ fra spesialisthelsetjenesten før de konkretiserer arbeidet.

De aller fleste kommunene svarer at de mottar PLO-melding/e-link (el.l.) fra spesialisthelsetjenesten og nær 70 prosent av kommunene svarer at de deltar i samarbeidsmøter underveis i forløpet. Litt under en tredjedel av kommunene svarte at de deltar i planlegging av behandling tidlig i oppstart av pakkeforløp, og per høst 2019 var det også bare 20 prosent av kommunene som svarte at de mottar informasjon om evalueringspunkter og endringer i behandlingsplan. Det vil bli interessant i den videre evalueringen å undersøke hvordan denne informasjonen blir brukt i kommunene. I tilbakemeldingene fra behandlere i spesialisthelsetjenesten, i SINTEFs undersøkelse i evalueringen, uttrykkes det bekymring for om de bruker tid på å utarbeide og sende dokumenter som ikke blir lest i kommunehelsetjenesten.

Det kommer fortsatt signaler fra kommunene (blant annet til NAPHA) om at de ønsker klarere føringer for hva deres rolle i pakkeforløpene skal være. Over 70 prosent av kommunene kjente enten ikke til, eller hadde ikke påbegynt, det anbefalte arbeidet med å oppdatere samarbeids- og tjenesteavtaler med spesialisthelsetjenesten per september 2019. Det finnes imidlertid eksempler på enkeltkommuner som etter pakkeforløpenes introduksjon har kommet godt i gang med faste møter med spesialisthelsetjenesten på systemnivå der man i fellesskap gjør vurderinger av utskrivningsklare pasienter med sammensatte behov for oppfølging i kommunene.

Konklusjon

Man er fremdeles inne i en tidlig fase når det gjelder erfarings- og kunnskapsgrunnlaget for Pakkeforløp psykisk helse og rus. Flere steder har man knapt kommet i gang med å registrere pasienter inn i pakkeforløp, selv om det nærmer seg et år siden den formelle startstreken.

Resultatene presentert i denne rapporten viser fagfolks skepsis til pakkeforløp i dette fagområdet, og konkretiserer hva dette innebærer. Et stort flertall av de ansatte mener pakkeforløp på dette tidspunktet ikke bidrar til måloppnåelse når det gjelder de overordnede målsettingene. Det er for tidlig å konkludere på spørsmålene om effekter. Evalueringen skal følge utviklingen videre i 2020 og 2021, og skal blant annet undersøke brukernes erfaringer og perspektiver. De ansattes vurderinger gir imidlertid et signal om at utviklingen ikke er helt god. Resultater fra spørreundersøkelsen viser også at utbredt skepsis ved innføring i januar 2019 har blitt enda større i løpet av dette året.

Denne rapportens konklusjon er at forsinkede og lite velfungerende datasystemer har påvirket implementeringen av pakkeforløp negativt, og bidrar til at selve registreringsjobben skaper mer frustrasjon og stress hos både ledere, behandlere og kontorpersonell enn den hadde behøvd å gjøre. Det at registreringsverktøyene ikke var klare ved innføring av pakkeforløp, og heller ikke fungerer tilfredsstillende ett år etter implementeringen, har påvirket motivasjonen og holdningene til pakkeforløp negativt. Det har overskygget fokus på operasjonalisering av innhold og kvalitet i pakkeforløpene. Det er avgjørende at utviklingen av registreringssystemer prioriteres høyt, og at dette også innebærer et sikkert system for påminnelse om kommende frister i pakkeforløpet for den enkelte behandler og forløpskoordinator. Det er behov for større fleksibilitet når det gjelder frister på grunnlag av praktiske

problemer som kan oppstå (for eksempel pasienter som ikke møter til time, at spesialist ikke er tilgjengelig, at behandler er blitt syk etc), og det er behov for fleksibilitet i systemet når det gjelder faglige og kliniske vurderinger. Dersom pakkeforløp blir et for rigid system er det en fare at man overser spesielle behov hos bruker. En annen fare er at det kan oppstå en praksis med strategisk koding som i det store og hele gir et feil bilde av virksomheten.

Forløpskoordinatorrollen i er fortsatt i støpeskjeen i psykisk helsevern og i TSB, og resultatene som kommer fram i evalueringen viser at nytteverdien er noe som bør diskuteres ute i tjenestene. Intensjonen om en kontaktperson som følger pasienten gjennom hele forløpet er foreløpig ikke tilpasset det som er gjennomførbart og hensiktsmessig i praksis.

Selv om de fleste kommuner har fått noen til å ta rollen som forløpskoordinator, gjerne ansatte i Koordinerende enhet eller enhet for psykisk helse og rus, er det fortsatt en vei å gå før kommunene finner sin plass i pakkeforløpene. Det er vår oppfatning at de har følt seg "på siden" i første del av implementeringsfasen, men det kommer også meldinger fra enkeltkommuner om at nye samarbeidsavtaler er tegnet og at det etableres faste samarbeidsmøter der utskrivningsklare og komplekse pasienter diskuteres. Fastlegene (og andre kommunale tjenester) vil etter hvert motta en økt mengde dokumenter med oppdateringer om sine pasienter fra spesialisthelsetjenesten, men om og hvordan informasjonen leses og brukes gjenstår å se. Det er forventninger i spesialisthelsetjenesten om at fastlegene skal gjøre en grundigere utredning av somatisk helse før henvisning, samtidig som pakkeforløp krever at spesialisthelsetjenesten skal ivareta somatikk og levevaner på en bedre måte. Det er for tidlig til å si noe om sammenhengene her, men evalueringen vil følge utviklingen også på dette delmålet.

1 Innledning

Alle tjenester i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er fra 2019 organisert som pakkeforløp. Dette gjelder for alle avdelinger og enheter i psykisk helsevern og TSB, også regionale og nasjonale enheter, og private aktører som har avtale med et regionalt helseforetak (RHF) eller HELFO.

Dette er den første rapporten fra den nasjonale evalueringen av Pakkeforløp for psykisk helse og rus. Prosjektet varer ut 2021, og vil utgi en rapport hvert år. Evalueringen omhandler de generelle pakkeforløpene:

- Utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge
- Utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne
- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Evalueringsrapporten formidler resultatene fra undersøkelse blant behandlere, ledere og forløpskoordinatorer om deres erfaringer så langt. Erfaringer fra brukere vil innhentes i 2020 og 2021.

1.1 Målsettinger

Helsedirektoratets hovedmål med evalueringen er å få kunnskap om hvordan pakkeforløpene for psykisk helse og rus erfares av pasienter og tjenesteytere, samt å innhente kunnskap om hvorvidt pakkeforløpene oppfyller myndighetenes intensjoner, formulert i fem målsettinger. Evalueringen skal også bidra til å kunne justere pakkeforløpene underveis. Hovedfokuset skal være på de tre generelle pakkeforløpene, og i det siste året av evalueringen også på overgang mellom ulike pakkeforløp. Helsedirektoratet ønsker å følge med på om pakkeforløpene oppfyller sine målsettinger:

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

Evalueringen vil også undersøke hvordan erfaringene med pakkeforløpene endrer seg over tid – fra oppstart og mot slutten av evalueringsperioden. På grunnlag av evalueringen vil forskergruppen gi anbefalinger om virkemidler for eventuelt å kunne forbedre pakkeforløpene.

Denne første rapporten fra evalueringen ser på måloppnåelse knyttet til brukermedvirkning (mål 1), sammenhengende og koordinerte pasientforløp (mål 2) og ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner (mål 5). Videre på erfaringer knyttet til tidsbruk i utredning og behandling samt erfaringer knyttet til implementering, herunder registreringspraksis og forløpskoordinatorrollen. Neste rapport i evalueringen (publiseres desember 2020) vil i tillegg inneholde evaluering av måloppnåelse knyttet til det å unngå faglig ubegrunnet ventetid for utredning, behandling og oppfølging (mål 3) og mål om likeverdige tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor (mål 4). De neste to rapporter fra evalueringen vil, i tillegg til fagfolks erfaringer, inneholde brukernes erfaringer og perspektiver, innhentet gjennom Bruker Spør Bruker-undersøkelse.

1.2 Begrunnelser for pakkeforløp

Både nasjonalt og internasjonalt har det blitt stadig vanligere å innføre standardiserte pasientforløp for å organisere utredning, behandling og oppfølging for en rekke sykdommer og tilstander (Faber, Grande, Wollersheim, Hermens, & Elwyn, 2014; Vanhaecht et al., 2012). Generelt er motivasjonen for å innføre mer standardiserte pasientforløp vanligvis en kombinasjon av mål om økt kvalitet på pasientbehandlingen-/omsorgen og ønske om å optimere ressursbruk i helsetjenesten. Andre mål er å fremme pasientsikkerheten og øke pasienttilfredsheten (Faber et al., 2014; Gordon & Reiter, 2016; Pearson, Goulart-Fisher, & Lee, 1995; Rotter et al., 2008; Vanhaecht, De Witte, Panella, & Sermeus, 2009; Vanhaecht et al., 2012).

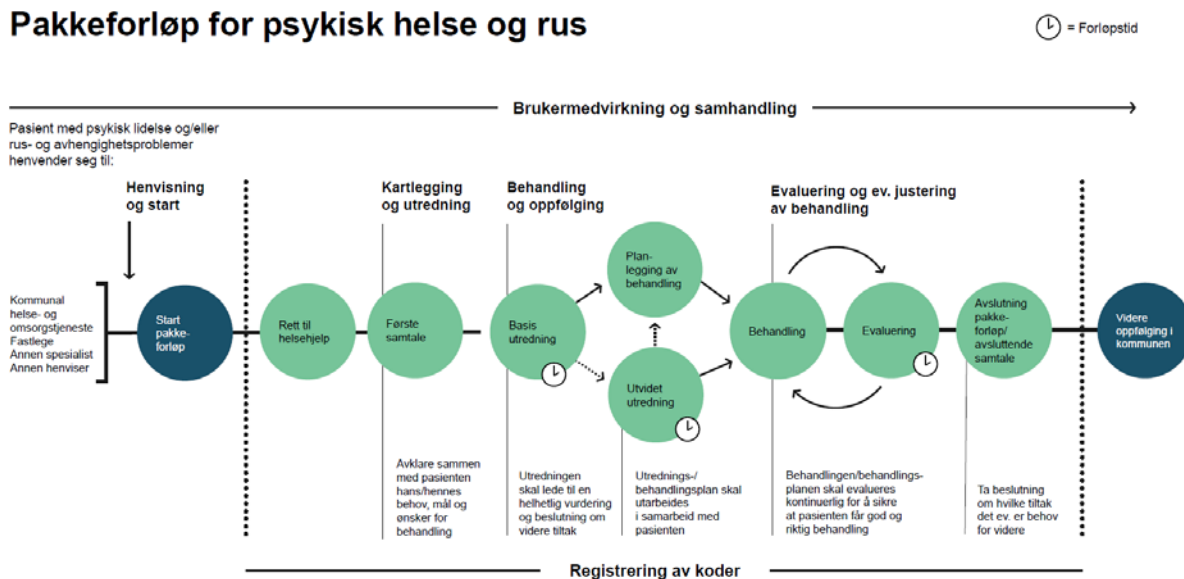
Standardiserte pasientforløp, eller beslektede begrep, som behandlingslinjer, "care pathways", "clinical pathways", "critical pathways" og "integrated pathways", innebærer å rette oppmerksomheten mot hvordan arbeidsprosesser er organisert og utført. Ved å beskrive prosessene (som for eksempel i Figur 1 under), og å definere hva som er ideelle delprosesser og forløpstider, kan forløpene bli verktøy for å redusere uønsket variasjon i behandling av likeartede sykdommer, og medføre at den enkelte behandlerers fokus på kvalitet blir styrket (Davina Allen, Gillen, & Rixson, 2009; Fineide & Ramsdal, 2014).

Satsingen på pakkeforløp innen psykisk helse og rus er knyttet til regjeringens overordnede politiske mål om å skape "pasientens helsetjeneste" der pakkeforløp skal sikre forutsigbarhet og trygghet for pasienter og pårørende. Det faglige grunnlaget for innføring pakkeforløp for psykisk helse og rus ligger i det utfordringsbildet som jevnlig dokumenteres i Helsedirektoratets statistikk og rapporter¹ med uønsket variasjon i ventetid, utredning, behandling og oppfølging. Videre med pasienter og brukere som opplever mangelfull innflytelse i behandlingen², og brukere som har behov for hjelp og bistand over lang tid og fra ulike tjenester, men opplever mangelfull samhandling mellom tjenestene. En sentral utfordring er disse pasientgruppens gjennomgående lavere levealder enn befolkningen ellers, og pakkeforløpene retter derfor oppmerksomhet mot somatisk helse og levevaner, for å søke å redusere disse forskjellene. Pakkeforløpene skal også sikre individuell tilpasning til pasienters og pårørendes ønsker og behov, og aktivt ta i bruk deres ressurser. God informasjon skal sikres gjennom hele forløpet. Faglig ubegrunnet ventetid skal unngås, og det skal sikres et likeverdig tilbud over hele landet.

1.3 Innholdet i Pakkeforløp for psykisk helse og rus

Figuren under viser forløpet og innholdet i Pakkeforløp for psykisk helse og rus. Helsedirektoratet leder arbeidet med implementering av pakkeforløpene, og har utarbeidet beskrivelser på nett³ som forklarer innholdet. Her gis en oppsummering av de viktigste momentene, som også illustreres i figuren under og i oversikten over frister.

Pakkeforløp for psykisk helse og rus



¹ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/analysenotater-samdata-spesialisthelsetjenesten#rapporter-2019>

<https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/ventetider-og-aktivitet-i-spesialisthelsetjenesten-2018>

² <https://www.fhi.no/kk/brukererfaringer/>

³ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/psykisk-helse>

Pakkeforløpet starter og slutter i kommunen. Pasienten henvises, og spesialisthelsetjenesten vurderer rett til helsehjelp, og hvilket pakkeforløp pasienten bør følge. Ved behov for øyeblikkelig hjelp henvises direkte til akutte tilbud ved psykisk helsevern. Pakkeforløpene gir ikke pasientene nye rettigheter, men forløpstidene gir anbefalinger for hvor lang tid ulike faser i pasientforløpet bør ta.

Når pasienten har fått rett til helsehjelp gjennomføres **første samtale** som skal avklare hva som er pasientens behov, mål og ønsker for behandling og oppfølging. Her skal pasient og eventuelt pårørende spørres om hva som er viktig for dem å få informasjon om. Informasjon er også tilgjengelig på helsenorge.no. Ifølge beskrivelsen skal sentrale ting kartlegges i første samtale inkludert informasjon og dialog om utredning og behandlingstilbud, psykiatrisk status og behov for umiddelbare tiltak herunder behov for kriseplan. Dersom pasienten har mindreårige barn eller søsken må behandler sikre at barnas behov for informasjon og oppfølging blir kartlagt og ivaretatt. Dersom behov for vurdering av selvmordsrisiko, må behandler sikre at dette gjøres. Det må iverksettes tiltak ved risiko for selvmord og dersom det er pågående voldsutsatthet eller voldsutøvelse må tiltak iverksettes. Pakkeforløpet kan i samråd med pasienten avsluttes etter første samtale dersom det ikke er grunnlag for videre utredning eller behandling i psykisk helsevern. Da skal det vurderes hvilket hjelpebehov pasienten har, og registreres kode for det.

Basis utredning skal lede til en helhetlig vurdering og beslutning om videre tiltak, en såkalt klinisk beslutning. Behandler skal i samarbeid med pasient lage en plan for basis utredning. Spesialist i psykiatri eller psykologi skal involveres. Det anbefales at det benyttes standardisert verktøy for måling av symptom og funksjon tidlig i forløpet, underveis i tilknytning til evalueringpunkter og før avslutning av pakkeforløpet/ utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. Det beskrives tema som kan være sentrale i en kartlegging og utredning, og det gis lenker til kartleggingsverktøy og veiledere. Behandler vurderer hva som er aktuelt for den enkelte pasient. Frister for tid brukt til utredning, det vil si fra første fremmøte til klinisk beslutning, etter basis utredning er inntil seks uker (42 kalenderdager) i psykisk helsevern og tre uker i TSB.

Når det gjelder **klinisk beslutning**, som gjøres på grunnlag av basis utredning, skal pasientens eget ønske om hjelp ligge til grunn. Spesialist skal delta i vurderingen, som skal dokumenteres i journal og danne et godt grunnlag for videre oppfølging. Den kliniske beslutningen innebærer om det er: behov for behandling, om det er behov for behandling/oppfølging i annen instans, om det ikke foreligger behov for videre oppfølging, eller om det er behov for utvidet utredning innen samme instans. Det skal tas stilling til behov for ulike tiltak som tiltak overfor mindreårige barn, rett til individuell plan, kriseplan, tiltak knyttet til somatisk helse og levevaner, skole/arbeidsliv etc Ved behov for behandling innen instansen som vurderer, enten psykisk helsevern eller TSB, skal behandling starte uten opphold. Dersom det er behov for annen instans avsluttes pakkeforløpet, og henviser og fastlege informeres om beslutningen, og hvem som har ansvaret for oppfølgingen. Hvis det ikke er behov for videre oppfølging kan pakkeforløpet avsluttes og henviser og fastlege informeres om beslutningen.

Dersom man i basisutredningen ikke har kommet til fram en diagnostisk avklaring som kan gi grunnlag for tiltak gir dette grunnlag for såkalt **utvidet utredning**. Dette innebærer at det lages en utredningsplan som skal gjennomføres i løpet av seks uker. Utredningen skal ha et bruker- og mestringsfokus og skal lede til en helhetlig vurdering og beslutning om videre tiltak. Spesialist skal involveres. Det anbefales bruk av strukturerte utredning- og kartleggingsverktøy. Deretter følger klinisk beslutning (samme innhold som klinisk beslutning etter basis utredning, som beskrevet over).

Fra klinisk beslutning (etter ferdig utredning) til første **evaluering** kan det gå inntil seks uker i poliklinikk, inntil to uker i døgnetenhet i psykisk helsevern, og ei uke i TSB. Mellom hver evaluering kan det i psykisk helsevern gå inntil tolv uker i poliklinikk, seks uker i døgnetenhet mellom hver evaluering. I TSB kan det gå inntil åtte uker i poliklinikk mellom hver evaluering, og seks uker i døgnetenhet.

Tabellene på neste side gir fullstendig oversikt over alle tidene som er definert i henholdsvis PHV, PHBU (samme tidene) og i TSB.

Forløpstider i PHV og PHBU			Forløpstider i TSB		
Fra første fremmøte til klinisk beslutning etter basisutredning	Poliklinikk (basis utredning)	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)	Fra første fremmøte i TSB til klinisk beslutning etter basis utredning	Poliklinikk (basis utredning)	Inntil 21 kalenderdager (3 uker)
Fra første fremmøte til klinisk beslutning etter basis utredning	Døgnetenhet (basis utredning)	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)	Fra første fremmøte i TSB til klinisk beslutning etter basis utredning	Døgnetenhet (basis utredning)	Inntil 7 kalenderdager (1 uke)
Fra klinisk beslutning etter basis utredning til klinisk beslutning etter utvidet utredning	Poliklinikk (utvidet utredning)	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)	Fra avsluttet avrusning til annen behandling starter	Poliklinikk (avrusning)	Inntil 3 kalenderdager
Fra klinisk beslutning etter basis utredning til klinisk beslutning etter utvidet utredning	Døgnetenhet (utvidet utredning)	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)	Fra avsluttet avrusning til annen behandling starter	Døgnetenhet (avrusning)	0 kalenderdager
Fra klinisk beslutning etter ferdig utredning til første evaluering	Poliklinikk (evaluerings-punkt)	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)	Fra klinisk beslutning etter ferdig utredning til første evaluering	Poliklinikk (evaluerings-punkter)	Inntil 7 kalenderdager (1 uke)
Fra klinisk beslutning etter ferdig utredning til første evaluering	Døgnetenhet (evaluerings-punkt)	Inntil 14 kalenderdager (2 uker)	Fra klinisk beslutning etter ferdig utredning til første evaluering	Døgnetenhet (evaluerings-punkter)	Inntil 7 kalenderdager (1 uke)
Tid mellom hver evaluering	Poliklinikk (evaluerings-punkt)	Inntil 84 kalenderdager (12 uker)	Tid mellom hver evaluering	Poliklinikk (evaluerings-punkter)	Inntil 56 kalenderdager (8 uker)
Tid mellom hver evaluering	Døgnetenhet (evaluerings-punkt)	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)	Tid mellom hver evaluering	Døgnetenhet (evaluerings-punkter)	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)

2 Design og metode for denne rapporten

Datagrunnlaget for denne første rapporten er en kvalitativ undersøkelse med besøk i 18 enheter fordelt på de tre spesialisthelsetjenesteområdene rundt om i landet og en påfølgende digital spørreundersøkelse. Begge undersøkelsene var rettet mot seksjons-/enhetsledere, behandlere og forløpskoordinatorer. Når det gjelder kommunenes erfaringer med pakkeforløp så langt belyses dette med data fra SINTEF sin årlige kartlegging av ressursinnsats i psykisk helse- og rusarbeid gjennom IS-24/8, samt en separat kartlegging gjort av Nasjonalt Senter for Psykisk Helsearbeid, NAPHA. I tillegg er det gjennomført henholdsvis dybdeintervju og fokusgruppeintervju i to kommuner.

En oversikt over metoder, type informanter og tidsplan i resten av evalueringen gis i en tabell i vedlegg bakerst i rapporten.

2.1 Kvalitativ undersøkelse i 18 spesialistenheter

Den kvalitative undersøkelsen ble gjort i perioden 18. september til 18. november med besøk i 18 enheter rundt om i landet, fordelt på psykisk helsevern for henholdsvis voksne og barn/unge samt tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det ble gjort både fokusgruppeintervjuer og individuelle intervjuer. Det skal innhentes informasjon ved kvalitative intervjuer om de ulike aktørgruppers erfaringer knyttet til pakkeforløpene gjennom hele prosjektperioden.

Generelt er kvalitative intervju en godt etablert og effektiv metode for datainnhenting særlig egnet for å innhente informantenes erfaringer og oppfatninger (Kvale & Brinkmann, 2015). Fokusgrupper gir et bredt mangfold av data angående det begrepet som studeres (Malterud, 2012). Videre støtter vi oss til Kitzingers (Kitzinger, 2005) generelle begrunnelse for å velge fokusgrupper; fordi en gruppeprosess kan hjelpe folk til å utforske og tydeliggjøre sine perspektiv i større grad enn det som er mulig i individuelle intervju.

2.1.1 Utvalget i kvalitativ undersøkelse

Behandlingsenhetene ble tilfeldig utvalgt fra de fire regionene. Det ble valgt ut flere enheter i Midt-Norge fordi disse er lett tilgjengelig for forskergruppen. I den første runden med kvalitativ undersøkelse (høsten 2019) har vi gjort intervjuer med behandlere, ledere og forløpskoordinatorer. Det ble gjort gruppeintervjuer med behandlere. I noen av disse deltok også miljøterapeuter. Intervju med leder ble i de fleste tilfeller gjort individuelt, og i noen tilfeller i gruppe med flere ledere ved enheten. Intervjuene med forløpskoordinator var som regel et individuelt intervju, men det er også eksempler på at forløpskoordinator deltok i behandlerintervjuet, at en fra merkantil også deltok i intervjuet eller at to forløpskoordinatorer ble intervjuet samtidig.

Tabell 1 Oversikt over antall enheter i kvalitativ undersøkelse, fordelt på region.

		PHV	PHBU	TSB	Totalt	
HELSEREGION	Region Midt-Norge	Poliklinikk	1	2		3
		Døgn	1	1	2	4
	Region Vest	Poliklinikk	1	2		3
		Døgn	1	1		2
	Region Sør-Øst	Poliklinikk	1	1	1	3
		Døgn	1			1
	Region Nord	Poliklinikk				0
		Døgn		1	1	2
Totalt		6	8	4	18	

Det ble i alt gjennomført 43 gruppeintervjuer og individuelle intervjuer. Gruppeintervjuene hadde inntil åtte deltakere, men oftest rundt fem, og varighet på inntil 1,5 time. Det ble brukt intervjuguide. Alle informanter signerte samtykkeerklæring. Intervjuene ble gjennomført semi-strukturert. Det vil si at intervjuguidene følges, samtidig som det åpnes for andre tema. Intervjuene ble gjennomført av to

forskere sammen, med unntak av ett. Prosjektleder deltok på 41 av de 43 intervjuene, ellers vekslet to faste forskere om å delta. Alle intervjuene ble tatt opp på diktafon og transkribert.

2.1.2 Analyse av kvalitative intervju

Intervjuene ble analysert etter prinsipper for kvalitativ metode. Flere forskere i prosjektgruppa gjennomgikk intervjumaterialet. Hvert intervju ble lest gjennom og analysert ved å kategorisere intervjuet i noen hovedtema: holdninger til og erfaringer med pakkeforløp innebærer for faglig praksis, implementeringsprosess, registreringsprosedyrer, forløpskoordinatorrollen, og hva pakkeforløp så langt har bidratt til sett i forhold til de fem overordnede målene. Hvert hovedtema ble oppsummert, basert på informantenes uttalelser og gruppenes diskusjoner. Deretter ble alle oppsummeringene gjennomgått av prosjektleder og lagt inn i en felles oversikt som inneholdt en oppsummering fra alle 18 enheter på alle hovedtemaene i analysen. På denne måten ble det store materialet innholdsmessig syntetisert på en måte som gjør det lett tilgjengelig i analyser på tvers av tema og enheter. I denne rapporten benyttes disse korte oppsummeringene i framstilling av resultater.

2.2 Digital spørreundersøkelse rettet mot spesialisthelsetjenestene

Spørreundersøkelse med digitalt spørreskjema ble sendt ut 19. november med frist 2. desember for denne første rapporten. Lenken til spørreskjemaet ble imidlertid holdt åpen inntil 23. desember for å få opp svarprosenten i datamaterialet som kan brukes i den videre evalueringen. Skjemaet rettet seg mot alle seksjonsledere, behandlere og forløpskoordinatorer i de tre tjenestoområdene i spesialisthelsetjenesten.

2.2.1 Utvalget i spørreundersøkelsen

Det ble registrert totalt 3431 besvarelser på spørreundersøkelsen. Av disse var 2804 komplette besvarelser, mens 627 ikke var fullstendige. Da mange av de komplette besvarelsene også mangler svar på enkeltspørsmål, velger vi å bruke alle tilgjengelige data i analysene. Tabell 2 viser oversikt over hvordan svarene fordeler seg mellom regioner, og hvor mange som har svart totalt fra private institusjoner med driftsavtale.

Tabell 2 Oversikt over svar på spørreundersøkelse fordelt på region og totalt antall svar fra private med driftsavtale

		Antall svar	Prosent av svar	Antall ansatte totalt	Prosent av ansatte totalt
HELSEREGION	Helse Sør-Øst	1672	48,7	13263	50,4
	Helse Vest	583	17,0	4998	19,0
	Helse Midt-Norge	456	13,3	3560	13,5
	Helse Nord	301	8,8	2653	10,1
	Private inst. m/ driftsavtale	419	12,2	1839	7,0
Totalt		3431	100,0	26313	100,0

Tabell 2 viser at prosentfordelingen av ansatte i helseforetakene som har svart i forhold til prosentfordeling av ansatte totalt i de ulike regionene stemmer godt overens. Andelen fra private avtaleparter som har svart (12,2 prosent) er en del større sammenlignet med den andelen de utgjør i av totalt antall ansatte (7,0 prosent).

Mens vår spørreundersøkelse kun er rettet mot behandlere, seksjonsledere og forløpskoordinatorer inkluderer ansatte totalt absolutt alle sysselsatte (leger, psykologer, sykepleiere, hjelpepleiere inkl. barnepleiere, annen utdanning på videregående skolenivå, annen utdanning universitets- og høyskolenivå, personell uten helse- og sosialfaglig utdanning) i psykisk helsevern og rusbehandling

(TSB)⁴. Grunnen til at vi likevel inkluderer disse tallene er for å få et inntrykk av svarfordelingen og dermed representativitet i undersøkelsen.

Tabell 3 Oversikt over svar på spørreundersøkelse fra private institusjoner/enheter med avtale, fordelt på regionalt helseforetak

		Antall svar	Prosent av svar
HELSEREGION	Helse Nord privat	5	1,2
	Helse Midt-Norge privat	27	6,4
	Helse Vest privat	128	30,5
	Helse Sør-Øst privat	254	60,6
	Region ikke oppgitt	5	1,2
Totalt		419	100,0

Tabell 3 viser svarfordeling hos de ansatte i private avtaleparter. Et flertall på ca 60 prosent av de som har svart av ansatte i private institusjoner er i Helse Sør-Øst, og 30 prosent i Helse Vest.

Tabell 4 Oversikt over svar på spørreundersøkelsen fordelt på helseforetak og private med driftsavtale

		Antall svar	Prosent av svar	Antall ansatte totalt	Prosent av ansatte totalt
HELSEFORETAK	Private inst. m/ driftsavtale	419	12,2	1839	7,0
	Oslo Universitetssykehus HF	278	8,1	2369	9,0
	Akershus universitetssykehus HF	388	11,3	1910	7,3
	Sykehuset Innlandet HF	185	5,4	2253	8,6
	Sykehuset Østfold HF	151	4,4	1298	4,9
	Vestre Viken HF	204	5,9	1917	7,3
	Sykehuset Telemark HF	143	4,2	753	2,9
	Sykehuset i Vestfold HF	142	4,1	1144	4,3
	Sørlandet sykehus HF	181	5,3	1619	6,2
	Helse Bergen HF	277	8,1	2024	7,7
	Helse Fonna HF	52	1,5	841	3,2
	Helse Førde HF	83	2,4	482	1,8
	Helse Stavanger HF	171	5,0	1651	6,3
	Helse Nord Trøndelag HF	132	3,8	591	2,2
	St Olavs Hospital HF	157	4,6	1654	6,3
	Helse Møre og Romsdal HF	167	4,9	1315	5,0
	Helgelandssykehuset HF	29	0,8	262	1,0
	Finnmarkssykehuset HF	28	0,8	341	1,3
	Nordlandssykehuset HF	49	1,4	788	3,0
	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	195	5,7	1262	4,8
Totalt		3431	100,0	26313	100,0

⁴ <https://www.ssb.no/statbank/table/09547/>

Tabell 4 viser antallet ansatte som har svart fra de ulike helseforetakene og de private avtalepartene. Kolonne to viser prosentvis fordeling for de som har svart, fordelt på HF og private. Denne fordelingen sammen med informasjon om prosentvis fordeling av ansatte totalt (i siste kolonne) gir en indikasjon på hvor representativ undersøkelsen er.

Tabell 5 Oversikt over svar på spørreundersøkelsen fordelt på hvor man jobber

		Døgn	Poliklinikk	Annet	Totalt
Tjeneste- område	PHV	403	1249	205	1857
	PHBU	51	678	41	770
	TSB	223	310	69	602
	Flere tjenesteområder/ uoppgitt	8	67	127	202
Totalt		685	2304	442	3431

Tabell 5 viser hvilket tjenesteområde respondentene jobber i, og om det er døgn eller poliklinikk eller annet. Med tjenesteområde menes om man jobber i psykisk helsevern for voksne (PHV), psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Her er det også en del som svarer at de jobber flere steder. Svar fra ansatte ved flere tjenesteområder ble slått sammen med de som ikke hadde svart på dette spørsmålet. Ut fra dette kodet vi variabelen for tjenesteområde til: "PHV", "PHBU", "TSB" og "Flere tjenesteområder/uoppgitt". I figurene refereres det til "Flere".

Videre gir tabellen oversikt over hvor mange av de som har svart som jobber ved døgn eller poliklinikk eller "Annet", som er en samlekategori for de som har svart "Annet" i skjemaet. De fleste av disse har utdypet i åpen kategori i skjemaet at de jobber både i døgnet og poliklinikk.

Av de som har svart på hvilken hovedstilling de har (n=3309), er 75 prosent behandlere (n=2466), 18 prosent er ledere (n=601) og 7,5 prosent er forløpskoordinator (n=242). 75 prosent av de som har svart er kvinner. Gjennomsnittsalderen (gjennomsnitt og median) var 44 år.

2.2.2 Analyser av kvantitative data

Alle analyser av data fra spørreskjema er gjort i STATA. Tabeller og grafer er produsert i Excel. Vi har testet deler av materialet for signifikante forskjeller ved hjelp av logistisk regresjon eller proporsjonstest. Der forskjeller er rapportert, ble det testet for forskjeller mellom tjenesteområder: psykisk helsevern voksne, psykisk helsevern barn og unge og TSB, henholdsvis døgntilbud og poliklinikk. Der det er interessant har vi testet for forskjeller mellom de tre gruppene ansatte eller mellom kun leder og behandler. Videre mellom helseregioner privat og offentlig.

De rapporterte forskjellene er signifikante på statistisk nivå $p \leq 0,05$. Det vil si at vi aksepterer inntil fem prosent sannsynlighet for at forskjellen ikke bare er tilfeldig variasjon, men en tendens som gjelder hele populasjonen.

2.2.3 Vurdering av mulige skeivheter i utvalget

Den første spørreundersøkelsen i evalueringen var rettet mot alle behandlere, seksjonsledere og forløpskoordinatorer i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (inkl. private institusjoner med avtale). Ettersom det ikke finnes e-postlister til ansatte tilgjengelig, var vi prisgitt at ledere for de ulike enhetene sendte videre epost fra oss til sine ansatte. Evaluator har ikke mulighet for å vurdere svarprosent i forhold til disse gruppene spesifikt, ettersom vi ikke har kjennskap til antallet ansatte innenfor hver gruppe i det enkelte helseforetak. Det ville være et svært omfattende arbeid å skaffe til veie disse tallene, og faller utenfor rammen for evalueringsprosjektet. Ved hjelp av SSBs oversikt over ansatte totalt (alle stillingskategorier) får vi et inntrykk av svarfordelingen innenfor regioner, helseforetak og de private avtaleparter. Tabell 2 og 4 over indikerer at den prosentvise fordelingen av dem som har svart på spørreundersøkelsen stemmer relativt godt overens med den prosentvise fordelingen av antall ansatte totalt, både mellom regioner og helseforetak.

Videre er det et spørsmål om det fins respons – og non-respons-skjevheter i det kvantitative datamaterialet basert på spesifikke egenskaper ved respondentene, for eksempel alder, kjønn, profesjon, utdanningsnivå og holdninger til/erfaringer med pakkeforløp. Det finnes en omfattende litteratur på dette med skjevheter i spørreundersøkelser, godt oppsummert på norsk i Helleviks bok (Hellevik, 2015) og internasjonalt (Meterko et al., 2015). I en vanlig meningsmåling eller intervjuundersøkelse i befolkningen, vil ikke utvalget være selvselektert som i denne evalueringen, men heller tilfeldig trukket fra befolkningen. Tilfeldig trekning vil sørge for et representativt utvalg og speile den aktuelle befolkningen, innenfor de feilmarginer som en slik trekning innebærer. I vårt tilfelle ville en slik tilnærming med tilfeldig trekning være svært ressurskrevende å gjennomføre, og vår selvselekerende metode for rekruttering kan tenkes å ha påvirket representativiteten i undersøkelsen. Vi var for eksempel avhengige av at de som sendte videre e-posten med link til spørreundersøkelsen fulgte vår instruks om å spre undersøkelsen til alle ledere, behandlere og forløpskoordinatorer. I de fleste tilfeller der e-posten eventuelt ikke kom fram (vi fikk tilbakemeldinger fra en del enheter som hadde fått den først etter at fristen egentlig hadde gått ut), handlet det nok som regel om at leder ikke har lest e-posten, og kanskje betraktet den som spam. Det er lite sannsynlig at dette skjedde systematisk i visse typer enheter, og at det har påvirket våre resultater på en systematisk måte. Det kan imidlertid ha påvirket resultatene våre hvis det var slik at enkelte ledere lot være å sende undersøkelsen videre til de ansatte, fordi de fryktet negative tilbakemeldinger på innføringen av pakkeforløp ved sin enhet. En slik skjevhet ville i så fall gi et mer positivt inntrykk av innføringen i spørreundersøkelsen, enn det som var reelt.

Resultatene i denne rapporten bærer preg av at storparten av respondentene har vært kritiske til måten pakkeforløp har blitt implementert på, med særlig frustrasjon rundt registreringsarbeid. Det finnes oss bekjent lite evidens for at det er de som er mest negativ til en intervensjon som velger å besvare spørreundersøkelser, men vi kan heller ikke se bort fra at det er de mest frustrerte som har "grepet til pennen" i evalueringen. De fleste non-respondent-undersøkelser tar for seg objektive variabler som kjønn, alder og profesjoner. For eksempel viser en gjennomgang av 50 ulike studier av pедиateres deltakelse i surveys en viss skeivhet for større deltakelse blant kvinner, yngre leger og leger uten spesialitet (Cull, O'Connor, Sharp, & Tang, 2005). En annen studie gjennomført av finske forskere viste også større deltakelse i spørreundersøkelser blant kvinner og høyt utdannede personer med høy-status-jobber. Blant non-respondentene fant man en overrepresentativitet av sykmeldte (20-30 prosent høyere sykefravær enn de som svarte på undersøkelsen). Studien konkluderte likevel med at i arbeidspopulasjoner later det ikke til at non-respons er et problem for analyser av sosial klasse og helseforskjeller (Martikainen, Laaksonen, Piha, & Lallukka, 2007).

Basert på en helhetsvurdering av både det kvalitative og kvantitative datamaterialet vurderer vi det som lite sannsynlig at det foreligger en systematisk skjevhet i vårt tallmateriale som er av et slikt omfang at det ville endret konklusjonene om det hadde vært mulig å korrigere for skjevhetene.

2.3 Kartlegging om pakkeforløp i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (IS-24/8)

På oppdrag fra Helsedirektoratet har SINTEF årlig samlet inn og analysert årsverksstatistikk i psykisk helsearbeid i kommunene siden 2007, og i psykisk helse- og rusarbeid siden 2015. Datainnsamlingen omtales som IS-24/8, og omfatter et bredt spekter av områder innen psykisk helse- og rusarbeid som sentrale myndigheter ønsker å monitorere. Det utkommer en årlig rapport fra SINTEF på denne datainnsamlingen, der årsverksstatistikk fordelt på tiltak og type utdanning utgjør en mangeårig tidsserie. Undersøkelsen pågår i perioden mars-juni hvert år. Respondentene er hovedsakelig fagansvarlig(e) og ledere for psykisk helse- og rusarbeid, og responsraten har vært nær 100 prosent i alle årene IS-24/8 har pågått. I 2018 og 2019 inneholdt kartleggingsskjemaet spørsmål om innføringen av pakkeforløp i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I det følgende gir vi en oppsummering av innholdet i kartleggingene knyttet til pakkeforløp, resultatene er tidligere publisert i (Ose, Kaspersen, Ådnes, Lassemo, & Kalseth, 2018) og (Ose, Kaspersen, Hilland, Kalseth, & Ådnes, 2019).

2.3.1 Problemstillinger knyttet til pakkeforløp i 2018 og 2019

Våren 2018 ble kommunene spurt om de var kjent med at det var i ferd med å utvikles pakkeforløp innenfor psykisk helse og rus, og i hvilken grad de forventet at dette ville føre til forbedringer for henholdsvis brukerne og for de kommunale tjenestene som sådan.

Våren 2019 ble det spurt om kommunen nå kjente til at pakkeforløp var innført per 1. januar 2019, om de hadde fått på plass en forløpskoordinator i kommunen, og hvor forløpskoordinatoren eventuelt er organisert (Koordinerende enhet/Tildelingskontoret, Enhet for psykisk helse og rus, NAV eller annet). Det ble videre spurt om kommunen hadde gjennomgått og oppdatert avtalene i henhold til anbefalingene i implementering av pakkeforløpene (avtaler på ulike felt), og om kommunen hadde utarbeidet informasjon om pakkeforløpene på egne nettsider. Til slutt fikk kommunene skrive fritt om sine konkrete erfaringer med innføringen av pakkeforløp i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

2.4 NAPHA's spørreundersøkelse i kommunene om pakkeforløp høsten 2019

I forbindelse med implementeringen av pakkeforløp i helsetjenesten, har Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) fått i oppdrag av Helsedirektoratet å bistå i arbeidet med å implementere pakkeforløp for psykisk helse og rus, ved å understøtte kommunene med relevant opplæring og kompetansehevende tiltak knyttet til det faglige innholdet i pakkeforløpene. Tilsvarende oppdrag er gitt øvrige relevante kompetansmiljøer og Fylkesmenn.

Høsten 2019 gjennomførte NAPHA en nasjonal spørreundersøkelse for å kartlegge de kommunale tjenestenes egne erfaringer med pakkeforløp. NAPHA samarbeidet med Kompetansesenter Rus (KoRus) om undersøkelsen, og SINTEF har i ettertid inngått et samarbeid med NAPHA om å la resultatene i undersøkelsen inngå som del av evalueringen av pakkeforløp. Av hensyn til kommunenes anonymitet, har SINTEF kun fått tilgang til data på helseregionnivå, og har ikke fått tilgang til de åpne svarene i fritekstvariabler. Kapitlet i denne rapporten der vi presenterer resultater fra undersøkelsen er utarbeidet i samarbeid med rådgivere i NAPHA.

Alle landets kommuner ble invitert til å delta i undersøkelsen, som ble sendt ut via e-post til postmottak. Det var ledere innen psykisk helse og rus, samt de kommunalt ansatte forløpskoordinatorene som ble bedt om å svare. Disse fikk videresendt e-post med lenke til undersøkelsen fra postmottak.

2.4.1 Problemstillinger i NAPHA's undersøkelse i kommunene

NAPHA's undersøkelse besto av 14 spørsmål, hvorav følgende ti spørsmål er aktuelle for evalueringen:

- hvor kommunens forløpskoordinator er organisert, og hvilken funksjon forløpskoordinatoren skal ha
- om kommunen har deltatt i planleggingen av implementering av pakkeforløp i samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- hvilken rolle kommunen har i de individuelle pakkeforløpene
- hvilke erfaringer kommunene har gjort seg med brukere og brukernes medvirkning i pakkeforløp
- om kommunen har utarbeidet skriftlig informasjon om pakkeforløp og forløpskoordinator til befolkningen
- om innføring av pakkeforløp har endret praksis for samhandling med spesialisthelsetjenesten
- om innføring av pakkeforløp har endret kommunens henvisningsrutiner
- om kommunen erfarer at spesialisthelsetjenesten har endret utskrivningspraksis etter innføring av pakkeforløp (og hvis ja, hva er de viktigste endringene?)
- om kommunen har oppdatert eksisterende samarbeids- og tjenesteavtaler med spesialisthelsetjenesten, i tråd med anbefalingene i pakkeforløp

3 Resultat og diskusjon fra undersøkelser i spesialisthelsetjenesten

I denne delen presenteres resultater fra spørreundersøkelsen, med svar fra 3431 behandlere, enhetsledere og forløpskoordinatorer, og kvalitativ studie med 43 gruppeintervjuer og individuelle intervjuer i 18 behandlingssenheter rundt om i landet.

Resultatene presenteres og diskuteres i følgende rekkefølge:

- Brukermedvirkning og brukertilfredshet (mål 1)
- Sammenhengende og koordinerte pasientforløp (mål 2)
- Somatisk helse og levevaner (mål 5)
- Pakkeforløpets innvirkning på tidsbruk
- Implementering (forløpskoordinatorrollen, registreringsarbeidet og fagfolks holdninger)
- Kommunenes rolle

3.1 Brukermedvirkning og brukertilfredshet

Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet er ett av de fem hovedmålene med pakkeforløp for psykisk helse og rus. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet som innebærer at brukere har rett til å medvirke, og tjenestene har plikt til å involvere brukeren (Lov om pasient- og brukerrettigheter, kap. 3⁵). I Pakkeforløp for psykisk helse og rus innebærer det å legge brukerperspektivet til grunn ved at forebygging, kartlegging, behandling og samarbeidsmøter tar utgangspunkt i pasientens og/eller foreldres/foresattes kunnskap, ønsker og behov⁶.

Pårørende vektlegges i pakkeforløpene. Det sies at behandlingen bør ha et familieperspektiv som sikrer god ivaretagelse av mindreårige barn og søsken som pårørende – det siste er lovfestet (Lov om helsepersonell, kap 2⁷). Det legges vekt på at foreldre, andre pårørende og øvrig nettverk kan ha viktig informasjon, være samarbeidspartnere og være en støtte for pasienten gjennom forløpet.

I dette kapitlet undersøkes fagfolks erfaringer og holdninger til om pakkeforløp bidrar til økt brukermedvirkning og brukertilfredshet. Dette belyses først gjennom resultater fra spørreundersøkelsen blant behandlere, seksjonsledere og forløpskoordinatorer. Deretter utdypes problemstillingene ut fra resultater fra den kvalitative undersøkelsen med intervjuer i 18 behandlingssenheter.

Følgende spørsmål belyses:

1. Hvordan informeres pasienter og pårørende om pakkeforløp?
2. I hvilken grad bidrar pakkeforløp til brukermedvirkning og brukertilfredshet⁸, og i hvilken grad mener man at behandlingssenheten allerede er gode på dette?
3. I hvilken grad mener fagfolk at pakkeforløp fører til: styrking av pasienters rettigheter, bedre behandling, bedre struktur, mer tilfredse pasienter, et mer effektivt system til det beste for pasientene)
4. I hvilken grad gjennomføres ulike tiltak anbefalt i pakkeforløpet, knyttet til involvering av brukere og pårørende?
5. Har innføring av pakkeforløp virket inn på tid brukt i kommunikasjon med pårørende?

⁵ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

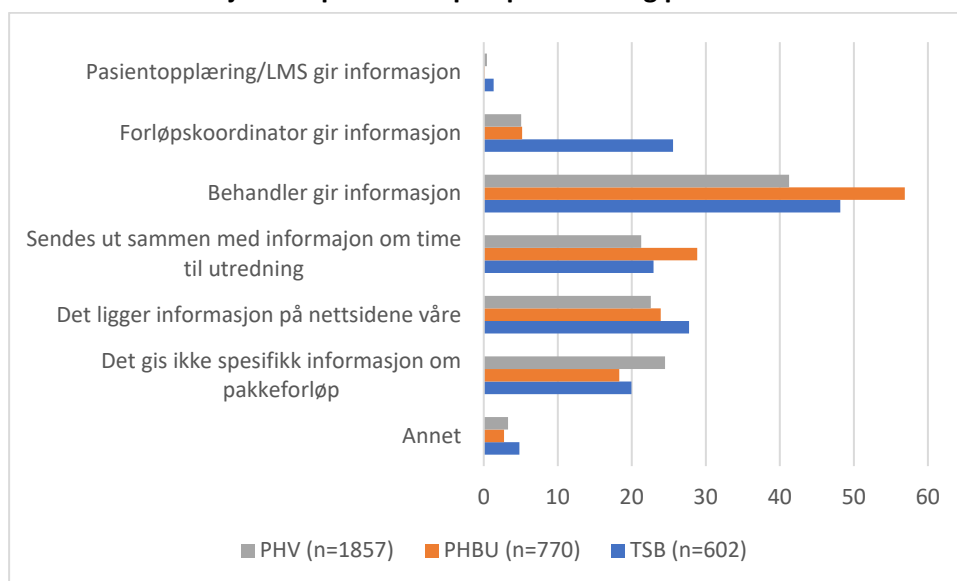
⁶ <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne/om-pakkeforlopet>

⁷ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=lov%20om%20helsepersonell>

⁸ Generelt er det ikke anbefalt at man inkluderer to tema i ett spørsmål i en spørreundersøkelse. Vi valgte likevel å gjøre dette her ettersom dette er den ordrette gjengivelse av målsetting 1 i Pakkeforløp for psykisk helse og rus.

3.1.1 Resultater fra spørreundersøkelsen

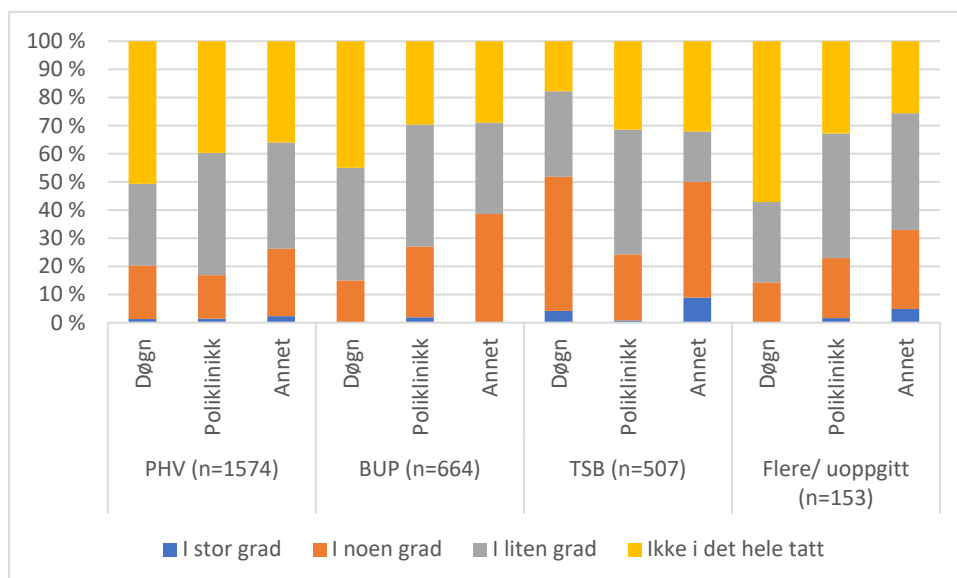
3.1.1.1 Informasjon om pakkeforløp til pasienter og pårørende



Figur 1 Hvordan informeres pasienter og pårørende om pakkeforløp i PHV, PHBU og TSB?

På spørsmål om hvordan pasienter og pårørende informeres om pakkeforløp, svarer om lag halvparten innen de tre tjenesteområdene, og flest innen PHBU, at behandler gir denne informasjonen. I PHBU oppgir 57 prosent dette, i TSB 48 prosent, og 41 prosent i PHV. Mellom 20 og 30 prosent oppgir at informasjon sendes ut sammen med informasjon om time, og om lag samme andel svarer at det ligger informasjon på nettsidene deres. Rundt 20 prosent oppgir at det ikke gis spesifikk informasjon om pakkeforløp, men at man foretrekker å informere uten å bruke begrepet pakkeforløp. Det er signifikant flere i PHV som svarer dette enn i PHBU og TSB.

3.1.1.2 Bidrar pakkeforløp til brukermedvirkning og brukertilfredshet?

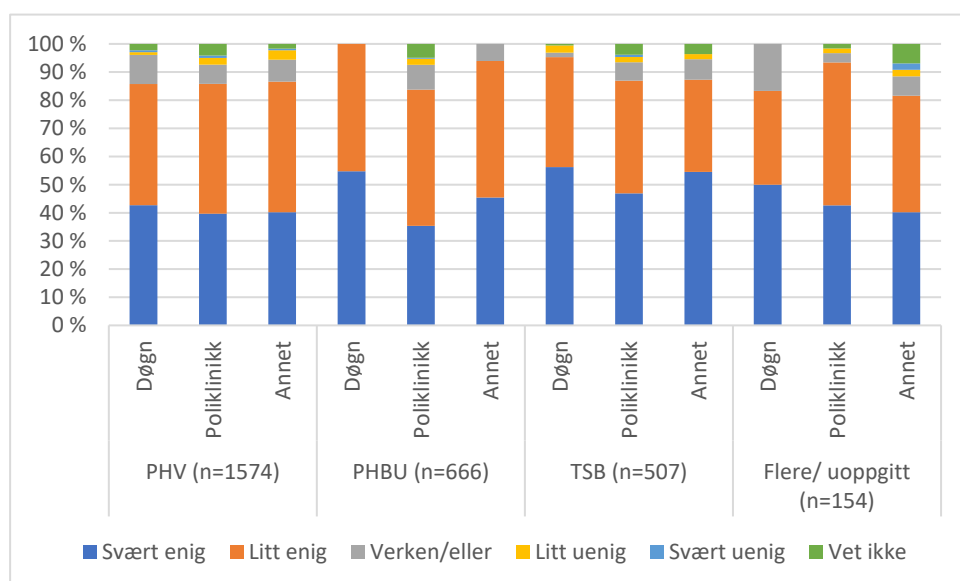


Figur 2 I hvilken grad har innføring av pakkeforløp ført til bedre måloppnåelse ved din enhet når det gjelder brukermedvirkning og brukertilfredshet?

Av det totale antallet respondenter svarer 22 prosent at pakkeforløpene i noen grad har bidratt til bedre måloppnåelse når det gjelder målet om brukermedvirkning og brukertilfredshet, mens 76 prosent svarer at pakkeforløpene i liten eller ingen grad har bidratt. Kun to prosent svarer at pakkeforløp har bidratt i stor grad. Det er flest, om lag halvparten ved TSB døgnet og ansatte i "annet"-kategori i TSB, som mener pakkeforløp har bidratt til brukermedvirkning og brukertilfredshet.

Ved PHV og PHBU svarer mellom 15 og 25 prosent at pakkeforløp i noen grad har bidratt. Det er ikke store forskjeller mellom PHV og PHBU, og heller ikke mellom døgnenheter og poliklinikk. Når vi sammenligner de tre målgruppene finner vi at behandlere er signifikant mer kritisk til at pakkeforløp har bidratt til brukermedvirkning og brukertilfredshet enn ledere og forløpskoordinatorer.

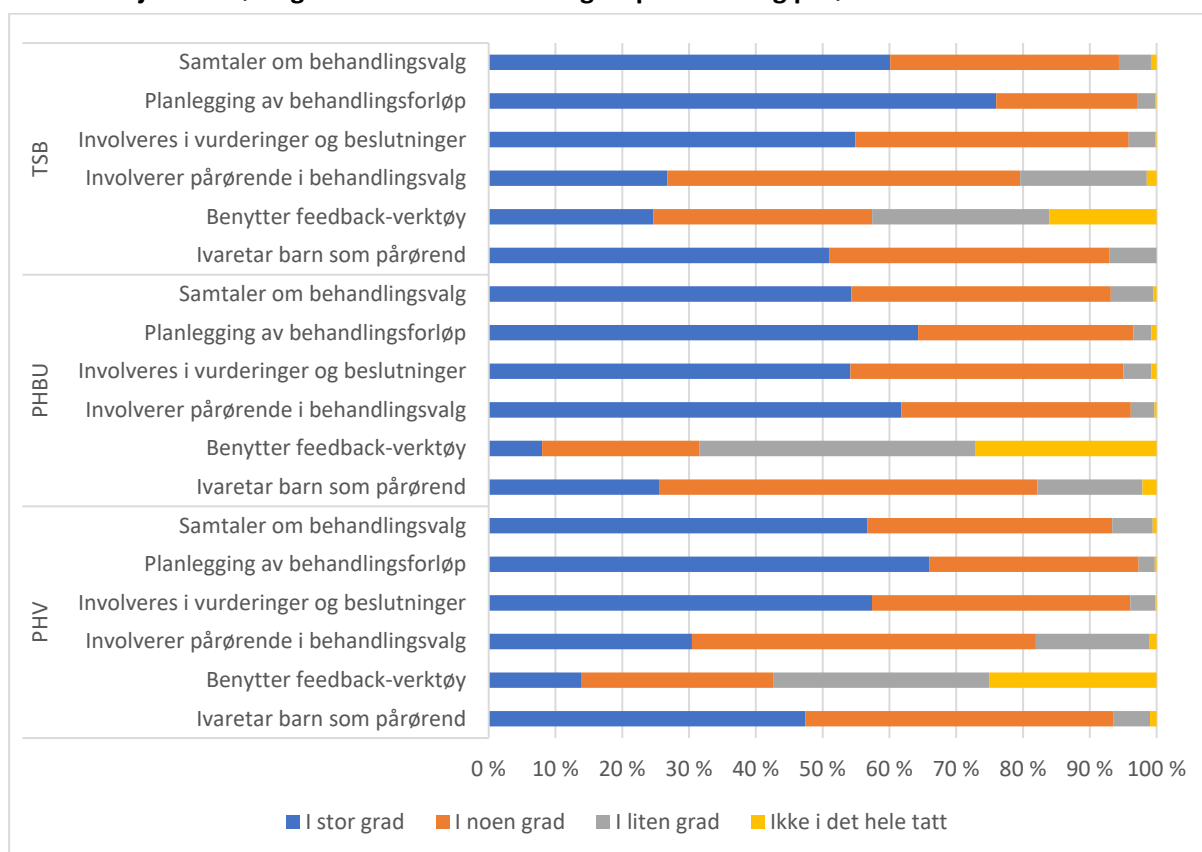
Samtidig som 75 prosent av de ansatte er kritisk til at pakkeforløp har bidratt til bedre måloppnåelse når det gjelder brukermedvirkning og brukertilfredshet, er totalt sett 86 prosent positiv til at deres enhet er gode på dette. Figuren under viser svarfordelingen mellom de ulike tjenesteområdene på dette spørsmålet.



Figur 3 I vår enhet er vi gode på brukermedvirkning og pasientene er i hovedsak tilfredse med tilbudet

Figuren viser at nesten alle svarer svært enig eller litt enig i at deres enhet er gode på brukermedvirkning og pasienttilfredshet. Ansatte ved døgnenheter i TSB og PHBU svarer dette i større grad enn ansatte i psykisk helsevern for voksne. Her er det ingen signifikante forskjeller i svarene fra behandlere, ledere og forløpskoordinatorer. Derimot er det signifikante forskjeller mellom statlige helseforetak og private institusjoner eller enheter med avtale, der private i vesentlig større grad rapporterer at de er fornøyde med egen innsats på dette området.

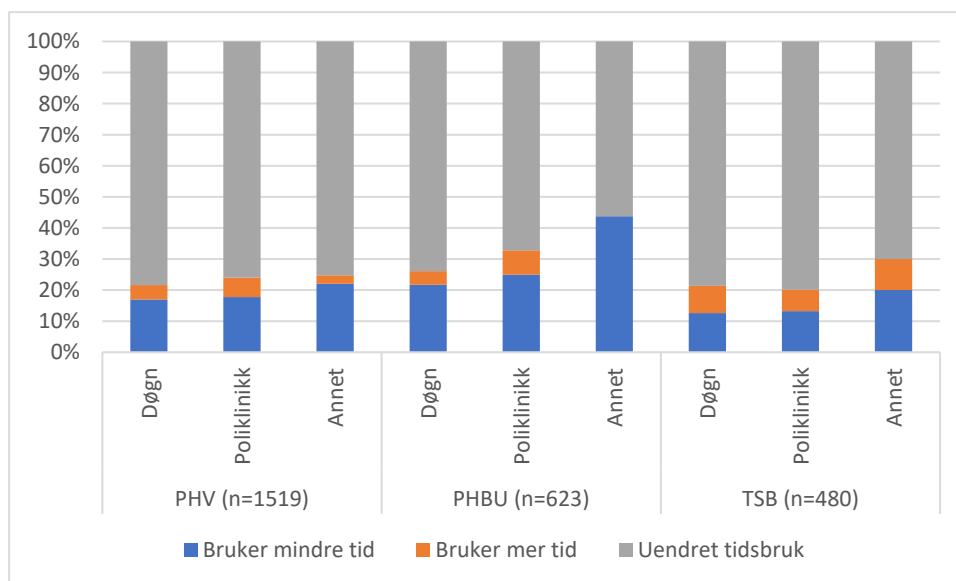
3.1.1.3 Gjennomføring av tiltak for involvering av pasienter og pårørende



Figur 4 I hvilken grad gjennomføres ulike tiltak anbefalt i pakkeforløpet, knyttet til involvering av brukere og pårørende (n=2724-2764).

De aller fleste svarer at de i stor grad eller noen grad gjennomfører tiltak for involvering av pasienter og pårørende. Godt over 90 prosent oppgir at de i stor grad eller noen grad gjør dette i: samtaler om behandlingsvalg, planlegging av behandlingsforløp, ved å involvere i vurderinger og beslutninger og i det å ivareta barn som pårørende. Litt færre oppgir at de i stor eller noen grad involverer pårørende i behandlingsvalg. Vesentlig færre, litt over 40 prosent, bekrefter at de benytter feedback-verktøy i stor eller noen grad mens 33 prosent bruker dette i liten grad, og 24 prosent svarer at de ikke bruker dette i det hele tatt.

3.1.1.4 Tid brukt til kommunikasjon med pårørende



Figur 5 Opplever du at innføringen av pakkeforløp har påvirket hvor mye tid som brukes på kommunikasjon med pårørende?

Figur 5 viser hva behandlere svarer på spørsmål om innføring av pakkeforløp har påvirket hvor mye tid som brukes på kommunikasjon med pårørende. Totalt svarer 75 prosent at dette ikke har påvirket tidsbruken på dette området mens flere (totalt 19 prosent) svarer at de bruker mindre tid enn de som svarer at de bruker mer tid (totalt 7 prosent).

3.1.2 Resultater fra kvalitativ studie

I denne delen presenteres resultater fra den kvalitative studien i 18 behandlingsenheter. Det gis korte oppsummeringer fra de 18 behandlingseenhetene som ble besøkt, og som utdyper inntrykket fra spørreundersøkelsen på spørsmålet om brukermedvirkning og pårørendekontakt.

3.1.2.1 Informasjon om pakkeforløp i starten

Vi så i den kvantitative studien at det varierer mye hvordan og hvorvidt det gis informasjon til pasientene om pakkeforløp. Inntrykket fra de kvalitative intervjuene er at det er en utbredt oppfatning at selve begrepet pakkeforløp ikke er bra. Følgende oppsummeringer illustrerer hvordan behandlingseenhetene reflekterer og handler når det gjelder informasjon om pakkeforløp til pasientene:

(Akuttenhet i PHV) Det informeres ikke om pakkeforløp, begrepet brukes ikke. Behandlerne tenker at det med pakke kan misforstås negativt på flere måter. Først, at pasienten er en pakke som skal gjennom et system, men også at pakkeforløp er en ensartet behandlingsspakke som alle mottar.

(Døgnettenhet i PHBU) Det blir ikke sendt ut informasjon som bruker pakkeforløpsbegrepet, og dette er helt bevisst. Men de informerer om forløpskoordinator. De spør seg hva den informasjonen skal lede til. Har ikke lyst til å bruke ordet pakkeforløp, og holder igjen så lenge de ikke er pålagt å informere om pakkeforløp, men reflekterer over at det er rart at det skal oppleves så forskjellig fra pakkeforløp for kreft. Har diskutert om pasientene kan føle på et slags press når de hører om pakkeforløp, ikke nødvendigvis bra å stresse at ting skal skje så fort når det gjelder psykisk helse, mens for kreft er jo fortere jo bedre en selvfølge. Virker mot sin hensikt i psykisk helsevern.

(Poliklinikk i PHV) Brukere informeres om hvordan forløpet framover vil se ut, men det gis kun kort informasjon om pakkeforløp. Behandlerne er usikre på om pasientene får skriftlig informasjon om pakkeforløp fra dem. De har etterspurt standardisert informasjon fra divisjon for psykisk helse, men har ikke hørt noe mer om dette. Leder presiserer at det må være likhet i hvilken informasjon pasientene får fra de ulike avdelingene. For mye informasjon er ikke positivt eller hensiktsmessig for pasientene.

Oppsummert er det forskjellig om behandlingssenheter gir informasjon, og dersom det gis informasjon så gis denne på ulikt vis. Hovedinntrykket er at begrepet pakkeforløp unngås. Det varierer om man mener at det ville vært en fordel med standardisert informasjon, eksempelvis via annen informasjon som sendes ut til pasienten i forbindelse med første time til samtale. Det er en utbredt oppfatning at det gjerne er for mye informasjon i den utsendelsen, og at det ikke har mye verdi. Videre at man uavhengig av pakkeforløp informerer pasienter om behandlingssopplegget, intensjonen og rettigheter.

3.1.2.2 Pakkeforløpets bidrag til brukermedvirkning og brukertilfredshet

Den kvantitative studien viste at et stort flertall av fagfolkene gjennomgående er negativ til at pakkeforløp bidrar til mer brukermedvirkning, eller at det kan bidra til bedre behandling og mer tilfredse pasienter. Samtidig var de fleste også av den oppfatning at de ved egen behandlingssenheter allerede er gode på brukermedvirkning. De kvalitative intervjuene bekrefter og utdyper disse funnene, og at det gjennom de siste årene, før pakkeforløp, har vært en vesentlig utvikling på de områdene pakkeforløp skal bidra til, for eksempel kortere tid i behandlingssenheter (uten at man har kunnet skille mellom tid i utredning versus behandling). Selv om mange beskriver at de er relativt gode på brukermedvirkning, og har blitt stadig bedre, beskrives samtidig praktiske hindre for dette.

(En døgnetthet i TSB) Man oppfatter ikke at det er noen endring som kan knyttes til innføring pakkeforløp. Både behandlere og ledelse uttrykker at det gjøres mye allerede som er i tråd med pakkeforløp når det gjelder brukermedvirkning i den forstand at det spørres om hva som er behov og ønsker. Man prøver å ha fokus på dette, men det er en rekke utfordringer i systemet som gjør at det ikke alltid lar seg gjennomføre. Man tror kanskje ting har blitt mer systematisert gjennom pakkeforløp, men at dette er preget av startvansker fordi man har utfordringer som turnus, sykemeldinger etc. Når det gjelder tiltak for å øke brukermedvirkning har man plan og ønske om å innføre feedbackverktøy⁹. Har rutiner når det gjelder barn som pårørende.

(En poliklinikk i PHV) Man er opptatt av å involvere pasienten i sitt eget behandlingsforløp, og synes det er veldig mye bra med det. Beskriver at tidligere var det sånn at de ikke snakket med pasienten når det var tid for evaluering, og å ta opp saken på behandlingsmøte, mens nå er det slik at de skal være delaktige i sin egen behandlingsplan. Dette knyttes likevel ikke til pakkeforløpet. De oppfatter at det er mye bra rundt tenkningen, men så er det den praktiske utføringen på det som skaper noen utfordringer".

(En poliklinikk i PHBU) Kortere utredningstid ser ut til å være den største effekten for pasientene, men behandlerne presiserer at ikke alle pårørende er fornøyd med at det skal gå så raskt. Behandlerne er også usikre på hvor god brukermedvirkningen egentlig er, om det bare er at pasientene og pårørende får mye mer informasjon enn tidligere. Pakkeforløpene ser ikke ut til å ha bidratt til mer brukermedvirkning fra pårørende. Noen av behandlerne påpeker at innføring av pakkeforløp kan bety at det blir mer fokus på diagnostisering, og at dette er ikke nødvendigvis en hensiktsmessig utvikling. Noen presiserer også at det skjer mye med barn på kort tid, og at det derfor kanskje ikke bør settes diagnose for tidlig og at konteksten er viktig å bruke tid på å forstå i diagnostiseringen av barn.

Pakkeforløp anbefaler bruk av ulike tiltak og kartleggingsverktøy brukt i utredning og behandling, og har lenker til veiledere, for eksempel pårørendeveileder. Hovedinntrykket fra intervjuene er at det ikke

⁹ Med feedbackverktøy menes gjennomgang av et skjema der pasienten på en systematisk måte kan gi tilbakemelding til behandleren om hvordan pasienten opplever behandlingen (f.eks. KOR).

er utbredt blant behandlerne å bruke veiledere aktivt. Derimot er det tydelig at innføring av konkrete tiltak som såkalt feedback-verktøy, og bruken av dette brer om seg. I intervjuene var en del av informantene generelt positive til at det skal gjøres systematiske evalueringer som involverer pasienten.

Generelt foregår det en god del utviklingsarbeid i behandlingsenhetene, uavhengig av pakkeforløp, og mange steder sies det i intervjuene at man har utviklet egne systemer og tiltak som skal ivareta brukermedvirkning:

(En døgnenhet i PHV) Fagfolkene ved døgnenheten mener de har god brukermedvirkning på individnivå. De har hatt fokus på samvalg, at pasienten skal være delaktig i behandlingen og det som skal skje med dem. Ungdommene gis aktivt innsyn i journalen slik at de får oversikt over hva som står der og kan "godkjenne". Det diskuteres også å ansette voksen med brukererfaring ettersom de har hørt om gode erfaringer med dette i psykisk helsevern for voksne.

Når det gjelder pårørendearbeid viser spørreundersøkelsen at et stort flertall svarer at pårørende involveres når det er aktuelt, og at barn som pårørende blir ivaretatt, noe behandlingsenhetene er pålagt, ifølge loven. De kvalitative intervjuene bekrefter dette bildet, men svært mange utdyper også at det ikke alltid er enkelt med pårørendearbeid hvis ikke pasienten selv ønsker dette.

3.1.3 Oppsummering og diskusjon – brukermedvirkning og brukertilfredshet

Spørreundersøkelsen viser at pasienter og pårørende informeres om pakkeforløp hovedsakelig av behandler. Mellom 41 og 57 prosent oppgir dette, og flest i PHBU. Om lag 20 prosent, og flest i psykisk helsevern for voksne, oppgir at de ikke gir spesifikk informasjon om pakkeforløp, men foretrekker å informere om forløpet uten å bruke begrepet pakkeforløp. Det er flest innen TSB døgn som er positiv til pakkeforløp har bidratt til bedre måloppnåelse når det gjelder brukermedvirkning og brukertilfredshet, der halvparten svarer at de i noen grad er enig i dette. Dette er vesentlig flere enn ved de andre enhetene. Behandlerne er langt mer kritisk enn ledere og forløpskoordinatorer.

Samtidig som 75 prosent av de ansatte er kritisk til at pakkeforløp har bidratt til bedre måloppnåelse når det gjelder brukermedvirkning og brukertilfredshet, er totalt sett 86 prosent positiv til at deres enhet er gode på dette. Her er det ingen forskjeller mellom stillingsgrupper, men vi finner at private med avtale er vesentlig mer fornøyd med egen innsats på dette området enn de offentlige.

De aller fleste, 85-90 prosent, svarer at de i stor grad eller noen grad gjennomfører tiltak for involvering av pasienter og pårørende: samtaler om behandlingsvalg, planlegging av behandlingsforløp, ved å involvere i vurderinger og beslutninger og i det å ivareta barn som pårørende. Vesentlig færre, litt over 40 prosent, bekrefter at de benytter feedback-verktøy i stor eller noen grad mens 33 prosent bruker dette i liten grad, og 24 prosent svarer at de ikke bruker dette i det hele tatt.

Den kvalitative studien bekrefter og utdyper resultatene fra spørreundersøkelsen når det gjelder pakkeforløpets bidrag til brukermedvirkning og brukertilfredshet, herunder informasjon om pakkeforløp. Det kommer fram i intervjuene at årsaken til at en del behandlerne unngår å informere om pakkeforløp er at man oppfatter begrepet pakkeforløp som noe negativt, som noe man ikke ønsker å kommunisere. Flere steder sier behandlerne at det med pakke kan misforstås negativt på flere måter: om pasienten passer inn i en pakke eller får en pakke, eller at pasienten er en pakke som skal gjennom et system, og at pakkeforløp er en ensartet behandlingsspakke som alle mottar. Dette er nok også en årsak til at mange unngår å snakke om pakkeforløp.

Når det gjelder hvorvidt pakkeforløp har noen effekt på hvor mye, eller hvordan det jobbes med brukermedvirkning og pårørendeinvolvering, kom det fram mange steder at: "dette er noe man har jobbet med i mange år allerede", og at pakkeforløp ikke bidrar i så måte. Av konkrete tiltak som pakkeforløpet oppfordrer til, er bruk av feedback-verktøy, noe som de fleste nevner at de enten har, er i prosess til å få, eller har planer om å innføre. Dette er et verktøy som de fleste vi snakket med har positive oppfatninger av, der de vurderer den faglige nytten som potensielt veldig bra. En god del oppfatter det som et tiltak som har kommet i regi av pakkeforløp.

Både den kvantitative og den kvalitative undersøkelsen gir inntrykk av at behandlingsenhetene er relativt godt fornøyde med egen innsats når det gjelder brukermedvirkning og brukertilfredshet. Dette som en vurdering av dagens tjenestetilbud, uavhengig av pakkeforløp. Hvordan står dette i forhold til brukeres behov og ønsker? De såkalte PasOpp-undersøkelsene som Folkehelseinstituttet gjennomfører viser hva pasienter i psykisk helsevern og TSB svarer på en rekke spørsmål om behov og erfaringer under behandling. Fra undersøkelsene blant pasienter i henholdsvis psykisk helsevern for voksne i døgnbehandling og i TSB døgn, viser PasOpp-undersøkelsen for eksempel at 27 prosent av pasientene i psykisk helsevern og 12 prosent av pasientene i TSB svarer at de i liten grad eller ikke i det hele tatt har hatt innflytelse på valg av behandlingsopplegg. I psykisk helsevern svarer 29 prosent at de i liten grad eller ikke opplever at personalet har samarbeidet godt med pårørende. I TSB svarer hele 43 prosent dette. Når det gjelder informasjon om sine psykiske plager/diagnose svarer 36 prosent av de spurte i psykisk helsevern for voksne at de i liten grad eller ikke har fått tilstrekkelig informasjon og 29 prosent at de i liten grad eller ikke har hatt innflytelse på medisiner (Kjøllesdal, Iversen, Danielsen, Haugum, & Holmboe, 2017; Skudal, Holmboe, Haugum, & Iversen, 2017).

Fra en studie SINTEF har gjort blant sykepleiere i psykisk helsevern og TSB sine oppfatninger om oppgaver og tiltak overfor pasientene som det er behov for mer av, fant vi at behovet for å involvere pårørende i større grad enn i dag (Melby, Ådnanes, & Kasteng, 2017). Det ble lagt vekt på samarbeid med pasientenes pårørende og nettverk, og mer av kartlegging og tiltak rettet mot barn av pasienter som er i behandling. Ivaretagelse av pasientens medvirkning i behandlingen var en annen oppgave mange mente det var behov for å gjøre mer av. Videre ble det identifisert særlig behov hos pasienter med fremmedkulturell bakgrunn. Dette kan forstås som et ønske om å øke pasientens innflytelse på egen behandling, noe som svarer godt på utfordringen det er at pasienter i psykisk helsevern og TSB har for lite medvirkning og innflytelse på valg av behandlingsopplegg.

Hva brukere selv erfarer skal fanges opp i jevnlige PasOpp-undersøkelser blant pasienter, data som på sikt kan gi en indikasjon når det gjelder utviklingen på sentrale indikatorer som brukermedvirkning, brukertilfredshet, pårørendeinvolvering, ivaretagelse av somatisk helse etc. I evalueringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus, som SINTEF er ansvarlig for, skal det også gjennomføres såkalte Bruker spør Bruker-undersøkelser (se vedlegg bakerst for oversikt over hele evalueringen). Dette innebærer at folk som selv har brukererfaring intervjuer personer som mottar et behandlingstilbud.

3.2 Sammenhengende og koordinerte pasientforløp

Henvising, utredning, behandling og oppfølging innen psykisk helse og rus krever at mange tjenesteutøvere samhandler og koordinerer sine arbeidsoppgaver. Overgangene mellom nivåer og aktører i helsetjenesten aktualiserer mange velkjente utfordringer knyttet til samhandling, som kommunikasjon og informasjonsoverføring og pasientens opplevelse av et sammenhengende tjenesteforløp.

Et av målene med pakkeforløp for psykisk helse og rus er å styrke pasientens opplevelse av sammenheng og bedre koordineringen i pasientforløpene. Dette krever god samhandling mellom flere aktører. I Helsedirektoratets beskrivelse av samhandling i forløpet, heter det: "*Nødvendig samhandling mellom ulike aktører skal sikres og tilpasses pasientens ønsker og behov.*" Pasienten må samtykke til at aktuelle samarbeidspartnere involveres. Fastlegen beskrives å ha en sentral rolle i forløpet. Fastlegen bør være orientert om behandlingen gjennom forløpet, og dersom det ikke er fastlegen som har henvist pasienten, skal både henviser og fastlege får tilbakemelding underveis i forløpet. Behandlingsinstitusjonen skal sende tilbakemelding til fastlege og henviser hvis et evalueringspunkt fører til større endringer i behandlingsplanen. For øvrig beskrives det hvordan de samhandelnde aktørene bør organisere seg for å sikre god samhandling etter innleggelse, samt når pasienten har behov for langvarige tjenester.¹⁰

¹⁰ <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne/behandling-og-oppfolging-psykiske-lidelser-pakkeforlop-voksne#samhandling-i-forlopet>

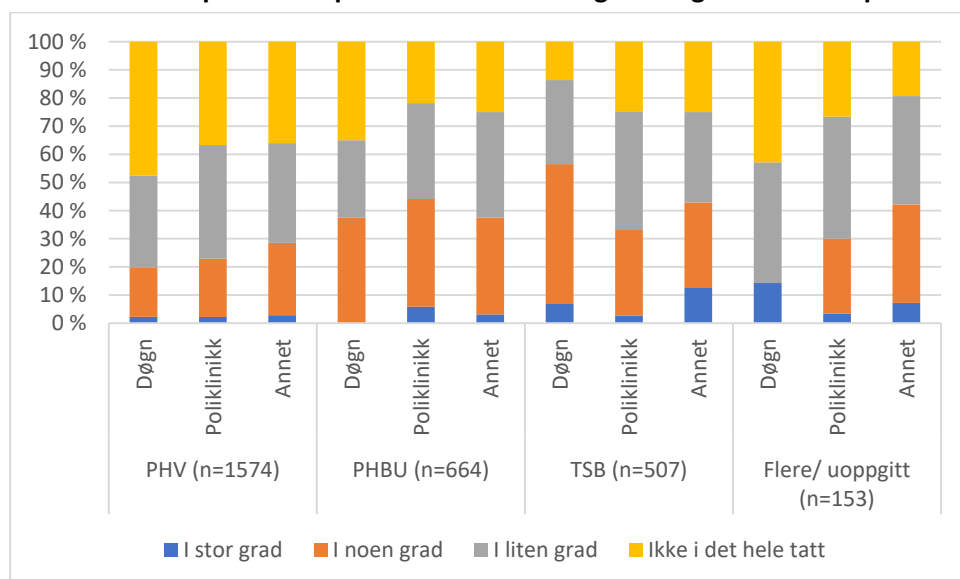
Videre i dette kapitlet undersøker vi de ansattes erfaringer og holdninger til om pakkeforløp bidrar til sammenhengende og koordinerte pasientforløp. Som i forrige kapittel belyses dette først gjennom resultater fra spørreundersøkelsen og deretter fra den kvalitative undersøkelsen.

Følgende spørsmål belyses:

1. I hvilken grad mener de ansatte at innføring av pakkeforløp bidrar til bedre måloppnåelse når det gjelder sammenhengende og koordinerte pasientforløp, og i hvilken grad mener de at behandlingseenheten allerede er gode på dette?
2. I hvilken grad:
 - skjer samhandling i forbindelse med henvisning?
 - informeres fastlegen underveis i pakkeforløpet?
 - skjer samhandling med kommunale tjenester etter utredning?
 - skjer samhandling i forbindelse med avslutning av forløpet, og avklaring av behov for oppfølging i kommunen etter utskrivning?
 - inkluderes henholdsvis pasienter og pårørende i samhandlingsprosessene?
3. Har innføring av pakkeforløp virket inn på tid brukt i kommunikasjon med henviser og til samhandling med kommunen?

3.2.1 Resultater fra spørreundersøkelsen

3.2.1.1 Bidrar pakkeforløp til mer sammenhengende og koordinerte pasientforløp?

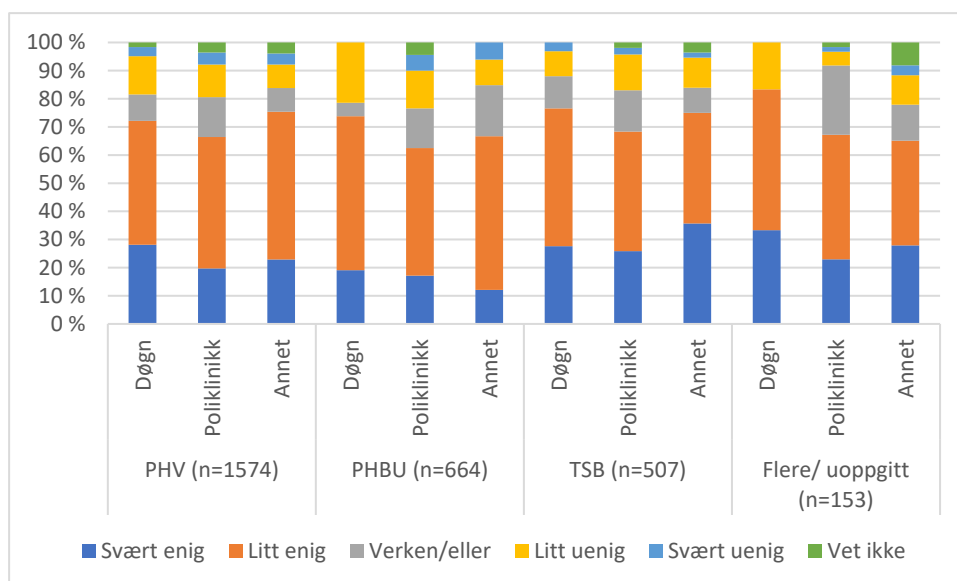


Figur 6 I hvilken grad har innføring av pakkeforløp bidratt til bedre måloppnåelse ved din enhet når det gjelder mer sammenhengende og koordinerte pasientforløp?

Mellom 20 og 55 prosent svarer at pakkeforløp i noen grad har bidratt til bedre måloppnåelse når det gjelder mer sammenhengende og koordinerte forløp. Ansatte i døgneheter i TSB er de mest positive. Videre er ansatte i PHBU er mer positive til at pakkeforløp har bidratt enn ansatte i psykisk helsevern for voksne. Rundt 40 prosent av ansatte i PHBU svarer at pakkeforløp har bidratt i noen grad mens kun 20 prosent av ansatte i psykisk helsevern for voksne mener dette.

Ved sammenligning mellom ledere og behandlere finner vi at ledere er signifikante mer positive til at pakkeforløp har bidratt til mer sammenhengende og koordinerte pasientforløp enn det behandlere er. Denne forskjellen mellom behandlere og ledere finner vi både i PHV, PHBU og TSB. Forskjellen gjelder både i poliklinikk og døgnet med unntak av TSB, døgnet, der det ikke var forskjell mellom ledere og behandlere på dette spørsmålet. Det var ingen signifikante forskjeller mellom oppfatninger i private avtaleparter versus helseforetak.

De ansatte fikk videre spørsmål om i hvilken grad de opplever at pasientene får sammenhengende og koordinerte tjenestetilbud i hele behandlingsskjeden, noe som gir et bilde på hvorvidt man per i dag klarer å tilby et helhetlig tilbud generelt sett på dette området.

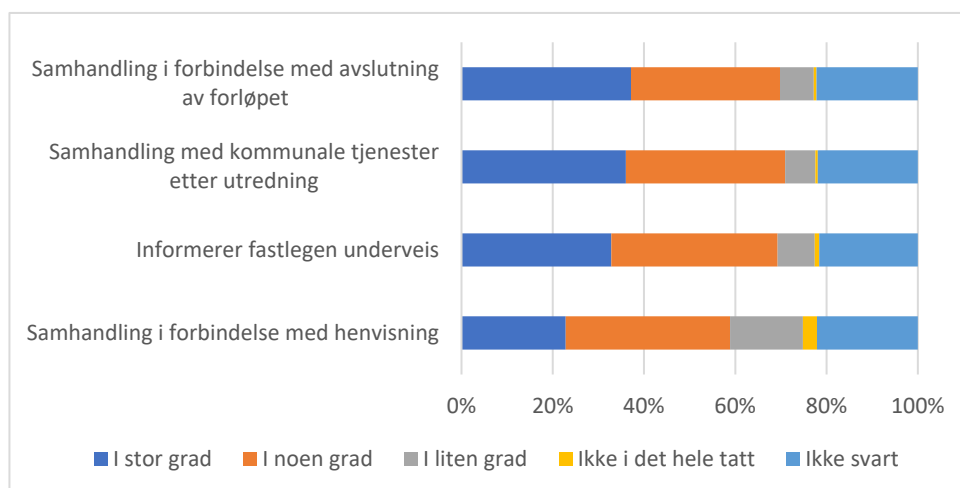


Figur 7 Vi opplever at våre pasienter får sammenhengende og koordinerte tjenestetilbud i hele behandlingsskjeden

Mellom 60 og 80 prosent mener at pasientene får sammenhengende og koordinerte tjenestetilbud i hele behandlingsskjeden per i dag. Ansatte ved TSB oppgir dette i størst grad. Det er ikke signifikant forskjell mellom ansatte i private avtaleparter, sammenlignet med ansatte i helseforetak, og heller ikke signifikant forskjell mellom ledere og behandlere sine vurderinger.

3.2.1.2 Samhandlingstiltak i forløpet

Vi stilte også spørsmål om på hvilket tilspunkt i forløpet det foregår samhandling med andre tjenester.



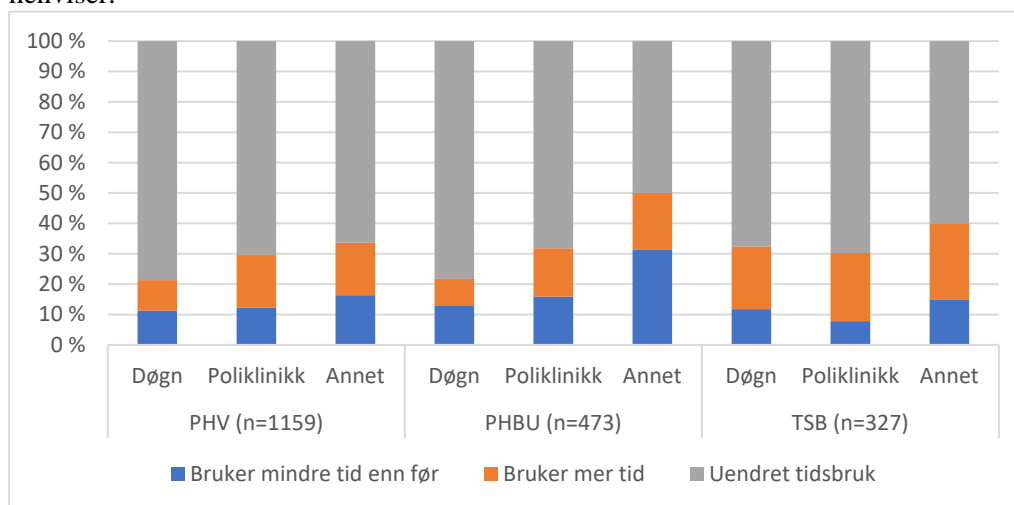
Figur 8 I hvilken grad skjer samhandling med andre tjenester gjennom forløpet? (n=3431)

På spørsmålet om hyppighet av samhandling med andre tjenester, er det rundt 20 prosent som ikke har svart, og vi har inkludert disse i figuren. Årsaken til manglende svar på dette spørsmålet kan skyldes at det er av de siste spørsmålene i skjemaet, og trøtthet når det gjelder utfylling.

I underkant av 60 prosent svarer at de i noen grad eller stor grad samhandler med fastlege i forbindelse med henvisning mens 20 prosent oppgir at de i liten grad eller ikke i det hele tatt samhandler. Ansatte i døgnet oppgir i større grad at de samhandler enn ansatte i poliklinikk gjør.

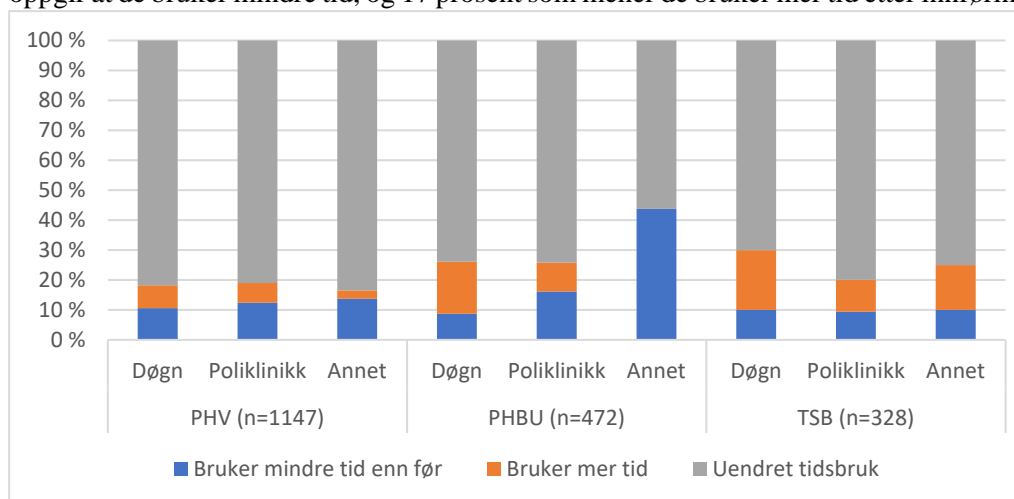
Om lag 70 prosent oppgir at de informerer fastlegen underveis i forløpet, mens ca ti prosent gjør det i liten grad eller ikke i det hele tatt. Omtrent de samme svarene finner vi når det gjelder samhandling med kommunale tjenester etter utredning og i forbindelse med avslutning av forløpet. Om lag 70 prosent av respondentene svarer at de samhandler på disse punktene i forløpet mens 6-8 prosent oppgir at de i liten grad gjør det.

Vi har også stilt spørsmål om tid brukt til samhandling med henviser og kommune. Figur 9 viser behandlerens opplevelse av endring i tidsbruk grunnet pakkeforløp når det gjelder kommunikasjon med henviser.



Figur 9 Opplever du at innføringen av pakkeforløp har påvirket hvor mye tid som brukes på kommunikasjon med henviser?

Totalt sett oppgir 70 prosent av behandlerne at tidsbruken er uendret. Videre er det 13 prosent som oppgir at de bruker mindre tid, og 17 prosent som mener de bruker mer tid etter innføring av pakkeforløp.



Figur 10 Opplever du at innføringen av pakkeforløp har påvirket hvor mye tid som brukes på samhandling med kommunen?

Figur 10 viser at det er et stort flertall av behandlerne som mener at pakkeforløp *ikke* har påvirket hvor mye tid som brukes på samhandling med kommunen. Totalt 78 prosent svarer dette. Det er litt flere som bruker mindre tid enn de som bruker mer tid på samhandling. 13 prosent oppgir at de bruker mindre tid

mens 10 prosent oppgir at de bruker mer tid. Det ser dermed ut til at innføring av pakkeforløp ikke gir seg nevnedig utslag på tid brukt på samhandling, verken med henviser eller kommunen.

På det åpne fritekstspørsmålet til slutt i spørreundersøkelsen kom det en del kommentarer som omhandlet informasjon til og samhandlingen med kommunehelsetjenesten. Flere er positive til at samarbeidet med førstelinja systematiseres gjennom pakkeforløpene, men noen er også kritiske til at man i liten grad differensierer etter behov, og at det sendes informasjon og innkalles til samarbeidsmøter mest for å tilfredsstille registreringsystemet:

Det beste med pakkeforløp er påminnelse om samarbeid med aktører i 1.linje/henviser. Men krav om samarbeid er for hyppig. Unødig administrativt å måtte kode- ikke behov. Vi benytter feedbackverktøy som er med på å sikre at pasienten får den behandling de ønsker, individuelle behov dekkes med utgangspunkt i vår faglighet og pasientens behov. Rutine på tverrfaglig drøfting er en kvalitetssikring, pakkeforløpet bidrar til "mådrøftinger" som er lite hensiktsmessige og det blir mindre tid til den dynamiske drøftingen tilpasset hver pasients behov. Tidspunkt for koding oppleves som "må-oppgaver" og ikke noe som gir mening. Det er forståelig at man skal ha fokus på ventetider, behandlingsflyt, effektivitet, forståelse av behandlingsprosess, o.s.v. Pakkeforløpet løser ikke dette. Pakkeforløpet stjeler tid til administrasjon som ikke er til det beste for pasienten. En risiko er at engasjement mistes hos behandlere.

Den hyppigst nevnte kommentaren som omhandlet samhandling med primærhelsetjenesten i fritekstspørsmålet handlet om kommuner som ikke hadde fått på plass forløpskoordinator og/eller hadde manglende kunnskap om pakkeforløpene, og at behandlere i spesialisthelsetjenesten bruker mye tid på å ringe til kommunene for å få kontakt med riktig person:

Det er lite kunnskap om pakkeforløp i kommunene, og henvisningspraksis er helt uendret etter innføring av pakkeforløp: fastleger skriver fortsatt mangelfulle henvisninger, har lite kjennskap til øvrige helsetjenester og andre hjelpeinstanser i egen kommunene. Helt unntaksvis har det vært samhandling/koordinering og evaluering av tiltak i 1. linje før henvisning til NN. Dette medfører at NN nærmest kolliderer i forsøk på å komme i mål med en basisutredning og utvidet utredning i tide. Det er ofte utallige "løse tråder" å nøstes i for å komme i mål på alle punkter i en utredning innen gitte frister: kontakte skole, helsesøster, barnevern, familiesenter, fastlege for utfyllende opplysninger. Det mangler således en koordinerende instans i kommunene/1.linje, som samler trådene i hjelpeapparatet og starter arbeidet med pakkeforløpet rundt barn og unge som skal henvises.

Det kom også innspill fra ansatte i spesialisthelsetjenesten som ønsket seg andre digitale kommunikasjonsmetoder med hele primærhelsetjenesten, på samme måte som de kan sende PLO-meldinger til fastlegene.

3.2.2 Resultater fra kvalitativ studie

Vi ser av spørreundersøkelsen at det generelle inntrykket blant de ansatte er at pakkeforløp i liten grad har bidratt til å gi mer sammenhengende og koordinerte pasientforløp. Dette må tolkes på bakgrunn av at et stort flertall vurderer at pasientene generelt sett får et sammenhengende og godt koordinerte tjenestetilbud i hele behandlingsskjeden. Intervjuene nyanserer disse oppfatningene noe, men viser hovedsakelig det samme. Den første "samhandlingskontakten" mellom spesialisthelsetjenesten og kommune/fastlege skjer ved henvisning, som oftest kommer fra fastlegen. Fastlegen er også en sentral samarbeidspartner underveis i forløpet – i alle fall på papiret, som beskrevet innledningsvis. To intervjusammendrag tydeliggjør variasjonen behandlingsenhetene opplever ved henvisning:

(En poliklinikk i PHV) Det er vanskelig at henvisningene fra fastlegen ikke er utfyllende nok, i den forstand at det ender med at pasienter får avslag på behandling. Leder mener det vil bli mer samarbeid med fastlegene nå som pakkeforløp er innført. Mer regelmessig samarbeid med fastlege vil kanskje bidra til økt tilbakemelding til fastlegene fordi pakkeforløpet har forventning om at det skjer mer underveis.

(En akuttpost i PHV) Får jevnt over gode henvisninger når vi får, de fleste pasientene kommer via akuttmottak. Kaller inn fastleger til møter, ikke alle pasienter ønsker tilknytning til DPS/poliklinikk, men klarer seg med fastlegen, og da har vi mer samarbeid.

Hovedinntrykket når det gjelder henvisning til spesialisthelsetjenesten er at pakkeforløp ikke har bidratt til noen endring omkring dette. Informantene peker imidlertid på stor variasjon mellom henvisere. Mens noen skriver utfyllende og gode henvisninger, skriver andre svært mangelfulle henvisninger. Det kan se ut som det er noen mer systematiske forskjeller, der for eksempel PPT er gode til å henvise, mens henvisningene fra fastlegene i langt større grad varierer i kvalitet. Mange av informantene snakker videre om at de må "oppdra" henviser, slik at vedkommende inkluderer nødvendig informasjon. Dette er et arbeid som pågår uavhengig av pakkeforløp.

Underveis i pakkeforløpet skal spesialisthelsetjenesten gi tilbakemeldinger til fastlegen og eventuelt annen henviser, samt eventuelt til kommunen. Pakkeforløpskoordinator i kommunen er videre tiltenkt en sentral rolle. Gjennom innføring av pakkeforløpene blir betydningen av denne samhandlingen understreket. Intervjuene viser mye av det samme som spørreundersøkelsen viser. Samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten er noe man har jobbet med over lengre tid. Samtidig kan pakkeforløp bidra med ytterligere oppmerksomhet på temaet, selv om de fleste ikke opplever at praksis er nevneverdig endret.

(En poliklinikk i PHV) Det er bra at man kan fokusere på samarbeid med førstelinjen og ha faste evalueringspunkt gjennom behandlingsforløpet. Behandlerne melder tilbake til fastlegen om diagnosesetting. Det meldes tilbake til kommunen etter behov hos pasienten, men dette framgår ikke som en standard praksis. Informantene opplever det som uproblematisk å samarbeide med kommunen. Kommunen har uttrykt at de opplever bedre samarbeid med DPS etter pakkeforløp, forteller ansatte i sykehuset.

(En poliklinikk i PHV) Når det gjelder samarbeid og koordinering i psykose-pakkeforløpet, er det veldig fint at pakkeforløpene er veldig tydelige på dette med koordinerte tjenester over tid. Der skal det være jevnlig samarbeidsmøter. En annen sier at i de generelle forløpene skal man jo også møte kommunen, og at dette er en del av kodingen – at man skal vurdere om det trengs samarbeidsmøter før avslutning, men at hos dem representerer ikke dette noe nytt. Det virker ikke som det har skjedd noe når det gjelder samarbeid med kommunene, og fastlegene er passive.

(En akuttpost i PHV) Samarbeid med fastlegene har ikke endret seg. Det er heller unntaket at fastlegen er spesielt involvert i behandling eller oppfølging av pasienten. Men, om de har et godt forhold fra tidligere kan det være at de deltar i samarbeidsmøte. Ingen kontakt med forløpskoordinator i kommunen.

(En døgnenhet i TSB) Det er et punkt i pakkeforløpet der det står at du skal sende kopi av behandlingsplanen til fastlegen. Avdelingen gjør gjerne det, men de har ingen forventninger om at det blir lest. De lurer på om det er noen vits i å skrive det. Vil fastlegene faktisk ha den, eller er det noe vits i, blir den lest, altså hva, hvem gjør vi dette for? I en ideell verden, så vil fastlegen ha den og de leser den, og har lyst til å følge opp og vite hva som skjer med pasienten, og hva vi tenker om pasienten. Men de tror kanskje ikke det er det som prioriteres i hverdagen der ute da, men de vet ikke dette sikkert.

Som vi ser fra oppsummeringene fra intervjuene, er behandlingsenhetene særlig opptatt av samhandlingen med fastlegene. De sender informasjon til fastlegene om diagnose og behandlingsplan. Mange beskriver fastlegen som en fjern aktør som er lite på banen i den perioden pasienten er i

behandling i spesialisthelsetjenesten, men vi finner også eksempler på at fastleger er med på samarbeidsmøter med behandlingseenheten og andre involverte. Den siste oppsummeringen fra en døgnenhet i TSB tydeliggjør at sykehuspersonalet er usikre på hva fastlegen trenger, og hvordan fastlegen bruker de opplysningene sykehuset sender. Det kan ytterligere vanskeliggjøre kommunikasjonen og felles oppfølging av pasientene.

Avslutningen av pakkeforløpet handler blant annet om avklaring og planlegging av behov for oppfølging i kommunen etter utskrivning. I ett av intervjuene peker informantene på noen kjennetegn som virker å være relativt generelle:

(En poliklinikk i PHBU) Det er problematisk når kommunen ikke har noen dedikerte kontaktpersoner, og det blir ikke økt kapasitet i kommunene ved å innføre pakkeforløp. Små kommuner har ofte ikke folk til å følge opp, og da må spesialisthelsetjenesten følge opp lenger. Men de ser at dette kan bety at de gjør kommunen en bjørnetjeneste fordi de da ikke får økte ressurser i tjenestene for behovene blir ikke synlig.

Mangelen på forløpskoordinator i kommunen, eller andre dedikerte kontaktpersoner, blir tatt opp av mange informanter i spesialisthelsetjenesten. Forløpskoordinatoren skal være brobyggeren mellom sykehus og kommune, og når denne ikke finnes, kan det skape samhandlingsutfordringer. Forløpskoordinator i kommunen redegjøres nærmere for i kapittel 4, og forløpskoordinatorrollen spesialisthelsetjenesten i del 3.5.2.

Overføring av relevante opplysninger er sentralt for at kommunen skal klare å følge opp pasienten på en god måte. Spesialisthelsetjenesten sender alltid epikrise, mens noen informanter fortalte at de sender annen informasjon kun unntaksvis, "hvis det er noe spesielt."

3.2.3 Oppsummering og diskusjon – sammenheng og koordinering

Spørreundersøkelsen viser at mellom 20 og 55 prosent, flest i TSB, svarer at pakkeforløp i noen grad har bidratt til bedre måloppnåelse når det gjelder mer sammenhengende og koordinerte forløp. Uavhengig av pakkeforløp oppgir mellom 60 og 80 prosent av de ansatte at de opplever at pasientene får sammenhengende og koordinerte tjenestetilbud i hele behandlingsskjeden. Ansatte ved TSB oppgir dette i størst grad.

Så mye som 20 prosent av de som har svart oppgir at de i liten grad, eller ikke i det hele tatt, samhandler med fastlege i forbindelse med henvisning. Ansatte i døgnenheter oppgir i større grad at de samhandler med fastlege i forbindelse med henvisning enn det ansatte i poliklinikk gjør. Om lag 70 prosent oppgir at de samhandler i stor eller noen grad med kommunale tjenester etter utredning og i forbindelse med avslutning av forløpet.

Et stort flertall av behandlerne mener pakkeforløp ikke har påvirket hvor mye tid som brukes på samhandling med kommunen. Totalt 78 prosent svarer dette mens 13 prosent oppgir at de bruker mindre tid, og 10 prosent mer tid. Det ser dermed ut til at innføring av pakkeforløp ikke gir seg nevneverdig utslag på tid brukt på samhandling, verken med henviser eller kommunen.

På det åpne fritekstspørsmålet til slutt i spørreundersøkelsen kom det en del kommentarer som omhandlet informasjon til, og samhandlingen med kommunehelsetjenesten. Flere er positive til at samarbeidet med førstelinjen systematiseres gjennom pakkeforløpene, men noen er også kritiske til at man i liten grad differensierer etter behov, og at det sendes informasjon og innkalles til samarbeidsmøter mest for å tilfredsstille registreringsystemet

Hovedinntrykket fra de kvalitative intervjuene er det samme som fra spørreundersøkelsen – at pakkeforløp så langt i svært liten grad bidrar til sammenheng og større grad av koordinering enn tidligere. Mange i spesialisthelsetjenesten uttrykker skuffelse over kommunenes og fastlegenes manglende kunnskap om og involvering i pakkeforløp så langt. Henvisningene fra fastlege er verken bedre eller dårligere enn før, men de har stort sett ikke kjennskap til de kravene som stilles til dem i regi av pakkeforløp, slik mange i spesialisthelsetjenesten opplever det.

Vi vet fra forskning at fastlegene i mindre grad enn ønsket av samarbeidspartnerne deltar i samhandling rundt pasienter med psykiske lidelser og rusproblematikk (Kirchhoff, Bøyum-Folkeseth, Gjerde, & Aarseth, 2016; Steihaug, Johannessen, Ådnanes, Paulsen, & Mannion, 2016), og vi finner en viss støtte for det i materialet. Flere informanter etterlyser fastleger som er mer på banen, og de lurer på hva fastlegene gjør med pasientopplysningene de sender til dem. Når det gjelder fastlegene sitt syn på samarbeid med psykisk helsevern er dette undersøkt i egen PasOpp-studie om fastlegenes holdninger til de distriktpspsykiatriske sentra (DPS) (Holmboe, Sjetne, & Danielsen, 2019). Studien viser at det har skjedd en negativ utvikling når det gjelder samhandling mellom fastlegene og DPS-ene om personer med psykiske lidelsers tilgang til spesialiserte tjenester. Studien viser særlig tilbakegang når det gjelder i hvilken grad fastlegene erfarer at DPS-et tar deres vurderinger på alvor, i hvilken grad DPS avviser henviste pasienter og også i hvilken grad DPS-et begrunner avvisningene de gjør.

Fastlegen skal, ifølge Fastlegeforskriftens § 19¹¹, samarbeide med andre tjenesteutøvere om pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Samtidig vet vi at arbeid med pasienter med psykiske vansker og lidelser tar mye tid for fastlegene (Rebnord, Eikeland, Hunskår, & Morken, 2018). I en studie (Tøndel & Ose, 2014) om samarbeidet innen psykisk helse blant fastleger og kommune- og spesialisthelsetjenester, fant man at problemstillingene omkring samarbeidet stort sett er de samme alle steder, men at svarene på disse problemstillingene er ulike fordi de lokale systemene er ulike. Dette skaper stor variasjon og mangfold i hvordan samarbeidet etableres og driftes. Samarbeidsmodeller utvikles lokalt, i tråd med samarbeidspartnerenes kompetanse, erfaring, personlige egenskaper og det eksisterende tjenestetilbudet.

3.3 Somatisk helse og gode levevaner

Det er en målsetting at Pakkeforløp for psykisk helse og rus skal bidra til bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner. Forventet levealder er 15–20 år kortere for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer sammenlignet med befolkningen ellers. I tillegg til økt forekomst av unaturlig død i gruppen, kan overdødeligheten i stor grad tilskrives somatiske sykdommer. I pakkeforløpene for psykisk helse og rus legges det vekt på at det trengs en samordnet innsats for å få til bedre ivaretagelse av somatisk helse, at somatisk helse og levevaner skal følges opp som en integrert del av behandlingen, og i et samarbeid mellom fastlege, kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. For at pakkeforløpene skal medvirke til dette har Helsedirektoratet utarbeidet anbefalinger for ivaretagelse av somatisk helse og levevaner¹².

Følgende spørsmål belyses:

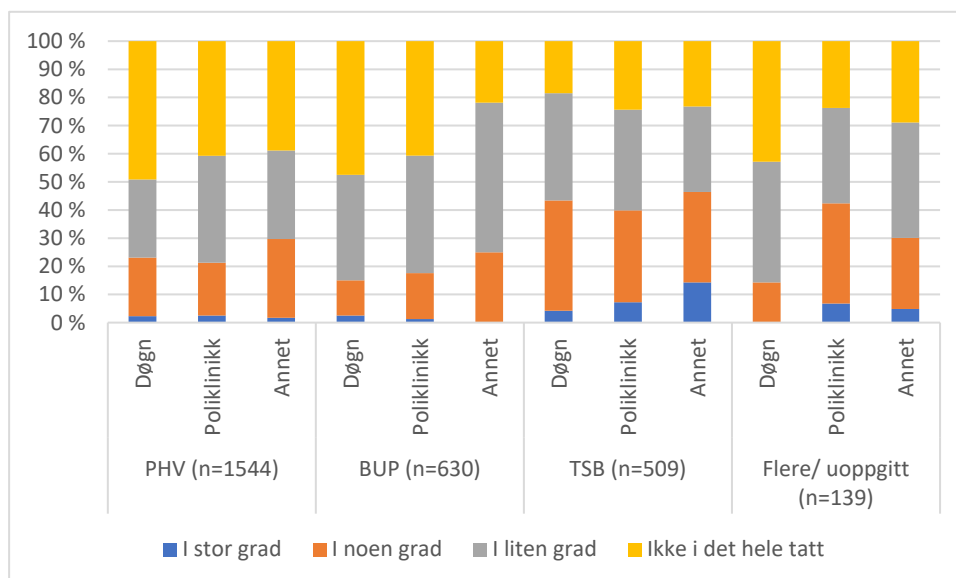
1. I hvilken grad har innføringen av pakkeforløp bidratt til bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner, og i hvilken grad mener de ansatte at man (ved enheten der man jobber) allerede er gode på å følge opp somatisk helse og levevaner?
2. I hvilken grad gjennomføres utredning og tiltak for somatisk helse og levevaner?

¹¹ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842?q=Fastlegeforskriftens>

¹² <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/somatisk-helse-og-levewaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer/ivaretagelse-og-ansvar-for-oppfolging-av-somatisk-helse-og-levewaner-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>

3.3.1 Resultater fra spørreundersøkelsen

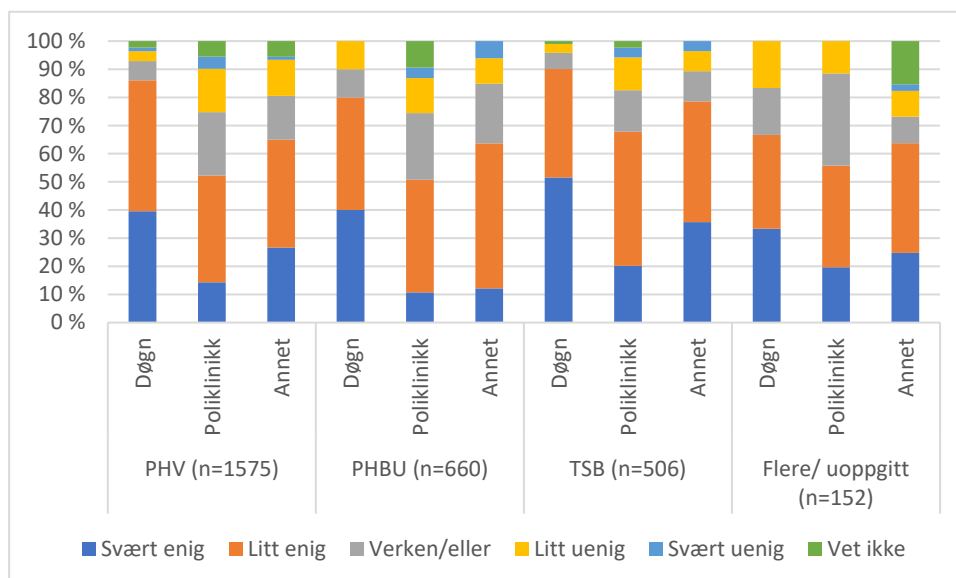
3.3.1.1 Bidrar pakkeforløp til bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner?



Figur 11 I hvilken grad har innføring av pakkeforløp bidratt til bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner?

Det er relativt få ansatte innen psykisk helsevern som svarer at pakkeforløp har bidratt til bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner, og færrest innen PHBU, der mellom 70 og 80 prosent svarer at pakkeforløp i liten grad eller ikke i det hele tatt har bidratt på dette området. I TSB er det litt færre, rundt 60 prosent, som svarer dette.

Ved sammenligning mellom ledere og behandlere ser vi (i likhet med vurdering av måloppnåelse for brukermedvirkning og samhandling som vist i figur 2 og 6) at ledere er signifikant mer positiv til at pakkeforløp har bidratt til bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner enn det behandlere er. Vi finner denne forskjellen både i PHV, PHBU og TSB. Denne forskjellen mellom behandlere og ledere finner vi både i poliklinikk og døgn, med unntak av døgnenheter i TSB.

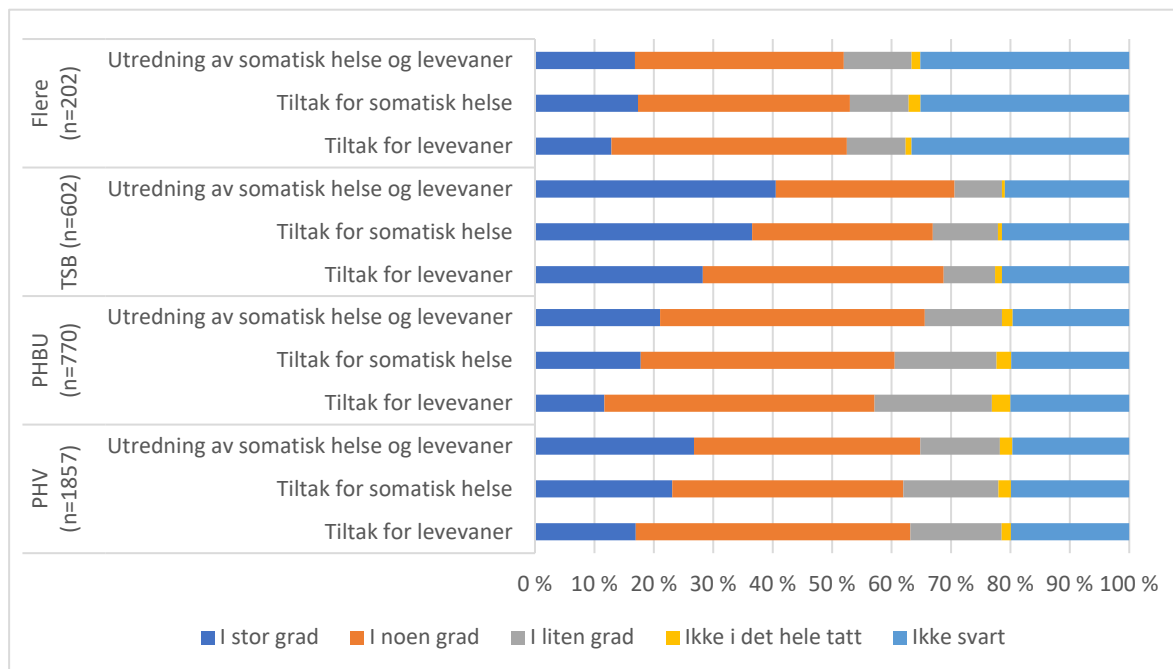


Figur 12 I vår enhet er vi gode på å følge opp somatisk helse og levevaner

Samtidig som et stort flertall er uenig i at pakkeforløp bidrar til bedre ivaretagelse av somatisk helse og levevaner, viser figur 12 at de ansatte i høy grad er positive til at egen enhet er god på å følge opp dette. Ansatte ved døgnenheter oppgir dette i vesentlig større grad enn ansatte ved poliklinikk. Mellom 80 og 90 prosent i PHV, PHBU og TSBs døgnenheter oppgir at de er svært enig eller litt enig i at de er gode på dette mens halvparten av ansatte ved poliklinikk i PHV og PHBU svarer dette.

I TSB er ledere er signifikant mer enig i at deres enhet er gode på oppfølging av somatisk helse og levevaner sammenlignet med behandlere. Vi finner denne forskjellen både i døgnenheter og poliklinikk. Vi finner ikke forskjeller mellom ledere og behandleres svar i PHV og PHBU.

3.3.1.2 Utredning og tiltak for somatisk helse og levevaner



Figur 13 I hvilken grad gjennomføres utredning og tiltak for somatisk helse og levevaner?

Figur 13 viser i hvilken grad det gjennomføres utredning og tiltak for somatisk helse og levevaner. Så mye som 20 prosent har ikke svart på disse spørsmålene, og vi har inkludert disse i figuren. Årsaken til manglende svar på spørsmål om tiltak for somatisk helse kan skyldes at det er av de siste spørsmålene i skjemaet, og trøtthet når det gjelder utfylling, eller det kan skyldes at dette temaet ikke føles veldig relevant. Resultatet viser at de fleste svarer at det gjennomføres utredning av somatisk helse og levevaner. De fleste som svarer dette, er innen TSB. Litt færre svarer at de gjennomfører *tiltak* for henholdsvis somatisk helse og levevaner. Mellom sju og 20 prosent oppgir at de i liten grad gjør dette.

Det er også relativt få som har kommentert somatikk og levevaner i det åpne fritekstspørsmålet til slutt i spørreskjemaet, der registrering, koding og frister fikk mer plass. Det ble imidlertid ytret ønske om tilføring av ressurser og personell med kompetanse på somatisk helse og levevaner, som ernæringsfysiologer og mer legeressurs. Andre mente at fastlegene må ta et større ansvar for at somatisk helse er grundig utredet ved henvisning, samtidig som man viser forståelse for at fastlegene har for mye å gjøre, og peker på at henvisningene generelt ikke er gode nok. En av informantene skriver at fastlegene må få mer informasjon om hva som er informasjonsbehovet i spesialisthelsetjenesten, og mener det er urealistisk høye forventinger til fastlegene i pakkeforløpene:

Bedre informasjon til fastleger om behovet for oppdatert medikamentliste, gjennomføring av blodprøvescreening og evt. andre somatiske undersøkelser (f.eks. russcreening i urin) der før henvisning til spesialisthelsetjenesten for å utelukke somatiske og rusrelaterte differensialdiagnoser og bidragsytende faktorer. Kravet i

pakkeforløpene til undersøkelser hos fastlegene før henvisning for øvrig er for omfattende i forhold til fastlegenes reelle kapasitet og følges ikke opp. Opplever ellers at pasientene er svært lite interessert i pakkeforløp og mer opptatt av måten de blir møtt på og at de får individuelt tilpasset behandling.

En av respondentene som skrev mest om somatisk helse og levevaner på fritekstspørsmålet, var redd for at psykisk helsevern nå skal miste fokus på det pasientene kommer for, og presiserer at man må fjerne noen oppgaver, hvis man skal tillegge nye uten å øke ressurstilgangen:

Somatisk helse og levevaner tar for stor plass i pakkeforløpene i forhold til hva som er direkte relevant for typiske problemstillinger i psykisk helsevern. Mange pasienter gir uttrykk for at de nærmest opplever oss som et "krenkende moralpoliti", og skjønner ikke hvorfor vi skal legge oss opp i sånt. Det er fornuftig å adressere slike problemstillinger hos pasienter med alvorlig sinnslidelse og dårlig egenomsorgsevne, eller pasienter som av andre grunner har betydelige vansker med å ivareta gode levevaner. Men de utgjør langt fra majoriteten av pasienter i psykisk helsevern. - Somatisk helse bør i hovedsak ivaretas av fastlegen. Det legges i alt for stor grad opp til at psykisk helsevern nærmest skal være en altomfattende helsetjeneste, og vi mister dermed fokus på det som er pasientens ærend når vedkommende kommer til oss: Å få hjelp med psykiske helseplager. - Pakkeforløpene kommer samtidig med at det stilles en rekke andre krav til oss, bl.a. om både å redusere ventetider og gi færre avslag. Det regnestykket går rett og slett ikke opp. Med noen justeringer, tror jeg pakkeforløpene kan fungere ganske bra, men når det implementeres sammen med andre krav som til sammen ikke KAN gå opp, vekkes det unødig stor motstand blant oss fagfolk. - Det er også viktig å fjerne noe når man innfører nye rutiner og oppgaver. Pakkeforløpene kommer oppå alle andre rutiner, retningslinjer og krav som allerede oppleves som uoverkommelige. Pakkeforløpene bør erstatte noe av dette, som en integrert måte å jobbe på, i stedet for å komme i tillegg til alt det vi fra før ikke makter å overskue eller oppfylle. Tillegget om somatisk helse og levevaner benyttes ikke av andre enn leger og overses i utredningen. Det mangler folk med rett kompetanse for å ivareta somatisk helse og levevaner som del av pakkeforløpene.

3.3.2 Resultater fra kvalitativ studie

Den kvalitative studien underbygger resultatene i spørreundersøkelsen om at pakkeforløp ikke har ført til noen endringer når det gjelder oppfølging av somatisk helse og levevaner. De fleste beskriver at de har relativt gode rutiner og bevissthet rettet mot dette fra før, og at rutinene ikke er endret etter at pakkeforløp ble innført. De korte oppsummeringene fra intervjuer med behandlere og ledere ved noen enheter gir et innblikk i de viktigste momentene ved de behandlingsenhetene vi besøkte.

(En døgnenhet i PHV) Deler av informantgruppa er ikke klar over at somatikk er en del av fokuset i pakkeforløpet. De har hatt gode rutiner lenge, og det har ikke kommet noen nye rutiner på det etter at pakkeforløpet kom. Alle pasienter har somatisk sjekk og standard blodprøver ved innkost. Det er varierende hvordan behovet for somatisk sjekk er, ettersom det varierer hvor mye fastlegen har gjort, påpekes det. Viktig at man gjør det som er nødvendig ved innkost, og ellers delegerer det til fastlegene, og at det som skal følges opp noteres i epikrise. Man etterstreber lav terskel for å konferere, både med fastlege og spesialister. Avdelingen har hele tiden fokus på undervisning om fysisk aktivitet og psykisk helse, og har en egen fysioterapeut.

(Lederteam ved poliklinikk og team PHV, og poliklinikk TSB) Leder på TSB mener det er ganske omfattende det som skal gjøres i basisutredning på rus, og inkludert somatisk status. De er heldige som har overlege i rus og avhengighetsmedisin, og har dels fått det til med "pakken" på de tre første ukene, noe de aller fleste pasientene setter veldig pris på. De hadde somatisk undersøkelse før også, men nå er det mer strukturert rutine og avsatt tid til pasienter i

basisutredning. Leder på poliklinikk er mer kritisk til at de er blitt bedre på det. De er mer innom det ettersom det er et punkt på skjemaet. De har også veldig liten legedekning.

(En døgnenhet i PHBU) Inntrykket er at det ikke er stor oppmerksomhet på somatisk helse og levevaner ved denne enheten. Behandlerne bemerker at de har unge, stort sett somatisk friske pasienter, og at de ikke ser at de trenger å forbedre seg så mye på dette området. De har tilgang til leger i posten. De merker økt bevissthet rundt levevaner. Sier at det med vektøkning er en klassisk problemstilling.

(En poliklinikk i PHBU) Når temaet somatisk helse og levevaner tas opp i intervjuet, relateres dette til spisevegringsproblematikk, og hvordan for eksempel veiing og måling ikke passer inn i det standardiserte pakkeforløpet. Leder uttrykker at i basisutredningen ligger det ikke inne en fast somatisk undersøkelse hos PHBU – at somatisk undersøkelse i PHBU alltid gjøres på indikasjon. Når fastlegene sender henvisning, så skal de ha gjort en somatisk undersøkelse. PHBU har en strategi for denne interaksjonen med fastlegene, de sender ikke en lang smørbrøddliste til fastlegen over prøver som skal tas etc., (basert på en tanke om at fastlegene ikke liker å bli fortalt så detaljert hva de skal gjøre), men skriver heller mer overordnede tematiske punkter slik at fastlegen selv må ta ansvar for hvilke prøver hen skal ta for å klarere pasienten.

3.3.3 Oppsummering og diskusjon – somatisk helse og levevaner

Spørreundersøkelsen viser at det er relativt få, rundt 20 prosent, innen psykisk helsevern som mener pakkeforløp i noen grad har bidratt til bedre ivaretagelse når det gjelder somatisk helse og gode levevaner mens dobbelt så mange, rundt 40 prosent svarer det samme i TSB.

Samtidig som et stort flertall er uenig i at pakkeforløp bidrar til bedre ivaretagelse av somatisk helse og levevaner, svarer de fleste, og aller flest innen døgnenhetene, at de er gode på å følge opp dette. De fleste svarer at det gjennomføres utredning av somatisk helse og levevaner, og det er flest som svarer dette innen TSB. Litt færre svarer at de gjennomfører tiltak.

Hovedinntrykket fra de *kvalitative intervjuene* er at man ikke har endret praksis når det gjelder oppfølging av somatisk helse og levevaner, men også et par eksempler på endrede rutiner. Flere steder kom det fram at enkelte behandlere ikke er klar over at pakkeforløpene skal bidra til bedre måloppnåelse på dette området. Det er kanskje ikke tilfeldig at det er en leder ved TSB som i størst grad gir en beskrivelse av tiltak der en bevisst går inn for å bedre tjenestetilbudet på dette området. Dette gjennom en "mer strukturert rutine og avsatt tid til pasienter i basisutredning" mens leder i poliklinikk i samme intervju er kritisk til at de på deres side er blitt bedre på det. Dette skillet mellom TSB og psykisk helsevern ser vi i flere tilfeller i de kvantitative resultatene, med ansatte i TSB som nesten gjennomgående er mer positive til at pakkeforløp bidrar til et bedre tjenestetilbud.

Tiltak for bedre oppfølging av somatisk helse begrunnes med generelt lavere levealder og dårligere levevaner. En studie av Wahlbeck et al (2011) i Sverige, Finland og Danmark viser at personer som har vært sykehusinnlagt med en psykiatrisk diagnose har inntil 20 års kortere levealder enn resten av befolkningen – et gap som ikke har blitt vesentlig mindre de siste 20 år. Denne overdødeligheten gjelder alle psykiatriske diagnosegrupper. Wahlbeck og kolleger konkluderer at det blant annet er behov for helsefremmende tiltak for å redusere dette gapet. Andre studier peker på at også underbehandling forekommer blant pasienter med psykiske lidelser ved at de får forskrevet langt færre medikamenter for en spesiell lidelse enn pasienter uten psykiske problemer (Mitchell, Lord, & Malone, 2012).

PasOpp-undersøkelsene hos Folkehelseinstituttet inkluderer spørsmål til pasienter i behandling i psykiske helsevern og TSB om fysisk helse og levevaner. Studien publisert i 2017 viser at fysisk helse hadde blitt undersøkt hos 83 prosent av pasienter innlagt i psykisk helsevern under oppholdet. Når det gjaldt tilrettelegging for fysisk aktivitet svarte 85 prosent av pasientene i psykisk helsevern at det i stor eller svært stor grad var tilrettelagt mens 74 prosent i TSB svarte det samme (Kjøllesdal et al., 2017; Skudal et al., 2017).

I SINTEFs studie blant sykepleiere i psykisk helsevern og TSB (om sykepleieres rolle når det gjelder å følge opp pasienters ulike behov) fant vi de samme forskjellene mellom psykisk helsevern og TSB som vi finner i evalueringen – at somatisk helse i større grad ble fulgt opp i TSB, og at tiltak på dette området er mer vanlig i døgnhetene enn i poliklinikk (Melby, Kasteng og Ådnanes, 2017). Det samme gjaldt tilrettelegging av fysisk aktivitet. Videre fant vi i nevnte studie at sykepleierne trakk fram fysisk helse som ett av de områdene det var behov for større innsats på for å dekke pasientenes behov.

3.4 Pakkeforløpets innvirkning på tidsbruk i utredning og behandling

Pakkeforløp for psykisk helse og rus legger opp til relativt omfattende strukturelle endringer der tidsbruk knyttet til utredning, behandling og evaluering, er helt sentralt¹³¹⁴¹⁵ (se beskrivelser av forløpene via linker nederst på siden). Det legges opp til en innholdsrik utredningsfase i den forstand at det er mye som skal gjennomgås og avklares i basis utredning, og innen seks uker i psykisk helsevern for voksne og for barn og unge, og tre uker i TSB. Dersom man i løpet av basisutredningstida ikke har kommet til en diagnostisk avklaring som kan gi grunnlag for tiltak og eventuelt start på behandling skal det gis tilbud om utvidet utredning.

I dette kapitlet om tidsbruk og frister undersøkes følgende spørsmål:

1. Opplever behandlerne at innføringen av pakkeforløp har påvirket hvor mye tid som brukes på henholdsvis utredning og behandling, og generelt på pasientene?
2. Opplever behandlerne at innføringen av pakkeforløp har påvirket hvor mye tid som brukes på henholdsvis administrasjon og på kommunikasjon med kontorfaglig personell?
3. Opplever de ansatte at pakkeforløp fører til større arbeidsbelastning og negativt tidspress?
4. Opplever de ansatte at pakkeforløp fører til et mer effektivt system, og til det beste for pasienten?
5. Opplever de ansatte at det er problematisk å holde fristene i ulike deler av pakkeforløpet?

3.4.1 Resultater fra spørreundersøkelsen

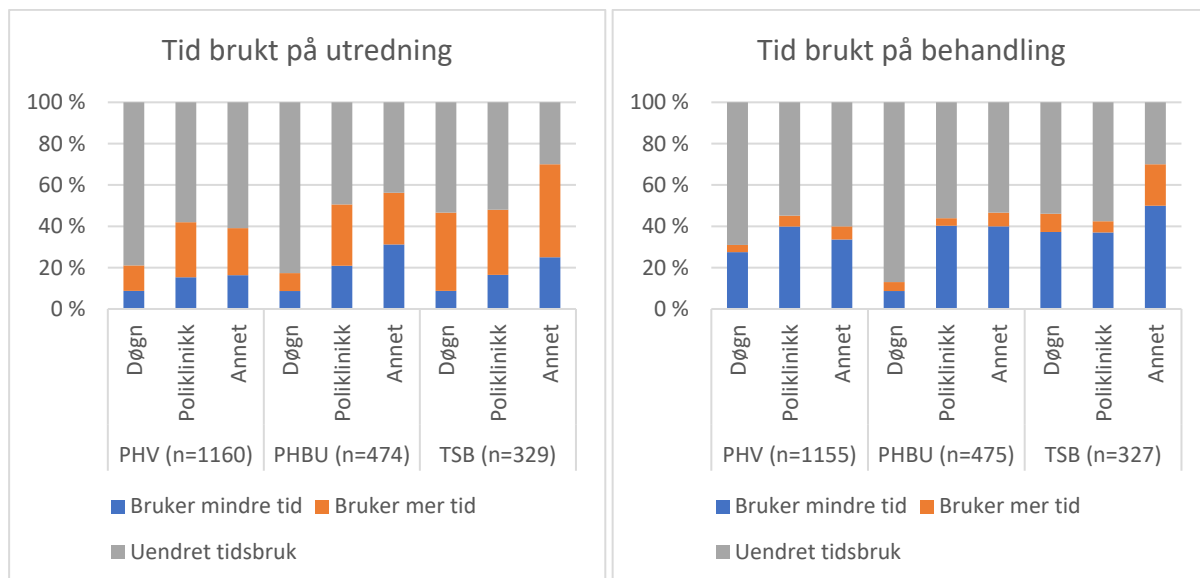
3.4.1.1 Brukes det mer eller mindre tid til henholdsvis utredning og behandling?

Når det gjelder spørsmål om tidsbruk har vi kun inkludert behandleres svar. I disse figurene har vi ikke inkludert de behandlere som har svart at de jobber ved flere tjenesteområder ettersom dette gir svært få behandlere innen døgnhetene. Vi kommenterer derfor hva denne gruppen totalt sett har svart, uavhengig av om de jobber i døgn eller poliklinikk.

¹³<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne/forlopstider-psykiske-lidelser-pakkeforlop-voksne>

¹⁴<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge/forlopstider-psykiske-lidelser-pakkeforlop-barn-og-unge>

¹⁵ <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb/forlopstider-rusbehandling-tsb-pakkeforlop>



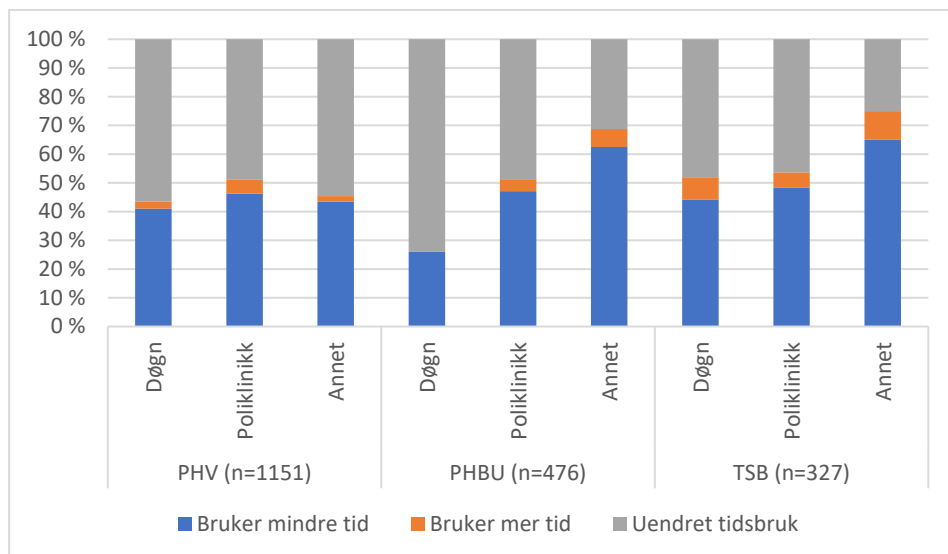
Figur 14 og Figur 15 Opplever behandlerne at innføringen av pakkeforløp har påvirket hvor mye tid som brukes på henholdsvis utredning og behandling i enheten der de jobber?

Figur 14 og 15 viser henholdsvis i hvilken grad behandlerne opplever at innføring av pakkeforløp har påvirket hvor mye tid som brukes på henholdsvis utredning og behandling i enheten der de jobber. Totalt sett oppgir nær 60 prosent at tidsbruken er uendret på begge disse spørsmålene. Betydelig flere svarer at de bruker mer tid på utredning (27 prosent) enn de som svarer at de bruker mindre tid på dette (16 prosent). Når det gjelder tid på behandling svarer kun fem prosent at de bruker mer tid mens så mye som 38 prosent svarer at de bruker mindre tid.

Det er færrest innen døgnenheter i psykisk helsevern (både PHV og PHBU) som oppgir at pakkeforløp har påvirket hvor mye tid de bruker på utredning. Her oppgir totalt 57 prosent uendret tidsbruk mens halvparten i TSB oppgir uendret tidsbruk. Det er gjennomgående litt flere som oppgir at de bruker mer tid enn de som oppgir at de bruker mindre tid på utredning. Det er flest i TSB som oppgir at de bruker mer tid. I TSB gjelder dette godt over 30 prosent mens henholdsvis 9 prosent i døgn og 15 prosent i poliklinikk TSB oppgir at de bruker *mindre* tid. Ved poliklinikkene i psykisk helsevern oppgir 28 prosent i PHV og 31 prosent i PHBU at de bruker mer tid på utredning mens henholdsvis 15 prosent og 22 prosent oppgir at de bruker mindre tid.

Figur 15 viser svarfordeling når det gjelder tid brukt på behandling. Også her er det færrest innen PHBU døgn som oppgir at tidsbruken har endret seg. Mens det er et skille mellom poliklinikk og døgn innen psykisk helsevern, der behandlere ved døgn i mindre grad enn ansatte ved poliklinikk oppgir at de bruker mindre tid på behandling, er det ingen forskjeller mellom døgn og poliklinikk i TSB.

Figur 16 under ser på hvorvidt pakkeforløp har påvirket tid brukt på pasienten. Her får vi et bilde som er ganske likt det vi finner i figur 15.



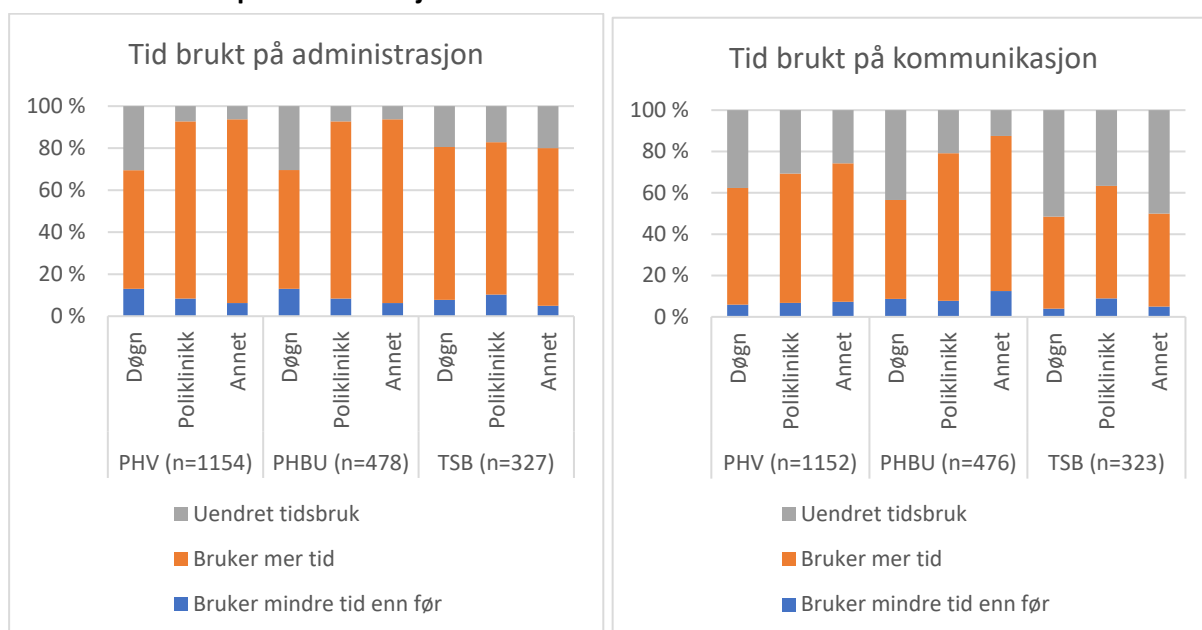
Figur 16 Opplever behandler at innføringen av pakkeforløp har påvirket hvor mye tid som brukes generelt til pasientene?

På spørsmålet om behandlerne opplever at pakkeforløp har påvirket tid brukt på pasienten, finner vi at halvparten svarer at tidsbruken er uendret mens 46 prosent opplever at de brukes mindre tid generelt til pasientene. 4,5 prosent mener det brukes mer tid til pasientene.

Ulike aspekt ved tidsbruk og frister var et hyppig tema som respondentene kommenterte på i fritekstspørsmålet på slutten av spørreskjemaet. Dette var gjerne knyttet opp mot registreringspraksis, men handlet også om vilkårene for utredning og behandling. Uttalelsene bekrefter bildet som tegnes i figurene over. En av respondentene etterlyser bedre tidshåndtering og opplever at antall pasienter som tas inn til behandling, sammenliknet med antallet som avsluttes, er for høyt. Vedkommende skriver at det brukes mye tid på kliniske beslutningsmøter, men ønsker seg heller hyppigere prioriteringsmøter der man også vurderer avslutning:

Vi har så langt i 2019 tatt inn 10 nye pasienter i uka og avsluttet 3; det går ikke i balanse. Pakkeforløp kan bidra til hyppigere stoppunkt for å vurdere avslutning, men vi bruker mer tid på hyppigere klinisk beslutnings-møter (bare for å avklare at en trenger utvidet utredning eller lignende) og mer møtevirksomhet som slik sett ikke kommer pasientene til gode. Vi må få inn en kost/nytte-tankegang og gjøre hyppigere prioriteringer av hvilke pasienter vi skal tilby behandling i spesialisthelsetjenesten.

3.4.1.2 Tid brukt på administrasjon



Figur 17 og Figur 18 Opplever du at innføringen av pakkeforløp har påvirket hvor mye tid som brukes på henholdsvis administrasjon og på kommunikasjon med kontorfaglig personell?

Figur 17 og 18 viser at et stort flertall, 78 prosent, oppgir at de bruker mer tid på administrasjon etter innføring av pakkeforløp. Behandlere i poliklinikker svarer dette i noe større grad enn behandlere i døgnenheter. Åtte prosent oppgir at de bruker *mindre* tid på administrasjon. Når det gjelder kommunikasjon med kontorfaglig personell, vil dette i stor grad dreie seg om administrative rutiner, herunder knyttet til koding av pakkeforløp. Bortsett fra ansatte i døgnenheter i TSB svarer et stort flertall (62 prosent), noe flere i poliklinikk enn i døgn, at de bruker mer tid på kommunikasjon med merkantilt personell.

At det går uforholdsmessig mye tid og ressurser til registrering kommer også tydelig fram i det åpne spørsmålet til slutt i spørreskjemaet, som i dette eksempelet:

Alt jeg har svart på her som vi gjør bra, gjorde vi bra før pakkeforløp. Det har ikke blitt bedre med pakkeforløp, men vi bruker unødvendige ressurser på registrering. Det blir et dårligere tilbud, behandlere fokuserer mer på måltall enn på relasjon med pasientene. Fokus endres til om sykehuset er fornøyd med oss, og ikke om pasientene er fornøyde. Vi må ta inn like mange pasienter som før, på mindre effektiv behandlingstid, det vil gå ut over kvaliteten. Rus og psykisk helse handler om ikke-lineære behandlingsforløp, om å være til stedet med oppmerksomt nærvær, om å tune inn på pasientens subjektive opplevelser. Det er ikke målbart med New Public Management (pakkeforløp).

Det er også flere behandlere som i det åpne fritekstspørsmålet skriver om at tiden som brukes på å overholde frister og koding går på bekostning av fokus på innhold og kvalitet i tjenestene:

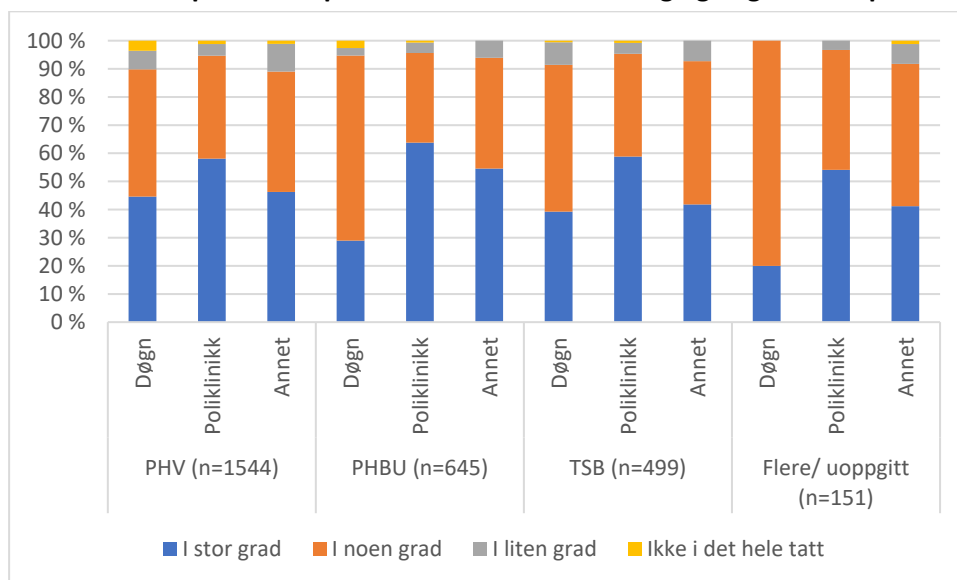
De ulike fristene knyttet til pakkeforløpet er med på å skape unødvendig stress. Tanken om at alle pasienter skal ha rett til at utredning blir gjort innenfor rimelig tid, at det gjennomføres evaluering av forløpet jevnlig og at det gjennomfører samarbeidsmøter og info til fastlege/henviser er god, og er noe vi på poliklinikken gjorde før pakkeforløpene ble innført. Det at det nå er satt en tidsfrist fører til forvirring rundt om det er kvaliteten på det som blir gjort, og at det blir det som er viktig, eller om det er NÅR det blir gjort. Fristene passer godt for noen, men for

veldig mange polikliniske pasienter på DPS er det vanskelig å holde fristene grunnet stor pågang av pasienter, komplekse sykdomsbilder, frafall fra timer etc. I tillegg finnes det ingen systemer som gjør det enkelt å huske på fristene, så i tillegg til mer koding og registrering, må vi som behandlere lage egne systemer for å huske på mange ulike frister.

Mange ønsker å kunne skille mellom fristbrudd som skyldes forhold ved sykehuset, og forhold som skyldes at pasienten ikke har møtt til time. De ønsker seg mer "slingsringsmann" knyttet til fristene, og større fleksibilitet knyttet til rekkefølgen variablene kan kodes i. Flere av de som hadde valgt å skrive i fritestfeltet skrev om for knappe frister for pasienter som er inne for avrusning i TSB og skal videre i systemet. Sju dagers frist for basiskartlegging oppleves som svært kort tid. En av respondentene påpeker at det er vanskelig å få til brukermedvirkning i avrusningsfasen, og at det kan være lang ventetid mellom tidspunktet man er utskrivningsklar fra avrusning og ledig plass for døgninnleggelse i TSB.

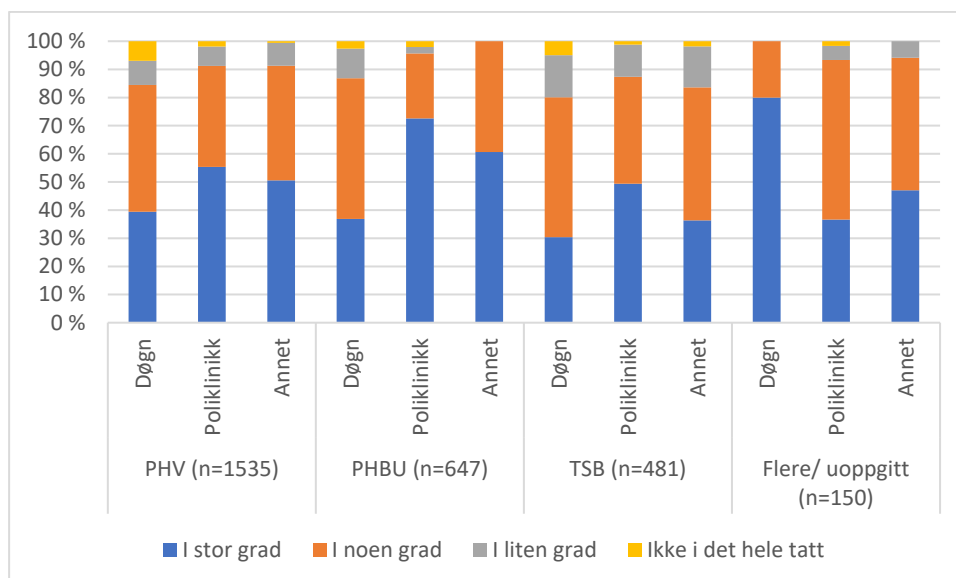
Trenger spesifisering av hva som skal gjøres i en avrusning. Nå gjøres altfor mye i forhold til pasientens tilstand og hvor mye tid man har. Føles ikke riktig. Behandlere må bruke for mye av den dyrbare tiden de har til dokumentasjon, istedenfor å være til stede sammen med pasientene i miljøet. - ønskelig med en forenklet versjon av basisutredning, lengre frister til klinisk beslutning (7 dager er veldig lite for en pasient som er inne til avrusning). De fleste pasienter er midt i abstinensfasen da og det blir vanskelig for behandler å gjøre gode kartlegginger og vurderinger. - Vanskelig å ha brukermedvirkning i en avrusning. Hovedfokuset til pasienten er ofte medisinerer. - mange pasienter har en forventning om sømløs overføring til videre rusbehandling fra avrusning. Som oftest er det ventetid, noe som også var før innføring av pakkeforløpet. Denne problemstillingen blir ofte vanskelig. Klinisk beslutning sier at pasienten er i behov for døgninnleggelse i TSB, men det er 8 uker ventetid...

3.4.1.3 Fører pakkeforløp til større arbeidsbelastning og negativt tidspress?



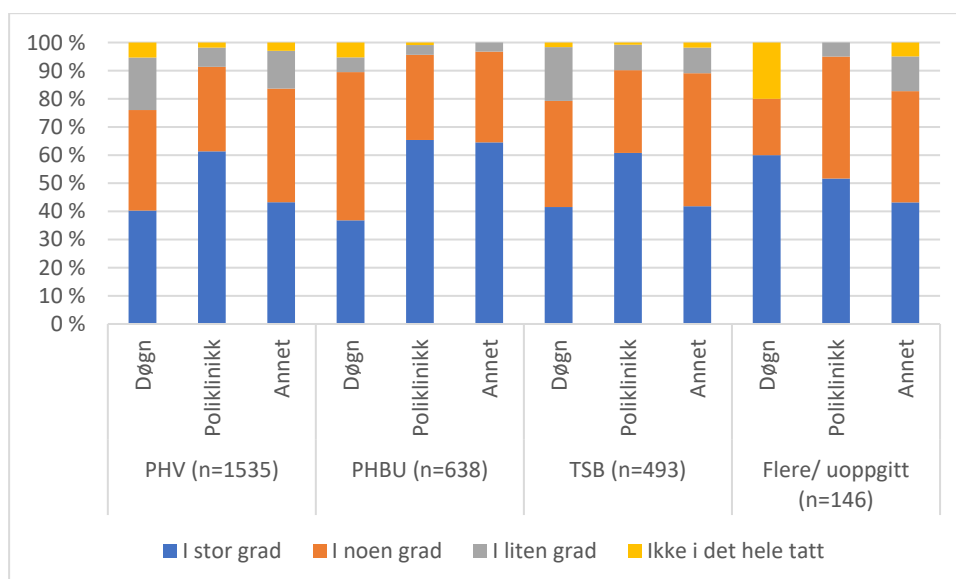
Figur 19 Opplever du at pakkeforløp fører til større arbeidsbelastning for behandlere?

Figur 19 viser at rundt 90 prosent av alle ansatte svarer at pakkeforløp fører til større arbeidsbelastning for behandlere. I alt 55 prosent svarer i stor grad, og vesentlig flere innen poliklinikk. Blant ansatte i poliklinikk svarer 60 prosent i stor grad mens rundt 40 prosent av ansatte i døgnenhet svarer dette.



Figur 20 Opplever du at pakkeforløp fører til større arbeidsbelastning for kontorfaglig personell?

Figur 20 viser at arbeidsbelastningen på kontorfaglig personell vurderes som like stor som for behandlere. Igjen er det ansatte i poliklinikk som rapporterer om størst belastning, og her rapporteres det vesentlig høyere belastning for kontorfaglig personell i PHBU poliklinikk enn i andre enheter. Her svarer 73 prosent at pakkeforløp i stor grad fører til større arbeidsbelastning for kontorfaglig personell.



Figur 21 I hvilken grad opplever du at pakkeforløp fører til negativt tidspress i behandlingssystemet?

Figur 21 viser at totalt 88 prosent svarer at de opplever at pakkeforløp fører til negativt tidspress i behandlingssystemet. Godt over halvparten svarer at de opplever dette i stor grad, og 33 prosent i noen grad mens 9 prosent oppgir at de i liten grad opplever dette. Det er vesentlig større andel innen poliklinikk som svarer at pakkeforløp gir negativt tidspress enn ansatte i døgnenheter.

Mange som svarte på spørreskjemaet ga innspill i åpent spørsmål der de kunne skrive inn hva de mener bør endres i pakkeforløpene. Svært mange gir uttrykk for at pakkeforløp har gitt et negativt tidspress, særlig gjelder dette ansatte innenfor poliklinikkene. Mange brukte anledningen til å ønske seg lavere arbeidsbelastning på behandlere, større fleksibilitet og kvalitet over kvantitet. Følgende innspill er representativt i så måte:

De fleste poliklinikker i PHBU er ikke organisert for gjennomføring av pakkeforløp, med de tidsfrister disse innebærer. - For at pakkeforløp skal være gjennomførbare, må den enkelte behandler arbeidsbelastning reduseres. Dette vil frigjøre tid til å møte pakkeforløpenes krav innen tidsfristene, og dermed gi en mer effektiv pasientflyt. - Det må være rom for fleksibilitet i forløpene. Psykisk helse kan ikke sammenlignes med somatikken ift. pakkeforløp. Komorbide lidelser er normen heller enn unntaket, og mange pasienter vil ikke nødvendigvis passe inn i de klart avgrensede forløpene. - Det er viktig at det ikke kun er tidsfrister og antall pasientmøter som tillegges vekt. Innholdet og kvaliteten i disse møtene er av større betydning, både for pasient, pårørende og behandler. Kvalitet over kvantitet.

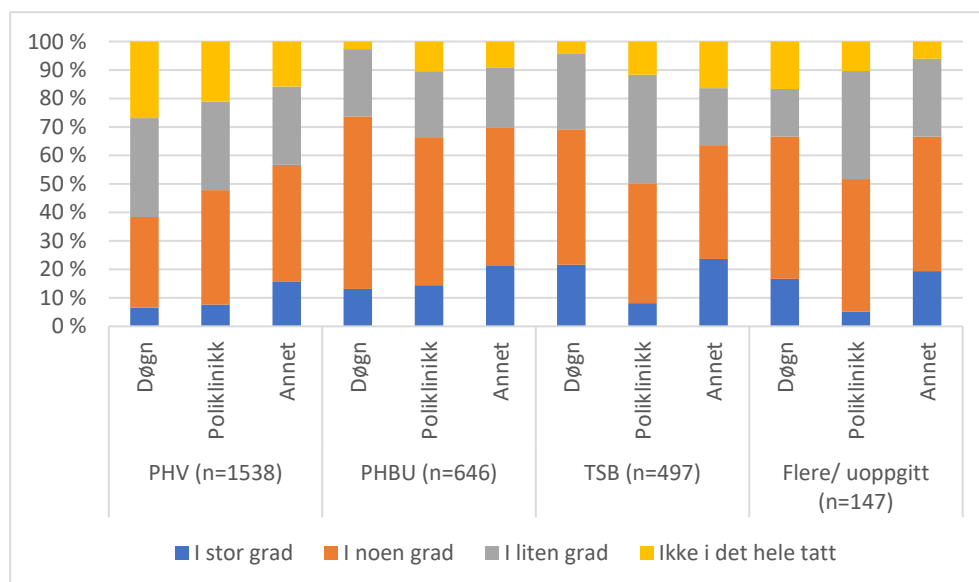
Et annet moment som kom opp i flere av kommentarene, var de strenge kravene til psykolog- eller legespesialist i vurderingene, som enkelte mener kan bety at blant andre faggrupper som kliniske pedagoger og kliniske sosionomer fortrenses i psykisk helsevern og TSB:

Kravet om psykologspesialister eller psykiatere i så å si alle faser og handlinger i forløpet er godt ment, men faglig svært uheldig, og praktisk umulig å gjennomføre. Det vil også bety slutten på spesialister i klinisk pedagogikk og kliniske sosionomer, noe som er faglig katastrofalt, og neppe intendert.

Et annet perspektiv, når det gjelder bruk av psykologspesialister som også kom fram i de kvalitative intervjuene, er de praktiske problemene det medfører å være avhengig av en tilgjengelig psykologspesialist for å få gjennomført for eksempel klinisk beslutning.

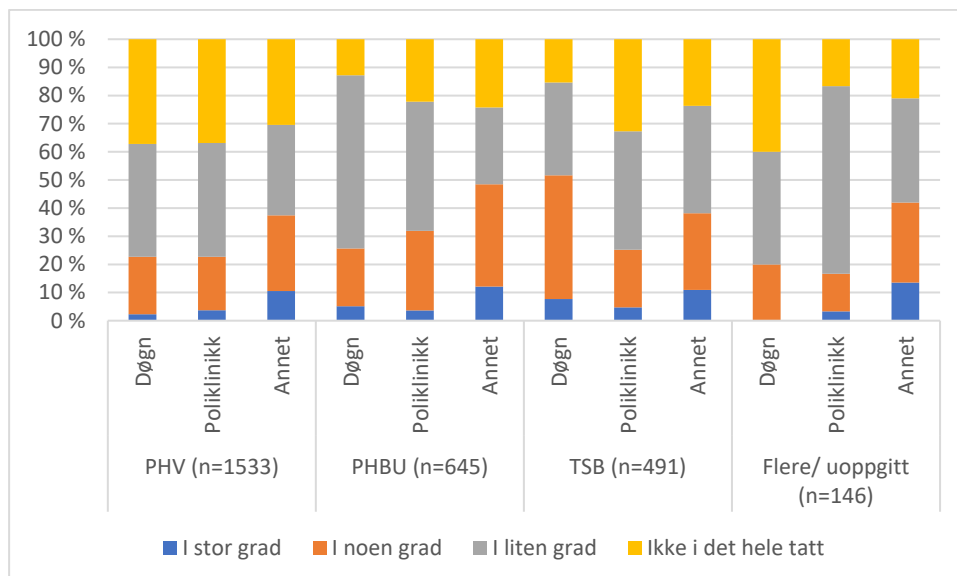
3.4.1.4 Er pakkeforløp mer strukturert, effektivt og til det beste for pasienten?

Tre spørsmål i spørreundersøkelsen omhandler hvorvidt pakkeforløp fører til bedre struktur i pasientforløpene, om det fører til et mer effektivt system til det beste for pasientene og om pakkeforløp fører til bedre faglig klinisk beslutning.



Figur 22 I hvilken grad opplever du at pakkeforløp fører til bedre struktur i pasientforløpene?

Figur 22 viser at mellom 40 og 70 prosent av de ansatte er positive til at pakkeforløp fører til bedre struktur i pasientforløpene. Totalt svarer 48 prosent at de i noen eller stor grad opplever dette. Ansatte ved døgnenheter i psykisk helsevern for voksne oppgir dette i noe mindre grad enn resten.



Figur 23 I hvilken grad opplever du at pakkeforløp fører til et mer effektivt system til det beste for pasientene?

Mens relativt mange er positive til at pakkeforløp gir bedre struktur, mener færre at det fører til et mer effektivt system som er til det beste for pasientene. Totalt svarer 22 prosent at de er positive til dette. Ansatte ved TSB døgnenheter er mest positive til dette. Her oppgir 44 prosent at de i noen grad er enige mens åtte prosent i stor grad er enig i dette.

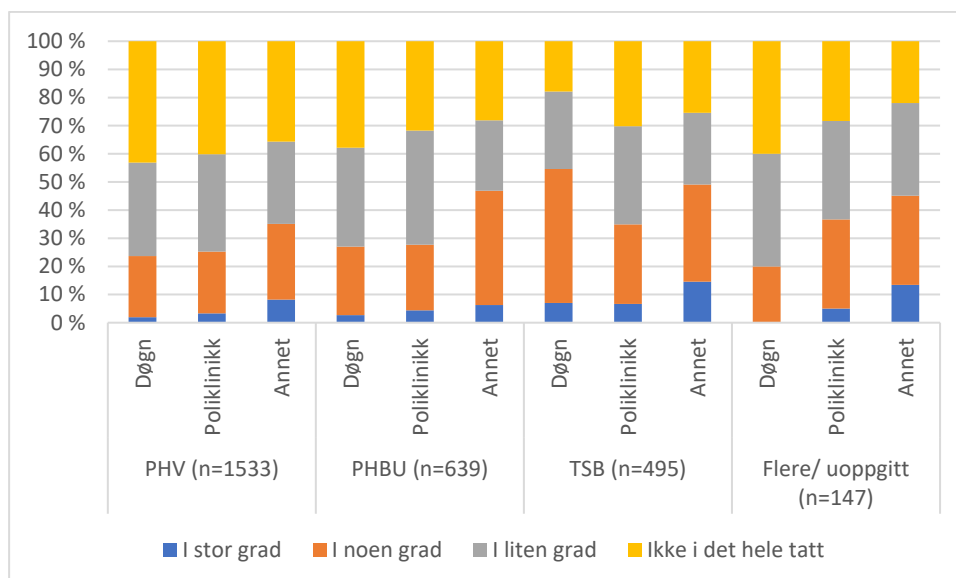
Ledere er mer positive til at pakkeforløp har ført til et mer effektivt system til det beste for pasientene enn det behandlerne er. Forskjellen er signifikant, og gjelder både i PHV, PHBU og TSB, og både i poliklinikk og døgnenheter.

En av respondentene som svarte på det åpne fritekstspørsmålet diskuterer det positive med bedre struktur tidlig i forløpet under utredning, men peker på kapasitetspress, og på at pågangen av nye pasienter er så stor at det tar tid å komme i gang med behandling. Denne diskusjonen kjenner vi godt igjen fra intervjuene i den kvalitative studien.

Dette er nok bra for pasientane som får eit likare tilbod og i større grad får strukturert utgreiing tidleg. Ein må i større grad møte pasienten hyppig i starten, men problemet er at vi er i mangel på personell og fått totalt fleire tilvisingar enn før. Vanskeleg å gjere alle gode ting tidleg i kontakten når systemet er sprengt frå før. Det er krevjande å få det til når ein ikkje har nok kapasitet. På sikt vil det føre til betre behandling om ein fyller opp tett det som er meint. Problemet er at det stadig er stor pågang og vi strever med å fyller opp alle krav i pakkeforløp i mangel på tid.

En annen behandler illustrerer en hyppig nevnt problemstilling om at man må anerkjenne at det som blir målt og registrert i pakkeforløp, og kan fremstå som "gode resultater", ikke nødvendigvis må tas til inntekt for god pasientbehandling til det beste for pasienten:

Etter min mening er "gode resultater" på pakkeforløpene IKKE det samme som god pasientbehandling. Behandlerne blir ekstremt opptatt av å oppfylle irrelevante frister som overhodet ikke tar hensyn til helheten i pasientens sykdomsbilde. Det kan oppstå mye i en pasients liv og sykdomsforløp som gjør det vanskelig eller umulig å overholde fristene i pakkeforløpet, og dette mener jeg at må anerkjennes.



Figur 24 I hvilken grad opplever du at pakkeforløp fører til bedre faglig klinisk beslutning?

Totalt svarer 24 prosent av de ansatte at de i noen grad eller i stor grad opplever at pakkeforløp fører til bedre faglig klinisk beslutning mens 76 prosent svarer at dette oppleves i liten grad eller ikke i det hele tatt. Igjen er det flest innen TSB, døgn, som er svarer mest positivt.

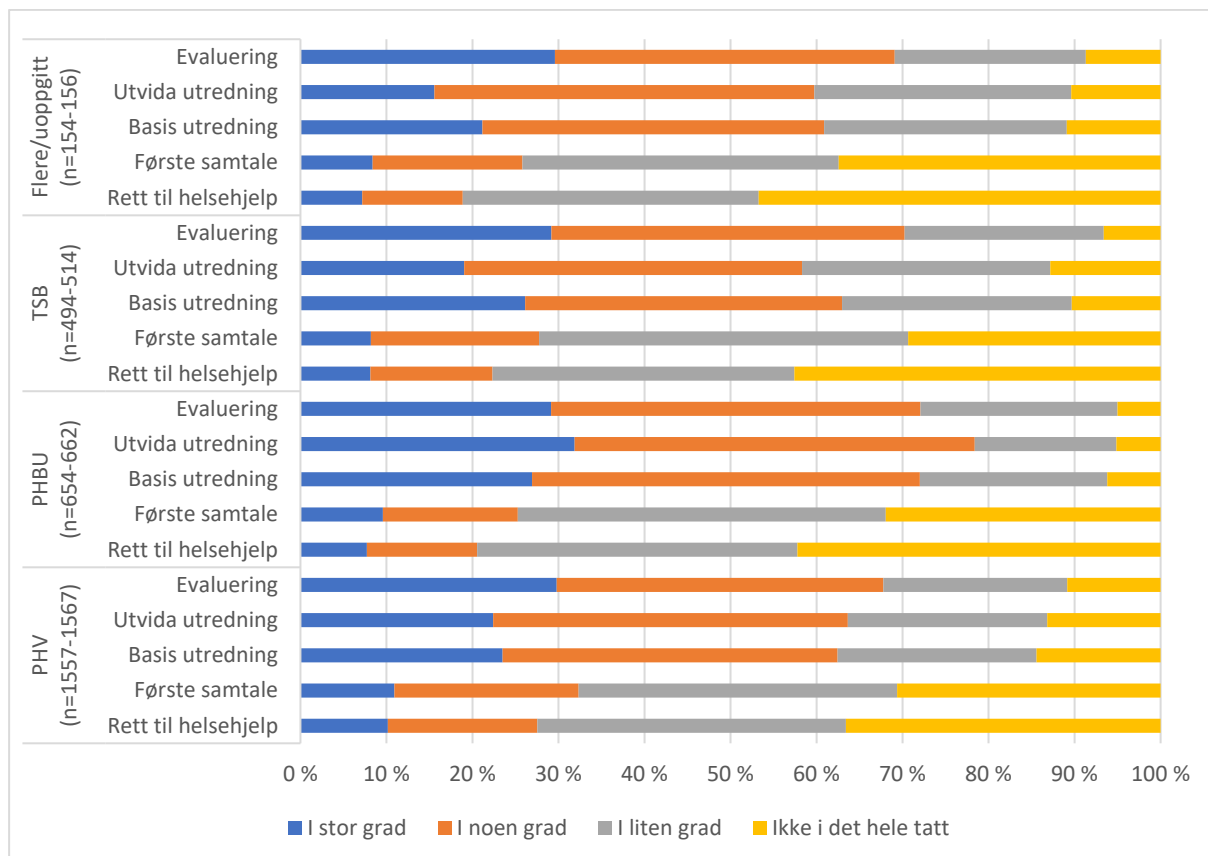
Ledere er mer positive til at pakkeforløp har ført til et bedre faglig klinisk beslutning enn det behandlerne er. Forskjellen er signifikant, og gjelder både i PHV, PHBU og TSB, og både i poliklinikk og døgnenheter.

Evaluering og feedback er et veldig hyppig nevnt tema i de åpne spørsmålene i skjemaet. Det flere av de som kommenterte noe på dette skrev, var at man ønsker seg sjeldnere evalueringspunkter og større fleksibilitet. En av respondentene i TSB beskriver at det blir kunstig å spørre om hva de synes om behandlingen, når de knapt har rukket å danne en relasjon til pasienten:

Evalueringstidspunkt (7 dager fra klinisk beslutning i TSB og 14 dager i psykisk helsevern) må utvides. Opplever ikke at det er hensiktsmessig å gjennomføre evaluering ("hva synes du om "behandlingen"?) når man mest sannsynlig har møtt pas 2-3 ganger. Pakkeforløp ber meg om å gjøre det jeg allerede gjør, men jeg må i tillegg registrere, overholde tidsfrister, spørre om irrelevante tema (jamfør evaluering), som av min erfaring ikke oppleves som passende for pas. De tre overnevnte punktene oppleves som mistillit til at jeg ikke kan gjøre jobben min. At jeg gjør en klinisk beslutning om "behov for behandling" resulterer ikke i at behandlingen blir bedre. Behandlingen er den samme, uavhengig av kodene i pakkeforløpet.

3.4.1.5 Er det problematisk å holde fristene i pakkeforløpet?

Vi ønsket å undersøke i hvilken grad de ansatte opplever at det er problematisk å holde fristene i følgende deler av pakkeforløpene: 1) Rett til helsehjelp, 2) Første samtale, 3) Basis utredning, 4) Utvida utredning, 5) Evaluering. I figuren under presenteres prosentandeler fordelt på PHV, PHBU, TSB og for de som oppgav å jobbe flere steder (eller ikke oppgav arbeidssted).



Figur 25 I hvilken grad opplever dere ved din enhet at det er problematisk å holde fristene i følgende deler av pakkeforløpene?

Fristene for rett til helsehjelp og første samtale rapporteres å være de minst problematiske fristene å forholde seg til. I underkant av ti prosent av respondentene i hvert av tjenesteområdene svarer at dette i stor grad er problematisk. Når det gjelder basis utredning svarer 25 prosent av respondentene at dette i stor grad er problematisk, og ytterligere 40 prosent at det i noen grad er problematisk. Frist for basis utredning rapporteres å være mer problematisk i PHBU (72 prosent) enn i PHV (63 prosent) og TSB (63 prosent). Når det gjelder utvida utredning er det en enda høyere andel som svarer at dette er problematisk i PHBU. Hele 79 prosent svarer at det i stor eller noen grad er problematisk. I PHV og TSB er tilsvarende andel på henholdsvis 63 og 58 prosent. Frister for evaluering oppgis å være problematisk fra 70 prosent av de ansatte. Her er det relativt små forskjeller mellom de ulike tjenesteområdene.

3.4.2 Resultater fra kvalitativ studie

3.4.2.1 Bekymring knyttet til tid brukt på utredning versus behandling

Pakkeforløp for psykisk helse og rus legger opp til en mer strukturert prosess knyttet til utredning enn det som har vært vanlig. Dette er en helt sentral strategi i pakkeforløp for å få ned unødig ventetid for pasientene. Dette skal føre til et kvalitativt bedre tjenestetilbud til pasientene. Vårt hovedinntrykk er at både behandlere og ledere opplever dette som det mest kontroversielle og vanskelige å forholde seg til rent faglig ved innføring av pakkeforløp.

Oppsummeringene fra de kvalitative intervjuene illustrerer sterke faglige bekymringer, og særlig gjelder dette ved poliklinikkene.

(Et intervju med teamledere fra poliklinikk PHV, akutteam og TSB) Basisutredning beskrives som svært hektisk, og at det ofte ender med utvidet utredning. På den ene siden er man fornøyd med at en har fått ned utredningstiden. De gjorde mye av de riktige tingene tidligere også, men det gikk mye lengre tid. På den annen side uttrykker flertallet at man ikke får gitt så god behandling som før – "det går ut over anamneseopptaket, samtalen og kontakten og kjennskapet til pasienten, de man synes man får når man kan sitte og snakke med de mer enn å snakke for å fylle ut et skjema". Flertallet mener at behandling blir skadelidende når man skal "være så effektive og ha så mye utredning på så kort tid". Dette mener man har vært en trend i lengre tid, noe som bekymrer, og at pasienter som en konsekvens kommer tidligere tilbake. "Vi er blitt noen utredningsmaskiner". "Det er etisk feil det man holder på med." De mener også at de som en konsekvens av tidsfristene får lite tid til å diskutere tverrfaglig på teammøtene. Lederen tar til orde for at seks uker i poliklinikk er som fire fordi man må ta høyde for at folk ikke møter, og at man selv er borte. Leder ved TSB uttrykker en annen holdning, og sier at hun opplever at de har gode tverrfaglige drøftinger i TSB-teamet og synes ikke det er så svart – hvitt at det ene utelukker det andre.

(En døgnetenhet i PHV) Behandlere opplever at tid til utredning går på bekostning av tid til videre behandling, men man mener at døgn og poliklinikk er ulike her. Noen kommer for utredningsopphold på døgn, men behandling på døgn er først og fremst miljøterapeutisk. Dette gjør at det ikke er så mye tid som går til registrering, sammenlignet med poliklinikken i samme hus. Ved nevnte poliklinikk er oppfatningen som oppsummert under.

(En poliklinikk i PHV) Pakkeforløp relateres mest til koding og kontroll av tidsfrister som gir stress. Rapporteringen av pakkeforløpsprosessene gjør at utredning og behandling tar mer tid. Det er ikke klart for dem hva som er de faglige begrunnelsene for pakkeforløp. Standardiseringen i pakkeforløpene kan oppleves feil i møtet med pasientene. Man tror at mange behandlere opplever dette som kontroll fra oven: "Her sitter vi fem stykker og opplever at dette har vi gjort fra før av, og så skal man sjekke og ikke ha tillitt til, og det er ikke en god følelse, det skaper mer en distanse mellom de som sitter der oppe og de som sitter her nede på en måte." Det er et stort samsvar mellom behandlergruppe og leders holdninger i enheten.

(En poliklinikk i PHBU) Det uttrykkes en positiv holdning til strukturen pakkeforløpet bringer med seg. På den andre side pekes det på at det faglige ikke alltid går sammen med pakkene, og at det dermed kan være en opplevelse av at pakkene styrer tiden. Det er størst frustrasjoner knyttet til utredningsfasen, med lite tid. I behandlingsfasen beskrives det at forandringene fra tidligere ikke er så store, bortsett fra å huske på at det skal evalueres på faste punkter. Lettere å finne en rød tråd og få oversikt over hva som faktisk er gjort. Et ankepunkt er at tillitsforholdet mellom pasient og behandler svekkes eller forsvinner ved innføringen av den nye ordningen, og at man dermed også mister muligheten til å fange opp andre aspekter. Man går potensielt glipp av mye informasjon fra pasientene.

3.4.3 Oppsummert om tidsbruk i pakkeforløp

Spørreundersøkelsen viser at nær 60 prosent av behandlerne rapporterer at tidsbruken er uendret både når det gjelder utredning og behandling. Det er færrest innen PHBU som oppgir at tidsbruken har endret seg. Blant de som opplever tidsbruken som endret svarer i alt 27 prosent at de bruker *mer* tid på utredning og 38 prosent at de bruker *mindre* tid på behandling. Halvparten mener det generelt brukes mindre tid til pasientene og ca. 80 prosent oppgir at de bruker mer tid på administrasjon. Behandlere i poliklinikkene oppgir dette i større grad enn døgnetenhetene

Når det gjelder arbeidsbelastning, svarer henholdsvis 90 prosent at de mener pakkeforløp fører til større arbeidsbelastning for behandlere og 73 prosent at det fører til større arbeidsbelastning for kontorfaglig personell. Et stort flertall, 88 prosent, opplever at pakkeforløp fører til negativt tidspress i behandlingssystemet. Arbeidsbelastning og negativt tidspress rapporteres i større grad blant behandlere i poliklinikker enn i døgnetheter.

Nesten halvparten av de ansatte er positive til at pakkeforløp fører til bedre *struktur* i pasientforløpene. Dette står likevel i sterk kontrast til oppfatningene av pakkeforløpets bidrag til effektivitet og faglighet. Mens en av fire ansatte mener pakkeforløp i noen grad fører til bedre faglig klinisk beslutning svarer tre av fire at dette oppleves i liten grad eller ikke i det hele tatt. Igjen er det flest innen TSB, døgn, som er positive til pakkeforløp.

Fristene for rett til helsehjelp og første samtale synes å være de minst problematiske fristene å forholde seg til, mens når det gjelder basis utredning svarte 65 prosent av respondentene på nasjonalt nivå at dette i stor eller noen grad er problematisk. Frist for både basis og utvida utredning ble rapportert å være mest problematisk i PHBU. Frister for evaluering oppgis å være problematisk fra 70 prosent av de ansatte på nasjonalt nivå. Her var det relativt lite forskjeller mellom de ulike tjenesteområdene.

Fra den *kvalitative undersøkelsen* finner vi at svært mange behandlere og ledere uttrykker alvorlige bekymringer og faglige dilemma knyttet til innføring av pakkeforløp. Kortere utredningstid vil trolig være en av de viktigste effektene av pakkeforløp for pasientene. Dette er i tråd med formålet, men mange behandlere er skeptiske til at dette er en god utvikling. Mange mener pakkeforløp legger opp til et kunstig skille mellom utredning og behandling med flere uheldige konsekvenser for tilbudet til pasientene. Det påpekes at tid til behandling går på bekostning av den tiden som går med for å gjøre alt som det legges opp til i forbindelse med utredning. Man tar til orde for at det er for mange oppgaver og skjema som er lagt til utredningsfasen, noe som gjør at man ikke får møtt pasienten på en god måte dersom man skal følge opp alt. "Vi er blitt noen utredningsmaskiner". Vårt hovedinntrykk er at både behandlere og ledere opplever dette som det mest kontroversielle og vanskelige å forholde seg til rent faglig ved innføring av pakkeforløp. Faren de ser for seg er at mer standardisering vil gi negative effekter på tilbudet til pasienter. Noen ser dette som en konsekvens allerede.

Det kvalitative materialet illustrerer også høyere press og stress knyttet til pakkeforløp ved poliklinikkene enn tilfellet er ved døgnenhetene. Når det gjelder forskjellene mellom psykisk helsevern og TSB er bekymringene mye mer uttrykt i psykisk helsevern, og virker både å være større og av mer faglig karakter. Inntrykket er at de tre tjenesteområdene i stor grad deler mange av de mer *praktiske* utfordringene som man møter i sine systemer. Rutinene i pakkeforløp i seg selv er også preget av startvansker mange steder fordi man har mange typer praktiske utfordringer. I første omgang oppstår det problemer med å holde seg innenfor frist for basis utredning for eksempel knyttet til turnus (i døgn), sykemeldinger, ferier etc. Videre til pasienter som bor langt unna, har lang reisevei, og gjerne ikke ønsker å komme til time så hyppig at det er mulig å gjennomføre utredningsperioden innen frist. Et annet problem er at man er avhengig av en tilgjengelig psykologspesialist for å få gjennomført for eksempel klinisk beslutning. Hovedproblemene rent praktisk det første året, synes likevel relatert til dårlig tilpassede registreringssystemer, noe vi kommer tilbake til i neste kapittel om implementering.

3.5 Implementering av pakkeforløp

Helsemyndighetene har utviklet pakkeforløpene for psykisk helse og rus gjennom en prosess med involvering av fagfolk og brukere fra hele landet. Pakkeforløpene ble presentert i nasjonal lanseringskonferanse og flere regionale lanserings- og implementeringskonferanser like før innføring, noe som også ble tilgjengeliggjort for alle ved at de ble kringkastet på nettet. Videre ble det av Helsedirektoratet gjennomført kurs i koding og registrering for de som skulle ha ansvaret for at dette ble gjort riktig, med deltakelse hovedsakelig av kontorfaglig personell og forløpskoordinatorer.

En vellykket implementering er i det grunnleggende avhengig av god informasjon om hva som er hensikten og målsettingene for de endringene som gjøres. Når det gjelder Pakkeforløp for psykisk helse og rus vil et bredt spekter av forhold måtte være på plass for å lykkes, fra det grunnleggende praktiske som et godt registreringssystem til faglige begrunnelser som et noenlunde samlet fagfelt føler representerer deres fag og visjoner.

I dette kapitlet presenterer vi først en kort teoretisk oversikt over kunnskap om implementering før vi gjennomgår resultater knyttet til tre tema som på hvert sitt vis kan ha hatt og fortsatt kan ha stor betydning i implementeringen av Pakkeforløp for psykisk helse og rus:

- Forløpskoordinatorrollen
- Registreringsarbeidet
- Holdninger hos fagfolkene

3.5.1 Kunnskap om implementering

Innføring av Pakkeforløp for psykisk helse og rus innebærer en omfattende endringsprosess, og berører institusjoner og enheter med flere tusen ansatte. I slike prosesser er implementering en egen utfordring. Med implementering forstår vi en helhetlig prosess som handler om å innføre og realisere nye tjenestetilbud, ny teknologi eller nye arbeidsmetoder, for å styrke kvaliteten på tjenestene til brukerne. Implementering sikres generelt gjennomført ved hjelp av en struktur med konkrete planer, aktiviteter og milepæler, og gjerne bistand fra et støtteapparat. Implementering innebærer ofte en langvarig prosess, og at en fullstendig "normalisering" av de endringer og tiltak det legges opp til vil gjerne først skje en tid etter at den formelle implementeringsperioden er over (May et al., 2009).

Det finnes en omfattende forskningslitteratur om implementering av tiltak og tjenester, og hvilke faktorer som bidrar til å fremme og hemme implementeringsprosesser. En godt gjennomført implementeringsprosess øker sannsynligheten for at intensjonene med et tiltak oppnås (Durlak & DuPre, 2008). Prosessen både fremmes og hemmes av en rekke interne og eksterne faktorer (Foss, Ruud Knutsen, Havrevold Henni, & Myrstad, 2017). Forankring og involvering av de ansatte i tjenestene er helt sentralt, og nye arbeidsmetoder og ny teknologi krever en helhetlig plan for kommunikasjon og opplæring, og at formålet med endringen blir kommunisert tydelig til tjenesteutøverne (se f.eks. (Lugtenberg, Zegers-van Schaick, Westert, & Burgers, 2009). Dessuten er brukerinvolvering sentralt, og dette gjelder ikke minst der nye tiltak og tjenester innføres i helse- og velferdssystemet. Det er viktig med et tydelig innbygger- / bruker- og pasientperspektiv.

Andre forhold på *individnivå* som generelt påvirker vil være knyttet til de ansattes (og lederes) erfaring, utdanningsbakgrunn og faglige interesser. Durlak og DuPre (Durlak & DuPre, 2008) fant at opplevd nytteverdi av en innovasjon, samt egen mestringstro og om man har faglige ferdigheter som er relevant for nye arbeidsmåter, har betydning for hvor lojalt ansatte støtter opp om en implementering. Flottorp and Aakhus (2013) påpeker at systemene for å sikre at helsetjenester er basert på den beste tilgjengelige kunnskapen ikke er god nok. Ifølge Pfeffer og Sutton (1999) er det en egen utfordring å oversette kunnskap til handlinger som er forenlig med kunnskapen; "the doing-knowing problem". Vi vet at passiv spredning av retningslinjer og tradisjonell undervisning har liten effekt på praksis, mens mer aktive intervensjoner har større effekt (Bero et al., 1998).

Implementering krever også at det bygges opp en *organisatorisk kapasitet*, som gir handlingsrom til å prioritere og følge opp de aktiviteter som skal bidra til at et nytt tjenestetilbud iverksettes (jf. Durlak and DuPre (2008). Eksempler på forhold på organisasjonsnivå kan være hvilke faglige perspektiver som dominerer på arbeidsplassen og hvordan arbeidskulturen og arbeidsmiljøet er. En arbeidsplass kjennetegnet av høy tillit, samarbeid og involvering vil ha større sjanse for å lykkes med innføring av nye tiltak/tjenester enn en som ikke har det. Innovasjonsklimaet i en organisasjon er også relevant. Innovative organisasjoner er kjennetegnet av en atmosfære der det er lov å prøve ut nye arbeidsmetoder og tilnærminger, uten å være redd for å mislykkes (Durlak & DuPre, 2008).

Ytre forhold/materielle forhold vil også påvirke en implementeringsprosess, eksempelvis forhold knyttet til økonomi og budsjett, og til bygg, eksempelvis hvordan institusjoner ut fra de bygningsmessige rammene fremmer eller hemmer institusjonenes målsettinger.

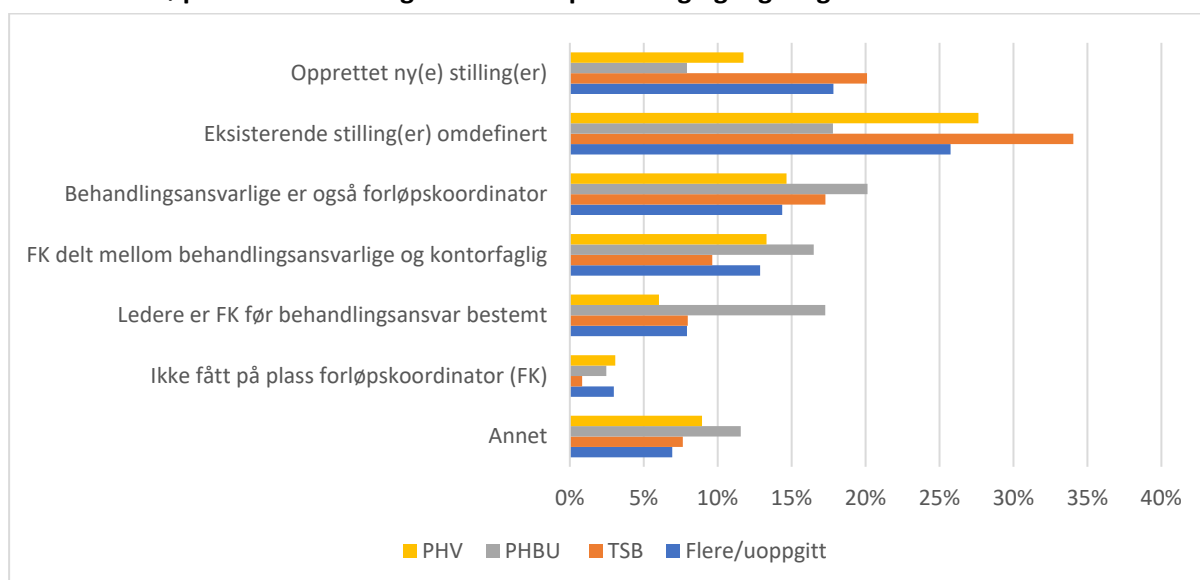
3.5.2 Organisering og nytte av forløpskoordinatorrollen

Forløpskoordinatorerne var tenkt som pakkeforløpenes viktigste "verktøy" for samhandling og koordinering. Disse skulle være helt sentrale fordi de skulle ha delegert ansvar for og myndighet til å sikre sammenhengende pasientforløp og oppfølging uten unødig ventetid. Virksomheten bestemmer selv hvor forløpskoordinatorerne skal være forankret og hvem som skal ha denne rollen. Det er interessant hvordan dette løses, og i hvilken grad det varierer mellom virksomheter og helseforetakene hvordan forløpskoordinatorerne utøver sin rolle, hvordan de brukes av annet helsepersonell og av pasienter/pårørende. Videre i hvilken grad de orienterer arbeidet sitt internt i organisasjonen og mot pasienter/pårørende.

Følgende spørsmål belyses:

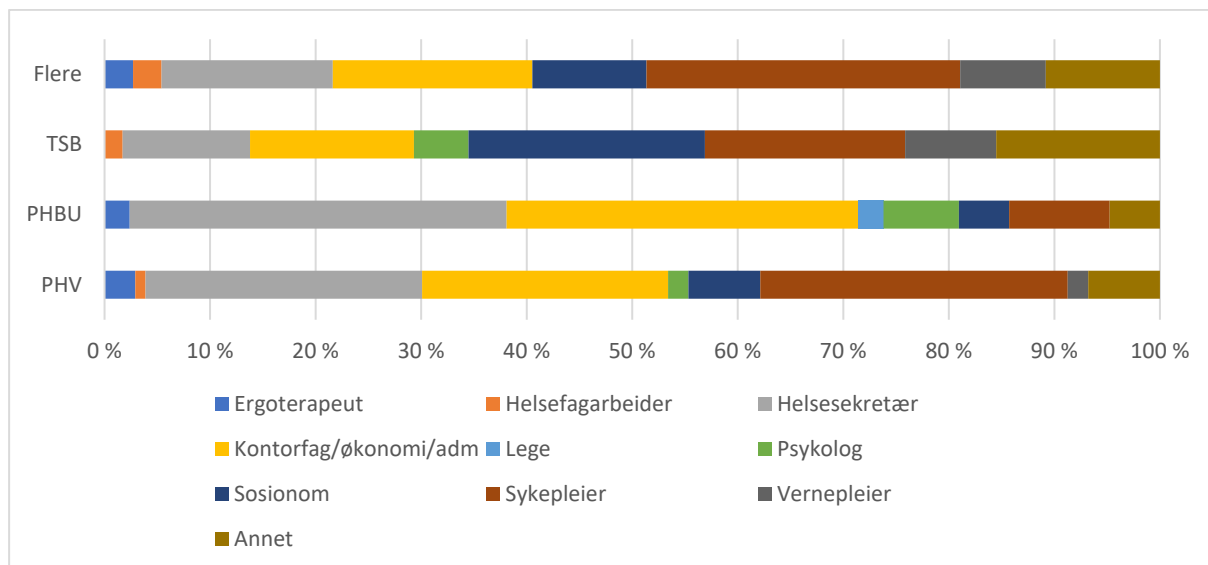
1. Hvordan har man valgt å organisere forløpskoordinatorrollen?
2. Hvilken fagbakgrunn har forløpskoordinator?
3. Hva er forløpskoordinator sine oppgaver?
4. Hva er behandlers og leders vurdering av nytten ved forløpskoordinatorrollen?

3.5.2.1 Forløpskoordinators organisatoriske plassering og fagbakgrunn



Figur 26 Hvordan har man valgt å organisere forløpskoordinatorrollen ved enheten? (n=3431)

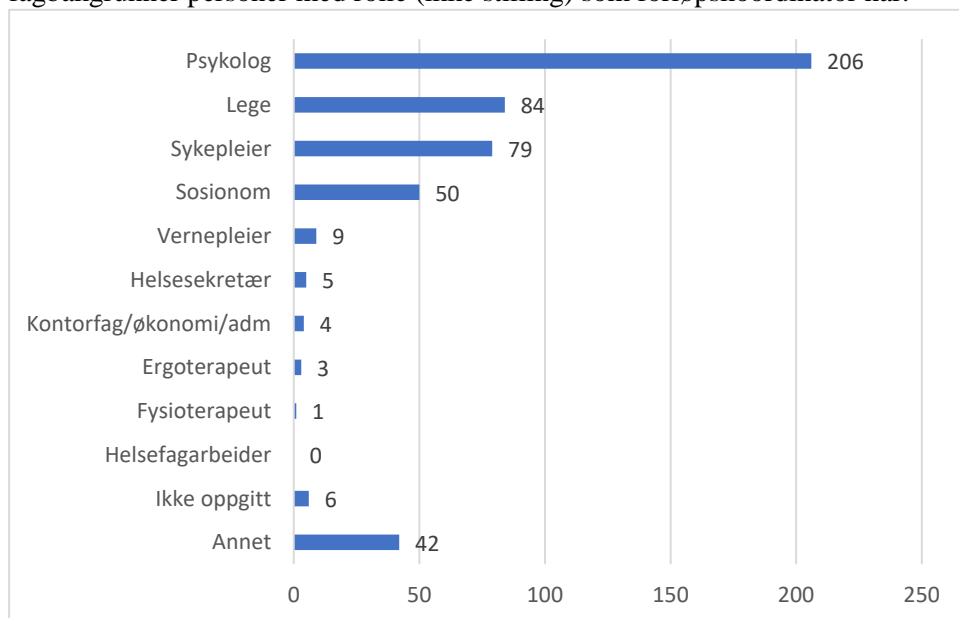
Når det gjelder forløpskoordinatorstillinger oppgir totalt 26 prosent at de ved deres enhet har omgjort eksisterende stilling(er) mens 13 prosent oppgir at det har blitt opprettet ny(e) stilling(er) som forløpskoordinator. Det er litt flere ved TSB som oppgir at de har opprettet nye stillinger enn ved psykisk helsevern. 16 prosent oppgir at alle behandlingsansvarlige også er forløpskoordinator, flest innen PHBU. Videre er det 13 prosent som oppgir at forløpskoordinatorrollen er delt mellom behandlingsansvarlige og kontorfaglig personell. Flest innen PHBU oppgir dette. Litt færre, 9 prosent oppgir at ledere er forløpskoordinator før behandlingsansvar er bestemt. Det er flest i PHBU som oppgir dette. Tre prosent oppgir at de ikke har fått på plass forløpskoordinator. I tillegg svarer 15 prosent at de ikke vet hvordan forløpskoordinators organisatoriske plassering er (ikke med i figuren).



Figur 27 Hvilken fagbakgrunn har de som er forløpskoordinator som hovedstilling? (n=240)

I psykisk helsevern er flest forløpskoordinatorer sykepleier (29 prosent), eller helsesekretær (26 prosent) eller kontorfaglig (23 prosent). I PHBU er det flest helsesekretærer eller med kontorfaglig bakgrunn som er forløpskoordinatorer, totalt 69 prosent. I TSB er det flest sosionomer og sykepleiere som er forløpskoordinatorer, totalt vel 40 prosent, mens 27 prosent er enten kontorfaglig eller helsesekretær.

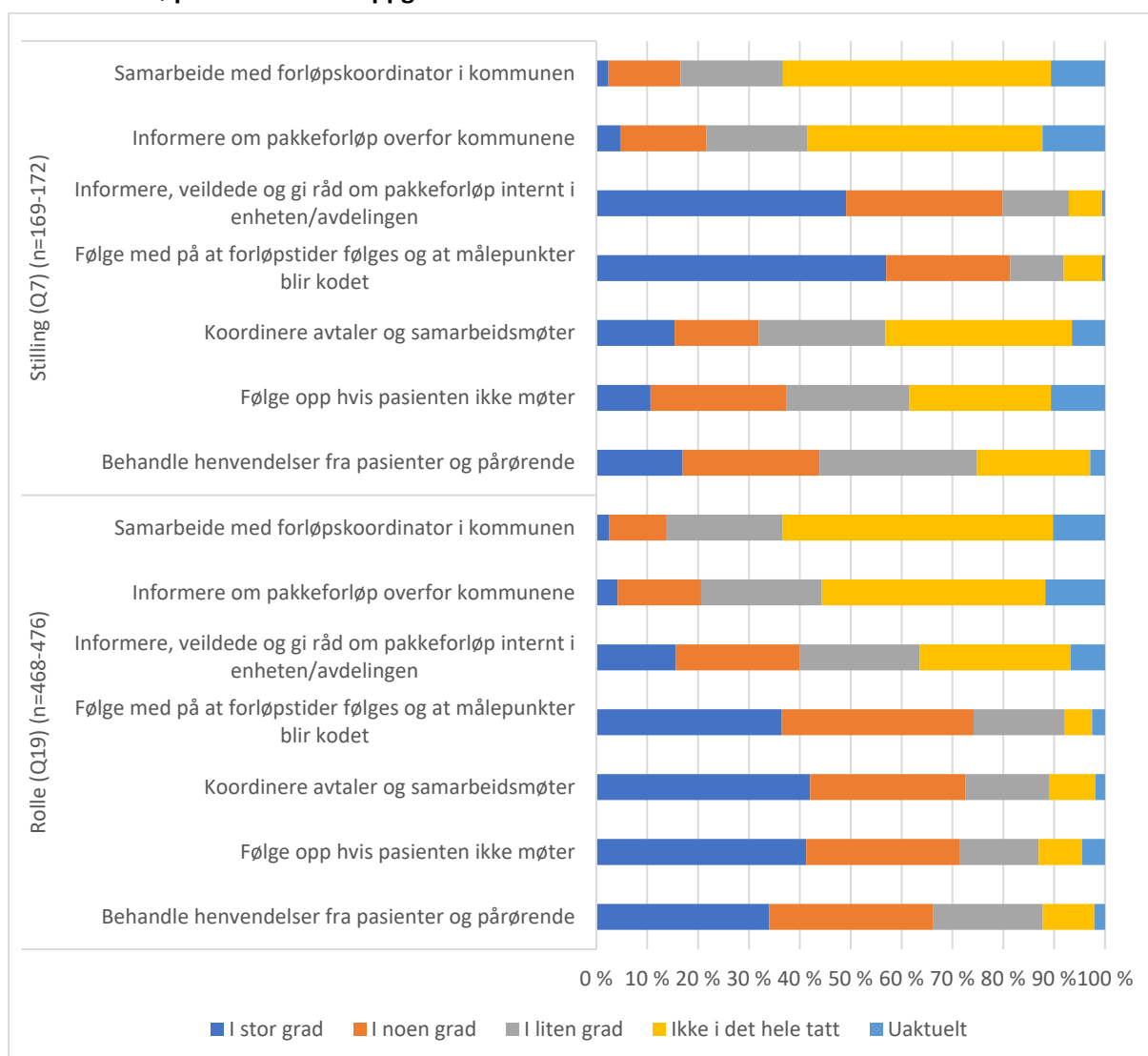
Det varierer om man har ansatt noen i stilling som forløpskoordinator. Alternativt har noen en rolle som forløpskoordinator. Noen steder definerer de at leder har rolle som forløpskoordinator inntil pasienten har fått en behandler. Da er det behandler som har forløpskoordinatoransvaret. Det er 489 personer i datamaterialet som har svart at de har en rolle som forløpskoordinator. Figuren under viser hvilke fagbakgrunner personer med rolle (ikke stilling) som forløpskoordinator har.



Figur 28 Fagbakgrunn hos de som har en rolle (ikke stilling) som forløpskoordinator (n=489).

Det er flest psykologer, 206 blant de 489 personene som oppgir at de har en rolle som forløpskoordinator. Videre er det 84 leger og 79 sykepleiere og 50 sosionomer. Ni er vernepleiere, tre er ergoterapeut og en er fysioterapeut. Det er veldig få helsesekretærer og kontorfaglige som svarer at de har en rolle som forløpskoordinator. Vi så i figur 26 at det var en stor andel av disse faggruppene som hadde stilling som forløpskoordinator.

3.5.2.2 Forløpskoordinators oppgaver

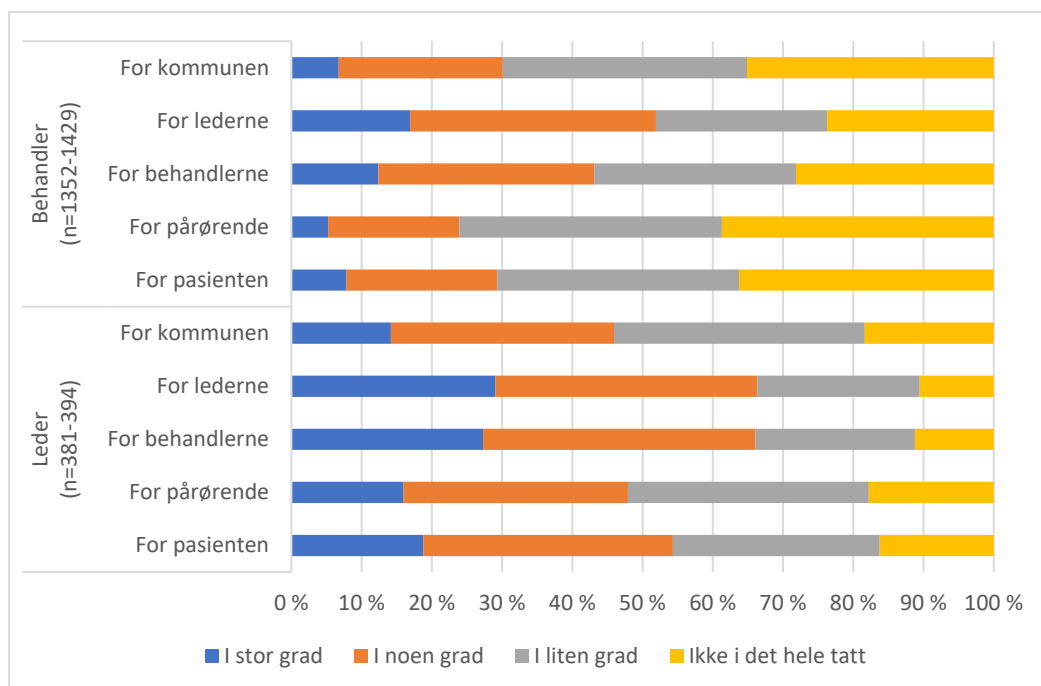


Figur 29 Hvilke oppgaver bruker forløpskoordinator tid på? Svar fra henholdsvis de som har hovedstilling som forløpskoordinator og de som har rolle som forløpskoordinator (evt temporært i pasienters forløp).

Det som skiller forløpskoordinator som har det som hovedstilling fra de som har det som rolle, er at førstnevnte har det som en av sine viktigste oppgaver å informere, veilede og gi råd om pakkeforløp internt i enheten/avdelingen. Videre at disse, i hovedsak kontorfaglig personell og helsesekretær, i mindre grad tar seg av koordinering av avtaler og samarbeidsmøter, oppfølging dersom pasient ikke møter eller behandler henvendelser fra pasienter og pårørende enn tilfelle er med dem som har annen hovedstilling.

3.5.2.3 Nyten av forløpskoordinatorrollen

Behandler og leder ble spurt i hvilken grad de oppfatter forløpskoordinatorrollen som nyttig for de ulike sentrale aktørene i behandlingssystemet.



Figur 30 I hvilken grad oppfatter behandler og leder forløpskoordinatorrollen som nyttig?

Generelt er det en stor andel av behandlere og ledere som svarer at forløpskoordinatorrollen i liten grad eller ikke i det hele tatt er nyttig, og andelen er større blant behandlere enn blant ledere. Behandlerne oppfatter forløpskoordinatorrollen som mest nyttig for ledere. Litt over halvparten av behandlerne svarer at rollen i noen eller stor grad er nyttig for *ledere*. Litt færre, 42 prosent av behandlerne, oppfatter den som i stor eller noen grad nyttig for *behandlerne*. En vesentlig større andel av lederne, 75 prosent, oppfatter forløpskoordinatorrollen i stor grad eller noen grad som nyttig henholdsvis for seg selv og for behandlerne. Mens om lag 30 prosent av behandlere vurderer rollen som i noen eller stor grad nyttig for *pasienten*, vurderer 54 prosent av lederne tilsvarende. Litt færre både blant behandlere og ledere mener rollen er nyttig for *pårørende*.

I de åpne fritekstsvarene som omhandler hva respondentene ønsker endret på, kom det ikke så mange kommentarer om pakkeforløpskoordinator, men de som kom tyder på at det fortsatt er forvirring knyttet til hvordan denne rollen kan kaste best av seg, hvor forløpskoordinatorrollen bør ligge. Flere etterspør forløpskoordinator både på individ- og systemnivå i spesialisthelsetjenesten, flere forløpskoordinatorer blant kontorfaglige og ikke minst flere forløpskoordinatorer i kommunen. Kontakt mellom forløpskoordinatorer i spesialist- og kommunehelsetjeneste ses som en sentral oppgave, men som ikke synes å ha blitt operasjonalisert fullt ut i mange kommuner foreløpig:

Forløpskoordinator-rollen burde vært mer nært klinikken/pasienten hvis rollen skal fungere etter intensjonen. Ut fra beskrivelsen av rollen fra Helsedirektoratet er funksjonen blandet med system- og individrelaterte oppgaver. Det burde være en forløpskoordinator på systemnivå og en forløpskoordinator på individnivå.

Per nå starter pakkeforløpene når de henvises spesialisthelsetjenesten og avsluttes når vi avslutter. Det finnes ingen pakkeforløp i kommunen og ingen pakkeforløpskoordinatorer. Hvis pakkeforløpene skal føre til bedre samhandling og mer helhetlige tjenester må de også inkludere det kommunale hjelpeapparatet.

3.5.2.4 Resultater fra kvalitativ studie

Fra gruppeintervjuene med behandlere ved 18 behandlingssenheter er inntrykket at det fins svært ulike løsninger på hvordan man velger å organisere forløpskoordinator. Videre er det et inntrykk at det blant

behandlere er en del forvirring om forløpskoordinatorrollen, både hvem som er det og hvilke oppgaver vedkommende har, og hva man kan bruke vedkommende til. Noen steder uttrykkes det også at man ikke helt ser poenget. Flere steder dekkes også forløpskoordinatorrollen av personer som ikke har det som stilling, men gjør det som en del av sin stilling enten som leder, behandler eller kontorfaglig. Andre steder har man utviklet forløpskoordinatorer som har en veldig tydelig rolle, for eksempel som eksperter på det som handler om koding og registrering.

(En døgnetenhet i TSB) Personalet kjenner ikke til hvem som er forløpskoordinator. De har forløpskoordinator på avdelingsnivå og seksjonsnivå. På avdelingsnivå er forløpskoordinator ansatt ved vurderingsinstansen for rusbehandling, som administrativt personale som gjør forberedelse til vurderingsmøter, og deltar i vurderingsmøter, og etterarbeid. Det er uklart hvem forløpskoordinator på seksjonsnivå er, og hva denne gjør. Det er ikke en person knyttet til denne enheten.

(En poliklinikk i PHV) Det er litt uklart hva som legges i begrepet forløpskoordinator; om det er hver enkelt behandler eller en mer overordnet rolle. En person er ansatt som kvalitetsrådgiver, i tillegg til å ha blitt tildelt en funksjon som forløpskoordinator for hele avdelingen. Vedkommende er med i en forløpsgruppe med andre ledere, blant annet fra merkantil side. Det snakkes i tillegg om at behandlere oppfatter seg selv som forløpskoordinatorer for sine pasienter som en måte å holde oversikt over dem på.

(En døgnetenhet i PHBU) Har tre personer fordelt på deltidsstillinger som har ansvar for koding. De har estimert at de egentlig trenger seks pakkeforløpskoordinatorstillinger, hvis de sammenlikner med pakkeforløp for kreft. Sier at forløpskoordinatorrollen består av folk fra tre områder – leder, behandler og kontor, som skal gjøre biter av forløpskoordinering i et pakkeforløp. Må få helheten til å henge sammen, foreløpig har de litt å gå på og pakkeforløpet kan bli skrudd tettere sammen rundt pasienten. Forløpskoordinering handler mye om logistikk, og det gjorde kontor mye fra før. De mener det trenger ikke være en spesiell yrkesgruppe, det handler heller om personlig egnethet ved at man er god til å snakke med folk. De mener at ideelt sett skulle alle som jobber på kontor ha vært forløpskoordinator, for de sitter uansett i tett dialog med både behandlere og pasienter. Ser ikke for seg at forløpskoordinator kan gå inn og planlegge alle samarbeidsmøter med kommunen, men kanskje være en ekstra ressurs i forhold til de komplekse pasientforløpene, der det trengs mer hyppig kontakt mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene.

(Flere enheter i ett HF, PHV og TSB) De har en forløpskoordinator som sitter i stab høyere opp i organisasjonen. Det varierer hvor mye kontakt lederne og behandlerne i de ulike enhetene har, og ifølge forløpskoordinator selv skyldes dette skepsis til pakkeforløp eller ikke hos lederne. De som er skeptiske er usikre på hva som er hennes oppgaver. Inntrykket er at det ikke har vært en telefon enda, og det er dem telefonene blir satt over til. Ledergruppen/teamlederne sier de har ikke mye kontakt, og det er ikke stor klarhet blant lederne hva som er forløpskoordinatorers oppgaver. I intervju med forløpskoordinator selv, beskrives rollen inngående.

3.5.2.5 Oppsummering – forløpskoordinatorers rolle

I forbindelse med opprettelse av stilling til forløpskoordinator oppgir en fjerdedel at eksisterende stilling(er) er omdefinert og 13 prosent at det er opprettet ny(e) stillinger som forløpskoordinator. Alternativt har noen en rolle som forløpskoordinator i systemet, uten at det er definert som forløpskoordinatorstilling.

I psykisk helsevern er flest forløpskoordinatorer som har dette som hovedstilling sykepleier (29 prosent), eller helsesekretær (26 prosent) eller kontorfaglig (23 prosent). I PHBU er det flest helsesekretærer eller med kontorfaglig bakgrunn som er forløpskoordinatorer, totalt 69 prosent. I TSB er det flest sosionomer og sykepleiere som er forløpskoordinatorer (ca 40 prosent), mens 27 prosent er enten kontorfaglig eller helsesekretær.

Det er flest psykologer blant de som oppgir at de har en *rolle* som forløpskoordinator, dernest leger eller sykepleiere eller sosionomer. Det er veldig få helsesekretærer og kontorfaglige som svarer at de har en rolle som forløpskoordinator. Det som skiller forløpskoordinator som har det som hovedstilling fra de som har det som rolle, er at førstnevnte har det som en viktigste oppgave å informere, veilede og gi råd om pakkeforløp internt i enheten/avdelingen.

Generelt er det en overraskende stor andel av behandlere og ledere som svarer at forløpskoordinatorrollen i liten grad eller ikke i det hele tatt er nyttig, og andelen er større blant behandlere enn blant ledere. Det virker som det fortsatt hersker noe forvirring knyttet til hvordan denne rollen kan kaste best av seg, og hvor forløpskoordinatorrollen bør ligge.

Den kvalitative studien viser et svært mangfoldig bilde av forløpskoordinators organisering, bakgrunn og rolle. Noen steder er forløpskoordinator såpass fjern fra praksisfeltet både ved organisatorisk og geografisk plassering, og også når det gjelder oppgaver, at det ikke er overraskende at seksjonsleder og behandlere ikke finner stor nytte i den. Enkelte steder har imidlertid forløpskoordinator tatt en svært tydelig rolle som en hjelper i de administrative rutineene knyttet til koding og registrering. I disse tilfellene utvikler vedkommende en rolle som ekspert eller superbruker, og blir mer eller mindre uunnværlig for behandlere og ledere. Det fins også eksempler på forløpskoordinatorer med kompetanse knyttet til behandling av data som er registrert, og som dermed kan ta ut data for framstilling av status i avdelingen/enheten.

3.5.3 Hovedproblemer knyttet til registreringsarbeidet

Ifølge Helsedirektoratet er formålet med koding av pakkeforløp å kunne følge med på om målsetningene med pakkeforløpene nås, og å gi behandlere og institusjoner mulighet til å følge med på egen utvikling på de indikatorer som måles. Det presiseres at god og riktig rapportering av koder er sentralt for at lokalt ansvarlige, beslutningstakere, sentrale helsemyndigheter, politikere og befolkningen skal kunne følge med på om helsetjenesten oppfyller de krav som stilles til den, og om innføring av pakkeforløp gir de ønskede endringene. Forløpstider og innhold i registrering av koder er grundig beskrevet på Helsedirektoratets nettsider.

Ved introduksjon av pakkeforløpene ble det lovet at institusjonene skulle få månedlige resultatrapporter på relevante indikatorer for å kunne følge med på sine egne resultater. Tre ganger i året skal også relevante indikatorer publiseres offentlig på helsenorge.no.

Det tok tid å komme i gang med rapporteringene, og de ulike helseregionene har hatt ulik framdrift. Ifølge Helsedirektoratet har det vært en del systemspesifikke problemer i rapporteringen, og det mangler mye data, særlig fra Helse Vest og Helse Nord. Per høst 2019 mottar enhetene i Helse Midt-Norge månedlige tilbakemeldinger på registreringer. Disse "rapportene" kommer som råfiler til tjenestene, og må, ifølge ansatte i tjenestene, bearbeides mye før de gir nyttig informasjon. På sikt skal også relevante indikatorer publiseres offentlig på helsenorge.no, men på grunn av forsinkelser med kodingen i DIPS Arena i Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord, er disse tallene foreløpig forsinket.

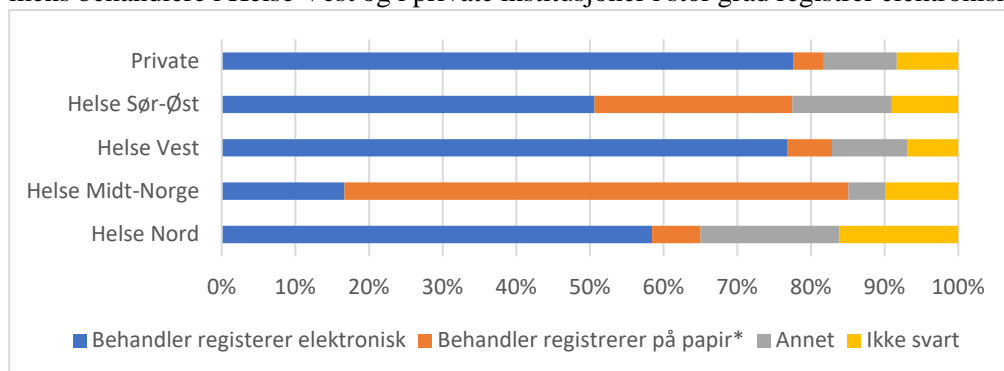
I spørreundersøkelsen stilte vi følgende spørsmål knyttet til registrering:

1. Hvordan registreres pakkeforløpskodene ved deres enhet per i dag?
2. Er de ansatte fornøyd med måten pakkeforløpskodene registreres på per i dag?
3. Bruker de mer eller mindre tid på registreringsarbeid etter innføring av pakkeforløp?

3.5.3.1 Registreringspraksis

Basert på erfaringene vi gjorde i den kvalitative studien vet vi at det finnes mange ulike varianter av registreringspraksis ute i tjenestene, og at graden av involvering fra hhv. behandlere og kontorfaglig personell varierer. Vi intervjuet også ansatte i avdelinger der kontorfaglig personell gjør omtrent all kodejobb, basert på det de finner av dokumenter i det elektroniske journalsystemet. Det vanligste er likevel at behandlerne registrerer kodene selv elektronisk, eller at behandlere registrerer kodene på papirskjema/"behandlerlapp" e.l, og at kontorfaglig personell legger dette inn i det elektroniske systemet

for pakkeforløpskodning. Av ca. 3100 respondenter som besvarte spørsmålet om registreringspraksis, svarer 60 prosent at behandler registrer kodene elektronisk. 27 prosent svarer at behandler registrerer kodene på papir, og at kontorfaglig personell puncher dette i det elektroniske systemet, mens 13 prosent oppgir andre varianter. Figuren under illustrerer forskjeller mellom helseregionene i registreringspraksis, der vi ser at papirregistrering er vanligst i Helse Midt-Norge og i Helse Sør-Øst, mens behandlere i Helse Vest og i private institusjoner i stor grad registrer elektronisk (nær 80 prosent):

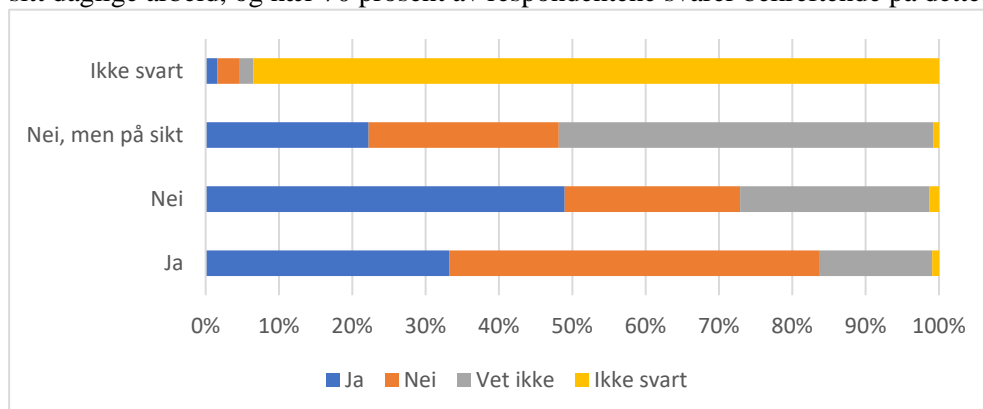


* På papirskjema eller behandlerlapp e.l., som så legges inn elektronisk av kontorfaglig personell

Figur 31 Hvordan registreres pakkeforløpskodene ved deres enhet per i dag? (n=3431)

På spørsmål om de ansatte er fornøyd med måten pakkeforløpskodene registreres på per i dag, svarer totalt 45 prosent av 3112 ansatte at de ikke er fornøyd, 36 prosent at de er fornøyd, mens 19 prosent svarer "vet ikke". Det er høyest andel fornøyd hos de private institusjonene og i Helse Midt-Norge, mens Helse Vest har den høyeste andelen ansatte som er misfornøyd. Det er ikke store forskjeller mellom poliklinikker og døgnavdelinger, og heller ikke mellom PHV og PHBU, men TSB skiller seg ut som gjennomgående mer positive. Nær 47 prosent i TSB er fornøyd.

Vi undersøkte også om den enkelte respondent selv hadde ansvar for registrering/pakkeforløpskodning i sitt daglige arbeid, og nær 70 prosent av respondentene svarer bekreftende på dette.



Figur 32 Sammenhengen mellom spørsmål om pakkeforløpskodning inngår i respondentens arbeid (Ja, Nei, Nei, men på sikt) og om man er fornøyd med måten man registrerer pakkeforløp på per i dag (Ja, Nei, Vet ikke) (n=3431)

I figur 32 har vi sammenstilt svarene til de som enten svarer "Ja", "Nei", "Nei, men på sikt" på om de har ansvar for registrering, og hvor fornøyd de er med registreringspraksis. Halvparten av de som svarer at de ikke driver med koding selv (og heller ikke har planer om å gjøre det på sikt) er fornøyd med registreringspraksisen. Blant de som driver med koding selv, er bare én tredjedel fornøyd.

Resultatet viste også at hele 94 prosent av respondentene svarer at de bruker *mer tid* på registreringsarbeid etter innføring av pakkeforløp, seks prosent svarer at de bruker like mye tid som tidligere, mens kun ti av 2340 personer skriver at de bruker mindre tid på koding etter innføringen av pakkeforløp. På spørsmålet "Omtrent hvor mye mer tid bruker du nå på registreringsarbeid knyttet til

pakkeforløp per uke, sammenlignet med før innføringen?" svarer nesten halvparten (46 prosent) av 1724 behandlerne at de bruker 1-2 timer per uke mer på registreringsarbeid. 36 prosent av behandlerne svarer at de bruker mindre enn én time ekstra på registreringsarbeid, mens 14 prosent bruker 3-4 timer ekstra per uke.

3.5.3.2 Beskrivelse av store problemer knyttet til koding og registrering

I fritekstspørsmålet til slutt i spørreundersøkelsen spurte vi hva respondentene mener trenger å endres i pakkeforløpene, basert på erfaringene de har hatt med pakkeforløp så langt. Over halvparten av de nær 1500 fritekstsvarene med forslag til endringer handlet om koding og registrering. Det er ingen tvil om at forsinkede og lite velfungerende datasystemer har påvirket implementeringen av pakkeforløp negativt, og bidrar til at selve registreringsjobben skaper mer frustrasjon og stress hos både ledere, behandlere og kontorpersonell enn den hadde behøvd å gjøre. Det er en unison tilbakemelding fra feltet om at man er misfornøyd med de elektroniske systemene for registrering av pakkeforløpskoder, særlig fra de regionene som har, eller skal få, DIPS Arena. Det kommer også kritiske kommentarer om koding og tidsbruk fra Helse Midt-Norge, som ikke har DIPS, og der mye av registreringen på behandlernivå foreløpig synes å foregå på papirskjema, mens kontorfaglig personell puncher det inn i registreringssystemet eSP.

Fra alle regioner og på tvers av tjenesteområder beskrives systemer som ikke snakker sammen, som krever separate innlogginger i ulike system, systemer som "henger" for lenge ("som internett på 90-tallet", som en skriver), og om manglende opplæring og stor usikkerhet knyttet til kodingen. De ansatte er bekymret for dårlig datakvalitet pga. for stor grad av skjønnsutøvelse i kodingen både blant behandlere og kontorfaglig personell. Det er også mange som gir tilbakemelding om dobbel- og trippelregistrering av informasjon mellom journalsystem, pakkeforløpskodesystem og nye pakkeforløpsdokumenter som skal opprettes og sendes til samarbeidende instanser. Flere nevner hyppig bruk av "klipp og lim" mellom dokumenter og systemer, noe som oppleves frustrerende og som bortkastet tid. De elektroniske systemene for registrering må utvikles og forbedres så fort som mulig, slik at de blir en støtte og ikke en belastning for behandlere og kontorpersonell. Det kommer også tilbakemeldinger om at rekkefølgen kodingen må gjøres i for at pakkeforløpet skal følges, er for rigid og må gjøres mer fleksibel. Det er dessuten et generelt ønske om færre koder å forholde seg til, og færre dokumenter.

Det kom også mange tilbakemeldinger fra behandlere som ønsker at kontorfaglig personell må på banen å få større ansvar for koding, i alle fall inntil velfungerende registreringssystemer er på plass. Mens det i den kvalitative studien var mer blandede tilbakemeldinger om hvem som skulle ta hovedansvaret for koding, var det i fritekstspørsmålet, der nesten 1500 ansatte svarte, en stor overvekt av kommentarer fra behandlere som ønsket mer støtte fra kontorfaglig personell til kodingen. Det vil bli interessant å følge utviklingen her, da optimalisering av registrerings- og journalsystemer nok kunne bøte en del på dette behovet. Et dilemma som diskuteres av flere når det gjelder fordeling av registreringsbyrde behandler vs. kontorfaglig, både i spørreundersøkelsen og i de kvalitative intervjuene, er utfordringen med å få til effektiv kommunikasjon mellom behandlere og kontorfaglig personell om hva som skal kodes, og risikoen for å miste verdifull informasjon i denne overgangen. I de enhetene vi har intervjuet der kontorfaglig personell gjør en stor del av kodejobben, kommer det fram at kontor må bruke mye tid på å skaffe informasjon fra behandlere, og/eller kontorpersonell gjennomgår dokumentasjon og gjør egne vurderinger av hvordan det skal kodes.

Et kritisk punkt som går igjen i tilbakemeldingene fra både behandlere og kontorfaglig personell er ønsket om et elektronisk meldesystem med automatiske påminnelser som sier ifra om kommende frister i pakkeforløpet og fristbrudd. I påvente av et slikt system er realiteten per i dag at behandlere oppretter egne "skyggeregnskap" og parallelle oversikter, enten i papirform eller typisk i tabeller i Excel/Word, over sine egne pasienters frister. I tillegg til at dette virker ineffektivt og som et skritt tilbake (manuell oppdatering kreves) og tar kostbar tid, stilles det også spørsmålstegn ved pasientsikkerheten når direkte eller indirekte identifiserbare pasientopplysninger nedtegnes i private avtalebøker og dokumenter. Det er også enkelte som uttaler at selve registreringssystemet for pakkeforløp i DIPS Arena gjør at

taushetsplikten brytes, da behandlere kan ha tilgang til lister med pasientnavn og behandlingssted som de ikke trenger/skal ha tilgang til. Dette er noe personvernombudene ved helseforetakene bør prioritere å undersøke nærmere.

Videre er det stort ønske om et kodesystem som tar hensyn til situasjoner der pasienter avlyser timer selv, behandler er syk og må avlyse timer, eller at det avvikles ferie - og at det da automatisk blir utsatt frist i pakkeforløpet tilsvarende tiden det tar til neste avtale. Av særskilte pasientgrupper som det knyttes utsikkerhet til kodingen rundt kan nevnes pasienter i LAR, FACT/ACT-team og andre typer ambulante team, pasienter under avrusning i TSB, pasienter og pårørende i sped- og småbarnsavdelinger, gravide og pasienter i akuttavdelinger generelt. Flere ansatte kommenterte i spørreundersøkelsen at de mener pakkeforløpene, slik de foreligger per i dag, ikke passer i akuttavdelingene, og at det hersker tvil om når en akuttavdeling skal starte kodingen i pakkeforløpet. Det er også flere som er usikre på kodingen når pasienter skal overføres fra et helseforetak til et annet, og internt mellom avdelinger, og mellom TSB og psykisk helsevern. Den store usikkerheten knyttet til registreringen av overganger i forløpet, som potensielt gir stor variasjon i registreringspraksis både innad i helseforetak og mellom regioner, kan gi paradoksale konsekvenser i det som skal være et sømløst forløp for pasienten. Det etterlyses et system på nasjonalt nivå for å kunne stille spørsmål om pakkeforløp og få raskt svar fra helsemyndighetene.

En av behandlerne som besvarte fritekstspørsmålet beskriver hvordan vedkommende opplever at dysfunksjonelle datasystemer og kravet om registrering går ut over tid til behandling:

Datasystemene er ikke lagd for å tåle DIPS Arena. En enkel pasientregistrering tar meg ti minutter, og jeg må skrive ned aktuelle datoer på en lapp fra DIPS Classic, for deretter å føre det inn i Arena. Får man i mellomtiden en telefon vedr. annen pasient må man logge seg ut og begynne hele prosessen på nytt. Tanken bak pakkeforløpet er god, men i praksis så fungerer det ikke per i dag. Det skaper mindre tid til pasientkontakt, mindre mulighet til å etablere håp om behandlingseffekt, mindre tid til faktisk behandling og mer tid brukes til å "holde ryggen fri" ved korrekt dokumentasjon. Flere ganger må jeg dobbelt- og trippeldokumentere samme opplysninger fordi systemene ikke er tilrettelagt og ikke kommuniserer med hverandre.

Både i den kvalitative studien og i fritekstspørsmålet var det flere som problematiserte at pakkeforløpene er innført uten at det følger med økte ressurser til flere ansatte. Det er særlig poliklinikkene som merker økt trykk etter innføringen av pakkeforløp. I tilfeller der behandlerne har hovedansvaret for forløpskoordinering og koding, har et høyt antall pasienter under utredning og behandling og mangler sikre elektroniske verktøy for å bli påminnet kommende frister, er det lett å forstå ønsket om økte ressurser, slik denne ansatte ønsker seg i fritekstspørsmålet om hva de ville endret:

Behov for mer ressurser på poliklinikken!!! Behandlerne har pasientlister på mellom 35 - 60 stk. Å innføre økte krav til behandlere som allerede strekker seg langt, fører ikke til bedre eller mer forsvarlig behandling av pasientene. Pakkeforløp hadde vært svært nyttig dersom behandlerne hadde en arbeidsmengde som var mulig å håndtere innenfor en normal arbeidstid.

3.5.3.3 Oppsummert om registreringspraksis- og problemer

I spørreundersøkelsen svarte 60 prosent av respondentene at behandlere registrerer kodene elektronisk. 27 prosent registrerer på papir (og kontorfaglig personell puncher inn i elektronisk system), mens 13 prosent oppgav andre varianter av kodepraksis. 45 prosent av respondentene var ikke fornøyd med rapporteringspraksisen, mens 36 prosent var fornøyde. Ser vi bare på dem som selv hadde ansvar for koding, er bare én tredjedel fornøyd med kodepraksisen. Det er flere som er fornøyde med kodepraksis i private institusjoner, i Helse Midt-Norge (der behandlere i stor grad registrerer på papir), og i TSB. Det er å forvente at innføringen av et nytt registreringssystem vil være tidkrevende i oppstartsfasen, og 94 prosent av respondentene svarer at de bruker mer tid på registrering etter innføring av pakkeforløp.

Omtrent halvparten av behandlerne svarer at de bruker 1-2 timer mer per uke på registrering, 36 prosent bruker under én time ekstra, mens 14 prosent svarer at de bruker 3-4 timer ekstra per uke, sammenliknet med før innføringen av pakkeforløp.

Forsinkede og lite velfungerende datasystemer har påvirket implementeringen av pakkeforløp negativt, og bidrar til at selve registreringsjobben skaper mye frustrasjon og stress hos både ledere, behandlere og kontorpersonell. Vi har inntrykk av at dette har overskygget fokuset på operasjonalisering av innhold og kvalitet i pakkeforløpene. De ansatte i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling stiller spørsmålsteget ved kvalitet og sammenliknbarhet på de data som er registrert hittil, da det rapporteres om ulik kodepraksis både innad i og mellom helseforetak. De ansatte ønsker færre koder å forholde seg til, og større fleksibilitet knyttet til når i forløpet ulike hendelser skal kodes og dokumenter opprettes. Det er stort behov for å utsette frister når pasienter ikke møter til timer, når behandler er syk eller det skal avvikles ferie. Det er også behov for et elektronisk system som gir behandlere påminnelser om kommende frister og fristbrudd. Per i dag fører mange behandlere manuelle oversikter over pasientene, og deres respektive frister, i sårbare systemer (taushetspliktsmessig) uten automatiske oppdateringer ved utsettelse av timer osv. Det ytres også ønske om å slå sammen noen av de nye dokumentene som må opprettes i løpet av pakkeforløpet, da det rapporteres om mye dobbeltregistreringer med "klipp og lim" mellom systemer. Det etterlyses et system på nasjonalt nivå for å kunne stille spørsmål om pakkeforløp og få raskt svar fra helsemyndighetene.

3.5.4 Behandlere og ledes holdninger til pakkeforløp

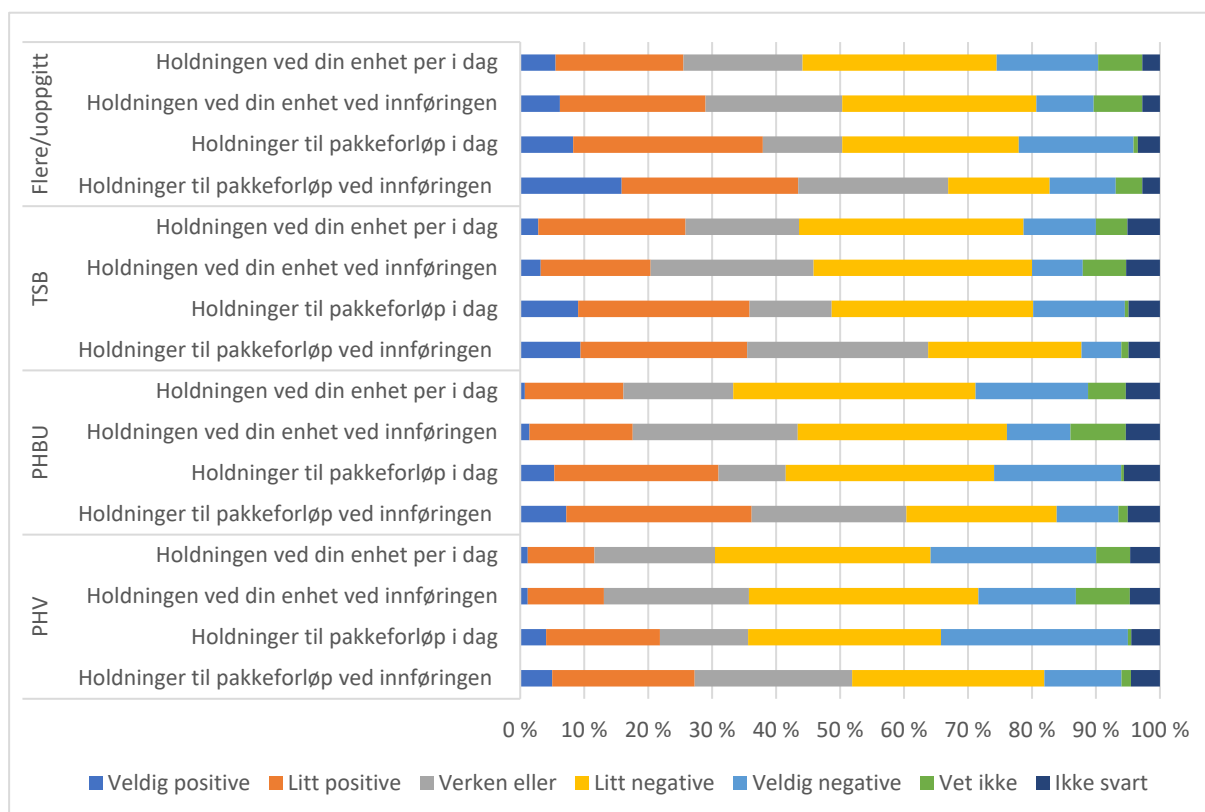
Det siste temaet vi skal se på i denne delen om implementering, er ansatte i spesialisthelsetjenesten sine holdninger til pakkeforløp henholdsvis ved innføring og per i dag. Vi har sett gjennom de ulike resultatkapitlene i rapporten at en relativt høy andel av de ansatte svarer negativt på spørsmål om pakkeforløp bidrar til å oppnå sine målsettinger, og at mange uttrykker store bekymringer fordi de er redd for at de strukturelle endringene som pakkeforløpet representerer vil virke til at fagfeltet forringes, og tjenestetilbudet blir dårligere.

Det er interessant i evalueringen å følge utviklingen når det gjelder fagfolkenes generelle holdninger til pakkeforløp. Vil vi se en utvikling med mer negative eller mer positive holdninger på sikt? Det er helt sentralt at behandlere i feltet opplever at de får utøve faget sitt på en måte som er meningsfullt for dem, som se kan stille seg bak, og som de ser gagnar pasientene.

Følgende spørsmål belyses i det følgende:

1. Hvordan var behandlere og ledes holdninger til pakkeforløp ved innføring i januar 2019, og hvordan er deres holdninger til pakkeforløp i dag?
2. Hvordan oppfatter behandlere og ledere den generelle holdningen til pakkeforløp ved sin enhet ved innføring, og hvordan oppfattes den i dag?

3.5.4.1 Resultater fra spørreundersøkelsen



Figur 33 Behandlere og lederes holdninger til pakkeforløp ved innføring og i dag, fordelt på tjenesteområde (n=3067).

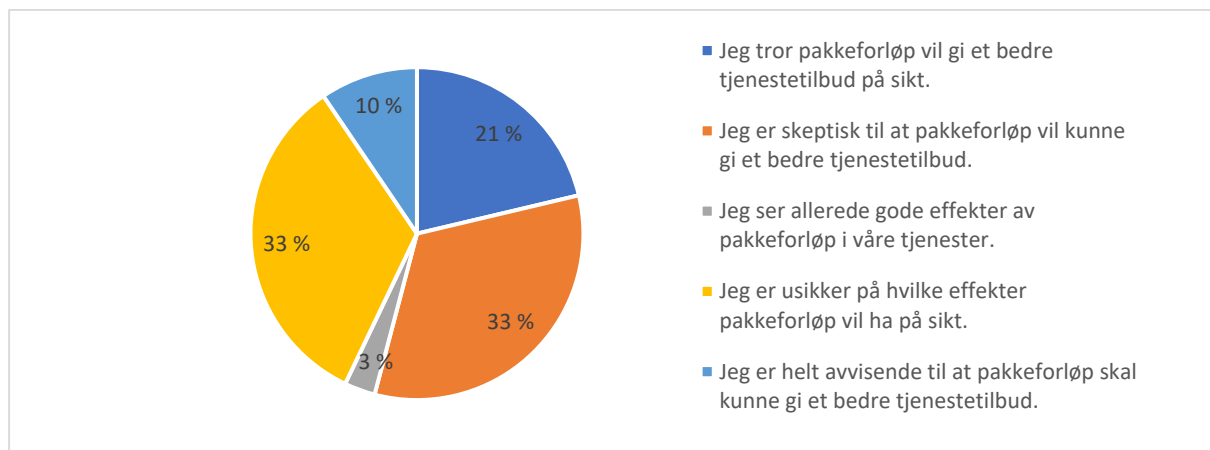
Figur 33 viser behandlere og lederes holdninger til pakkeforløp. Resultatet viser at holdningene fra innføringstidspunktet, januar 2019 og til i dag, har blitt mer negative i både i PHV, PHBU og TSB. Andelen som svarer "veldig negative" har økt fra 12 til 30 prosent i psykisk helsevern for voksne, og fra ti til 20 prosent i PHBU, og fra seks til 14 prosent i TSB. Andelene som angir at de er *litt* negative endrer seg ikke så mye fra start til i dag, og ligger for det meste på rundt 30 prosent.

Videre finner vi at de ansatte karakteriserer den generelle holdningen til pakkeforløp ved sin enhet som mer negativ enn egen holdning. Når det gjelder holdningene til pakkeforløp generelt i enheten vurderes disse som mer negativ i dag enn ved innføring av pakkeforløp i januar 2019 blant ansatte i psykisk helsevern, mens det i TSB ikke er noen særlig endring her.

Sammenligning av ledere og behandleres svar viser at ledere gjennomgående svarer signifikant mer positivt til pakkeforløp enn behandlere på samtlige holdningsspørsmål.

Videre viste analysene forskjeller mellom helseregioner. Ledere og behandlere i Helse Nord var mer positive enn de i Helse Sør-Øst ved innføring av pakkeforløp. Videre var de som jobber i døgneheter mer positive på innføringstidspunktet enn de som jobber i poliklinikk. Når det gjelder holdninger per i dag viser analyse at TSB er signifikant mer positive enn psykisk helsevern. Igjen er ansatte på døgn mer positive enn de som jobber i poliklinikk. Også på dette spørsmålet rapporterer behandlere og ledere i Helse Nord mer positivt enn de i Helse Vest og Helse Sør-Øst (ingen forskjell mellom ansatte i Helse Nord og Helse Midt-Norge). Videre er ansatte i private enheter mer positive til pakkeforløp per i dag enn ansatte i helseforetak.

Figuren under gir en indikasjon på hvilke forventninger de ansatte har til pakkeforløp framover.



Figur 34 Hvilke forventninger har du til pakkeforløp framover? (utsagnet som best beskriver din holdning) (n=2762)

Mens 21 prosent svarer at de tror pakkeforløp vil gi et bedre tjenestetilbud på sikt svarer et flertall at de enten er usikker på hvilke effekter det vil ha på sikt (33 prosent) eller skeptisk til at pakkeforløp vil kunne gi et bedre tjenestetilbud (33 prosent). Mens kun tre prosent allerede ser gode effekter av pakkeforløp er ti prosent helt avvisende til at pakkeforløp skal kunne gi et bedre tjenestetilbud.

3.5.4.2 Resultater fra kvalitativ studie

Hvor vellykket implementeringen blir beror på faktorer som informasjonsflyt om målsettinger og hensikt med endringene, opplæring i koding og registrering til alle som skal ha slikt ansvar, avklare forsløpkoordinatorrollen og hvem som skal ha den etc. Det er svært mange organisatoriske og praktiske forhold som må avklares. Kort sagt - vellykket innføring av pakkeforløp er avhengig av at det praktiske fungerer. Og så er det selvsagt avhengig av at fagfolk støtter endringene, men dersom det praktiske i det nye systemet ikke fungerer er det uansett stor risiko for å mislykkes.

Hvordan man velger å implementere så store endringer som pakkeforløp innebærer vil måtte ha stor betydning. De kvalitative intervjuene gir et inntrykk av hvilke tanker man gjør seg i behandlingsenhetene, og viser stor variasjon mellom hvordan dette gjøres rundt omkring, på hvilket grep som tas i organisasjonen og av ledelsen:

(En døgnenhet i PHV) Behandlergruppen uttrykker at man hadde ventet mer motstand, men gruppa tror folk i systemet er så vant til at det kommer nye ting nå og da. På et fellesmøte ble det sagt av ledelse at: "dette er ikke noe nytt vi skal begynne med, men en innramming av det vi allerede holder på med". Praksis og behandling er ikke endret i så stor grad ennå, men det oppleves som en ekstra ting å passe på, med enda flere skjema og med enda en perm.

(En poliklinikk i PHV) Det sies at det nok er en avventende holdning, at flere runder med opplæring er planlagt. Enheten har gjennom lengre tid praktiserte eget utviklet opplegg for behandlingsforløp. Behandlerne ser i noen grad pakkeforløp som en sjekklister som er tredd utenpå det systemet de allerede brukte og kjente.

(En døgnenhet i TSB) Det har vært og er for dårlig opplegg knyttet til implementering. Behandlergruppen mener at det trengs mer fra ledelsen, og at det trengs tid, ressurser, opplæring, verktøy etc. Dette bekreftes fra ledelsen.

(En poliklinikk i PHV) Alt fra starten jobbet leder med å presisere at pakkeforløpet ikke bestemmer behandlingen, det er det fagfolkene som skal gjøre.

(En døgnenhet i PHBU) I denne ungdomspsykiatriske døgnavdelingen preges alle tre intervju av at de i forkant av pakkeforløpene, og på intervjutidspunktet, har jobbet med å implementere en ny organisatorisk modell for håndtering av akuttinnleggelser. De er misfornøyde med at det

gikk for lang tid fra de hørte at pakkeforløp skulle komme, til det faktisk ble en realitet, og de hadde forventninger til at de skulle involveres mer før pakkeforløpene kom. Som sengepost med akuttfunksjon synes de det altfor lenge var uklart hvilken rolle de skulle ha i pakkeforløpene.

(En poliklinikk i PHV) Lederen prøver å finne en metode for å finne en "vei gjennom terrenget" – prøver å "løse dette som kommer fra oven på best mulig måte, selv om det er uklart hva målet er." Det sies at det føles som at man må tilpasse seg til et system, og ikke omvendt", og at dette er vanskelig å "selge inn" – det må være gode faglige grunner.

(En poliklinikk i PHBU) Et sentralt grep i implementeringsprosjektet her var etablering av såkalte implementeringsteam fra hver enhet, som består av medlemmer med ulike bakgrunner og fra ulike posisjoner. I teamene deltok også både forkjemperne for og kritikerne av pakkeforløp. Teamene møttes også på tvers og jobbet med å operasjonalisere alle delene i direktivet fra Helsedirektoratet før pakkeforløpene skulle tas i bruk. Det jobbes med mål om både å konkretisere hva pakkeforløp er og å etablere et eierforhold til pakkeforløp i enhetene. Strategien var med på å redusere eventuell utrygghet og forvirring blant klinikere knyttet til det abstrakte begrepet pakkeforløp. Lederen fremstiller prosessen med å implementere pakkeforløp som en målrettet felles prosess, der alle ansatte på alle nivå er med på å konkretisere pakkeforløpene til deres arbeidshverdag.

3.5.4.3 Oppsummert om behandlere og leders holdninger til pakkeforløp

Spørreundersøkelsen blant behandlere og ledere viser at deres holdninger til pakkeforløp fra innføringstidspunktet i januar 2019, og til i dag har blitt mer negative. Andelen som svarer "veldig negativ" har økt mest i psykisk helsevern for voksne. Behandlere og ledere karakteriserer den *generelle* holdningen ved sin enhet som mer negativ enn egen holdning. Innen psykisk helsevern vurderer ledere og behandlere holdningene i enheten som mer negativ i dag enn ved innføring av pakkeforløp i januar. Dette gjelder derimot ikke i TSB. Sammenligning av ledere og behandleres svar viser at ledere gjennomgående svarer signifikant mer positivt til pakkeforløp enn behandlere på samtlige holdningsspørsmål.

På spørsmål om forventninger til pakkeforløp framover svarer et flertall at de enten er usikker (33 prosent) eller skeptisk (33 prosent) til at det kan gi et bedre tjenestetilbud mens 21 prosent tror pakkeforløp vil gi et bedre tjenestetilbud på sikt.

Den kvalitative studien viser at det varierer hvordan og hvor mye ledelsen har tatt grep om implementeringsprosessen på de ulike stedene. Som også nevnt i tidligere kapitler legges det flere steder vekt på at "dette gjør vi allerede". Det kan virke som leder i noen tilfeller ønsker å trygge og roe behandlerne i at de gjør det rette i sin faglige praksis allerede, og at det her mer er snakk om strukturelle tilpasninger. Noen steder er det en avventende holdning, og et preg av at man ikke har kommet skikkelig i gang, og at man ikke har fått tilstrekkelig opplæring og informasjon. Noen ledere beskriver problemene de opplever når de forsøker å tilpasse og løse det som de opplever som et direktiv fra "oven", fra helsemyndighetene. Det skjedde mye i tilknytning til innføringen, i form av konferanser og informasjon, men hvordan implementeringsprosessen skal skje lokalt har i liten grad vært styrt. Det er i stor grad opp til lokal ledelse hvordan det gjøres. Noen steder har ledelsen tatt et omfattende grep når det gjelder involvering, og vært opptatt av å etablere et eierforhold til pakkeforløp. I flere tilfeller handlet dette mer om å justere systemer som allerede fungerte godt – det kunne være systemer de hadde utviklet selv eller innført fordi det var kunnskapsbaserte systemer med gode effekter, prøvd andre steder.

Flere steder vi besøkte stilte vi spørsmål om hva man foretrakk, en tydelig instruks fra helsemyndighetene om hvordan implementere pakkeforløp, eller at dette overlates til den enkelte enhet. Andre studier av organisatoriske erfaringer med standardiserte pasientforløp finner at for å få slike forløp til å fungere godt, er det nødvendig å bygge inn rom for en viss fleksibilitet i utøvelsen av forløpet (D Allen, 2009; Jones, 2004). Dette tas til inntekt for at den overordnede organiseringen av forløpet kan være standardisert, men at hver organisasjon/enhet må ha muligheten til å gjøre sine lokale tilpasninger.

4 Resultat og diskusjon fra undersøkelser i kommunene

I dette kapitlet oppsummerer vi de viktigste funnene fra SINTEFs årlige kartlegging av årsverk, kompetanse og innhold i kommunalt psykisk helse og rusarbeid (IS-24/8). De to siste årene har det blitt spurt om forventninger til, og erfaringer med, innføringen av pakkeforløp. Videre gir vi en deskriptiv gjennomgang av resultatene i NAPHA's kommuneundersøkelse høsten 2019. Som beskrevet i kapittel 2.4 har NAPHA, i samarbeid med KoRus, gjennomført en nasjonal spørreundersøkelse for å kartlegge de kommunale psykisk helse- og rustjenestene sine erfaringer med pakkeforløp innen psykisk helse for voksne. SINTEF og NAPHA har samarbeidet om presentasjon av materialet i dette kapitlet. Det var ledere innen psykisk helse og rus, samt de kommunalt ansatte forløpskoordinatorene som ble bedt om å svare. Av hensyn til kommunenes anonymitet, har SINTEF kun fått tilgang til data på helseregionnivå, og har ikke fått tilgang til de åpne svarene i fritekstvariabler. Funn fra intervju SINTEF har gjennomført med kommuner og fastleger benyttes i diskusjonen underveis.

4.1 Resultater fra kartlegging i psykisk helse- og rusarbeid i kommunene (IS-24/8)

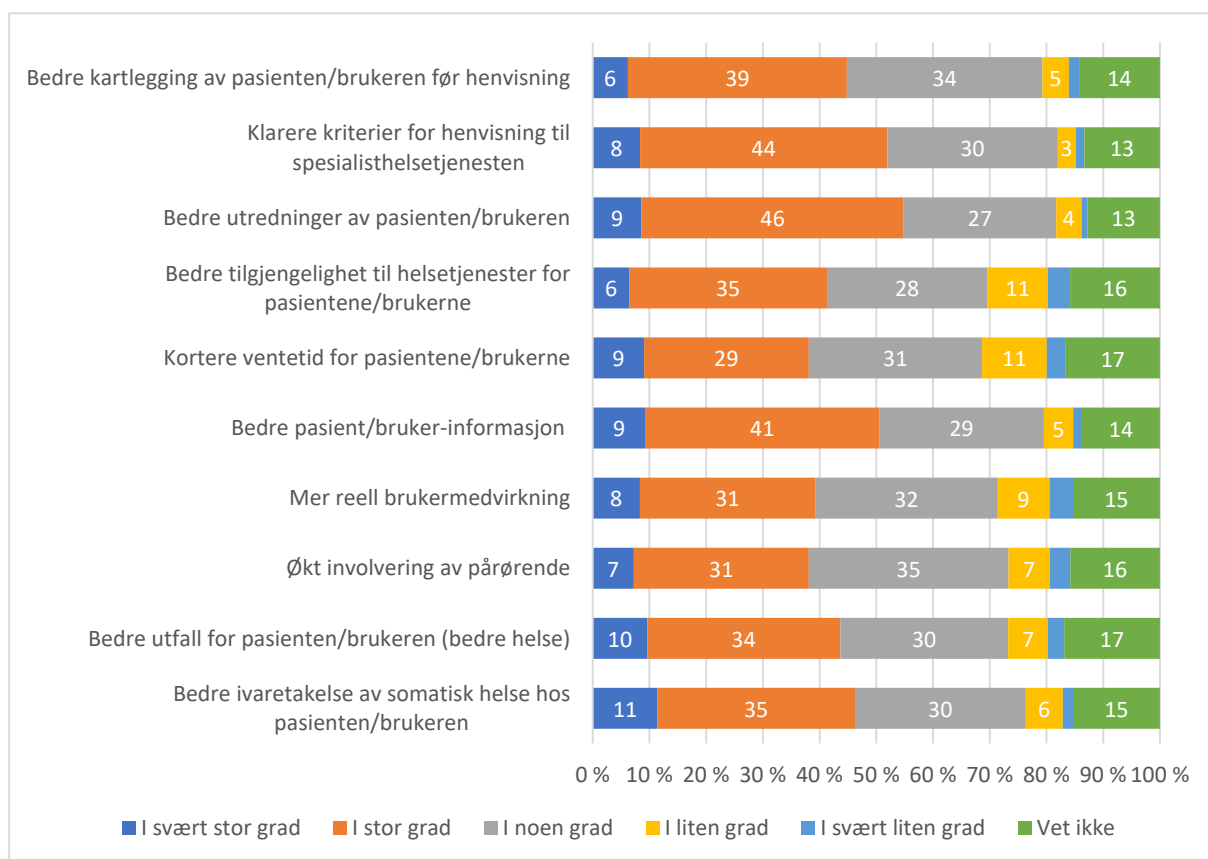
I 2016 viste IS-24/8-tallene at omtrent halvparten av alle landets kommuner hadde gode erfaringer med å følge opp pasienter før/under/etter innleggelse i psykisk helsevern for å oppnå samtidige og helhetlige tjenester – resten av kommunene ble vurdert å ha betydelig potensial for bedring av samhandlingen. Andelen som var fornøyd med samarbeidet med TSB var noe lavere (44 prosent). I 2017 ble kommunene spurt om endring fra året før, og en fjerdedel av kommunene rapporterte at de hadde opplevd en bedring i samarbeidet med psykisk helsearbeid fra 2016 til 2017, mens én av fem kommuner syntes samarbeidet var blitt dårligere. Når det gjaldt samarbeidet med TSB rapporterte rundt en femtedel av kommunene at det hadde blitt bedre, mens seks prosent av kommunene syntes samarbeidet med TSB hadde forverret seg. På spørsmål som omhandlet samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket, var under halvparten av kommunene fornøyd med disse, og det var færre som var fornøyd i 2017 enn i 2016 (Ose & Kaspersen, 2017).

4.1.1 Forventninger i kommunene før innføring av pakkeforløp

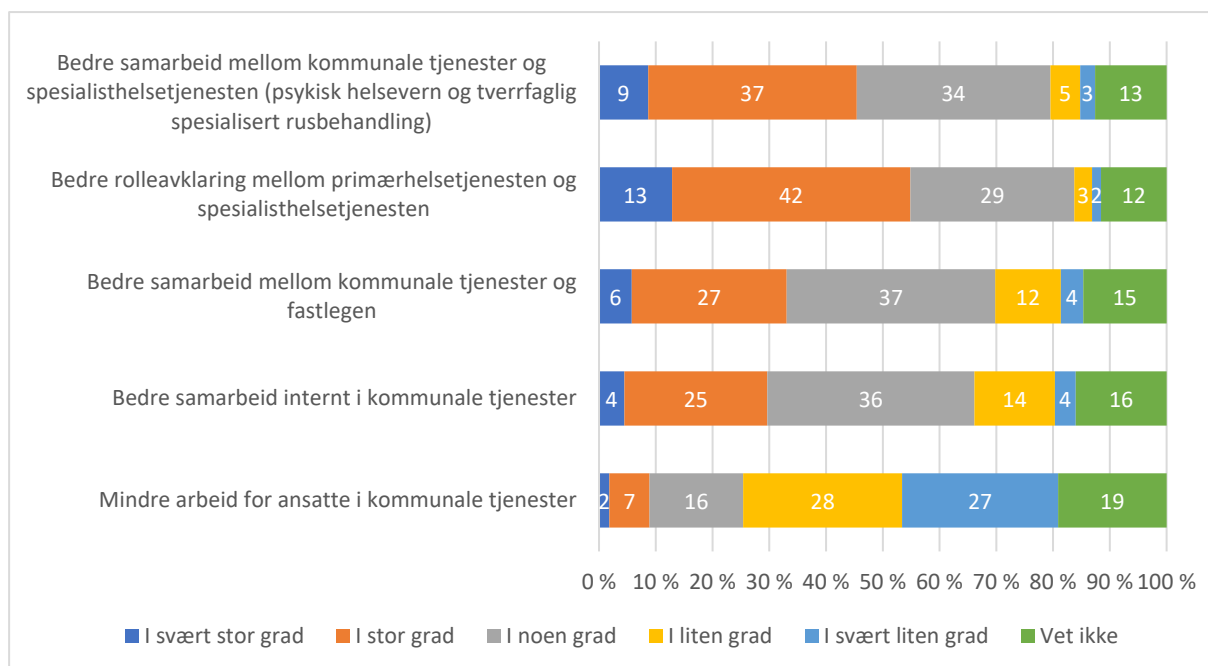
Våren 2018 ble kommunene spurt om de var kjent med at ble utviklet pakkeforløp innen psykisk helse og rus. Av 422 kommuner, var det kun 28 kommuner som svarte at de ikke var kjent med pakkeforløpene, mens 19 kommuner hadde unnlatt å svare. Det var hovedsakelig små kommuner i Midt- og Nord-Norge som ikke kjente til pakkeforløpene. I kartleggingen ble det listet en rekke mulige konsekvenser av pakkeforløp på bruker- og tjenestenivå. Kommunene skulle ta stilling til i hvilken grad de forventet at pakkeforløpene ville føre til forbedringer på disse områdene. Som vi ser av figurene under, var det relativt høye forventninger fra kommunene til pakkeforløpene. Flest kommuner forventet at pakkeforløp innen psykisk helse og rus skulle føre til bedre utredninger av pasienten/brukeren (55 prosent). Det var også mange som forventet at det kom klarere kriterier for henvisning til spesialisthelsetjenesten (52 prosent), og at det ville bli bedre pasient/brukerinformasjon (50 prosent). Det var få som i liten grad hadde forventninger til endringer, men det var en del som var avventende og svarte at de ikke visste (13 – 17 prosent).

Mange kommuner uttrykte også forventning om at pakkeforløpene vil bidra til en bedre rolleavklaring mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (55 prosent). Litt under halvparten av kommunene forventet bedre samarbeid mellom de to nivåene (46 prosent). Det var få som forventet at ansatte i kommunale tjenester skulle få mindre arbeid med innføring av pakkeforløpene (9 prosent svarer i svært stor grad eller i stor grad). Noen flere forventet bedre samarbeid internt i kommunene (29 prosent), og en tredjedel forventet at pakkeforløpene vil bidra til bedre samarbeid mellom kommunale tjenester og fastlegene. En av kommunene forventet også merarbeid for kommunale tjenester ved innføring av pakkeforløp:

Erfaring de senere årene, er at arbeidet i kommunene øker - der pasienten bor. Det medfører som oftest økte forventninger til kommunale tjenester. All implementering av nye reformer krever merarbeid for kommunale tjenester.



Figur 35 I hvilken grad forventer dere at pakkeforløp innen psykisk helse og rus vil føre til forbedringer på følgende områder for brukerne? n=386. IS-24/8 fra 2018.



Figur 36 I hvilken grad forventer dere at pakkeforløp innen psykisk helse og rus vil føre til forbedringer på følgende områder for tjenestene? n=381 kommuner/bydeler. IS-24/8 fra 2018.

En forløpskoordinator i en kommunene vi intervjuet i forbindelse med pakkeforløpsevalueringen, uttrykte at pakkeforløpene kom brått på, og at de fikk lite informasjon om hva som skulle være kommunens rolle. De var usikre på hvor mye ressurser de kom til å trenge, og valgte stillinger som allerede jobbet med å koordinere IP og ansvarsgrupper i kommunen til å være forløpskoordinatorer (én for voksne og én for barn og unge). På spørsmål om hvordan de hadde rigget arbeidet i forkant av pakkeforløpenes inntreden, svarte forløpskoordinatoren:

Det her ble litt kastet over oss, og så ble det bestemt at den her koordineringen skulle ligge til koordinerende enhet. Det var jo et forslag fra Direktoratet da, at man kunne legge det der. Men så så vi at det ble for mye å ha, at én person i koordinerende team skulle både ha det i tillegg til å være koordinator innenfor IP og ... Så da ble det bestemt at vi skulle opprette en stilling da. Men da som går ut over det som er rent bare pakkeforløp, men også skal koordinere i kommunen.

Da vi intervjuet kommunen i oktober 2019, var de fortsatt ikke så mye klokere på sin egen rolle. Dette til tross for at dette er en stor kommune med mange pasienter og brukere, som aktivt hadde prøvd å komme i gang med pakkeforløpene fra kommunen sin side helt siden pakkeforløpene ble innført. Forløpskoordinatoren i kommunen uttrykte:

Men ikke sant, det er snart ett år etter at det trådte i kraft. Sånn at ... de innrømte da at; nei, de har nok ikke fått det på plass enda. Så vi vet det - og vi blir jo litt... skremt - for vi vet faktisk ikke hva som venter oss. Og hva som forventes av oss. For det kan bli noe helt annet enn det vi sitter og gjør i dag. Vi vet faktisk ikke. (...) Jeg skjønner at det tar tid, men jeg opplever ikke at jeg har fått én telefon fra en eneste forløpskoordinator, før ganske nylig. Og da har vi vært på, meldt ifra til samhandlingsavdelingen siden tidlig vår, om at vi ønsker å ha et samarbeid.

4.1.2 Helsedirektoratets informasjon om pakkeforløp til kommunene

To dager etter lanseringskonferansen om pakkeforløp 12. september 2018, gikk det ut et brev med informasjon om pakkeforløp til alle landets kommuner. I brevet oppfordres ansatte i kommunen/bydelen om å gjøre kjent med innholdet i pakkeforløpene, og utarbeide en kort informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på egne nettsider. Det ble anbefalt å oppgi kontaktinformasjon til enheten i kommunen med det overordnede koordineringsansvar for pasientforløpene. Videre ble det anbefalt at eksisterende samarbeidsavtaler og underliggende tjenesteavtaler mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten gjennomgås og endres i tråd med anbefalingene i pakkeforløpene. Eksisterende, felles møtarenaer skal benyttes i arbeidet, og for pasienter med behov for koordinerte og samtidige tjenester blir kommunen bedt om å sikre nødvendig oppfølging før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Kommunene kan selv bestemme hvordan arbeidet med koordinering skal organiseres og hvilken instans som skal ha ansvaret. Når det gjelder implementering ble det sagt at de regionale helseforetakene får et særlig ansvar for dette i samarbeid med ledere i kommunen, bruker- og pårørendeorganisasjoner og andre tjenesteytere.

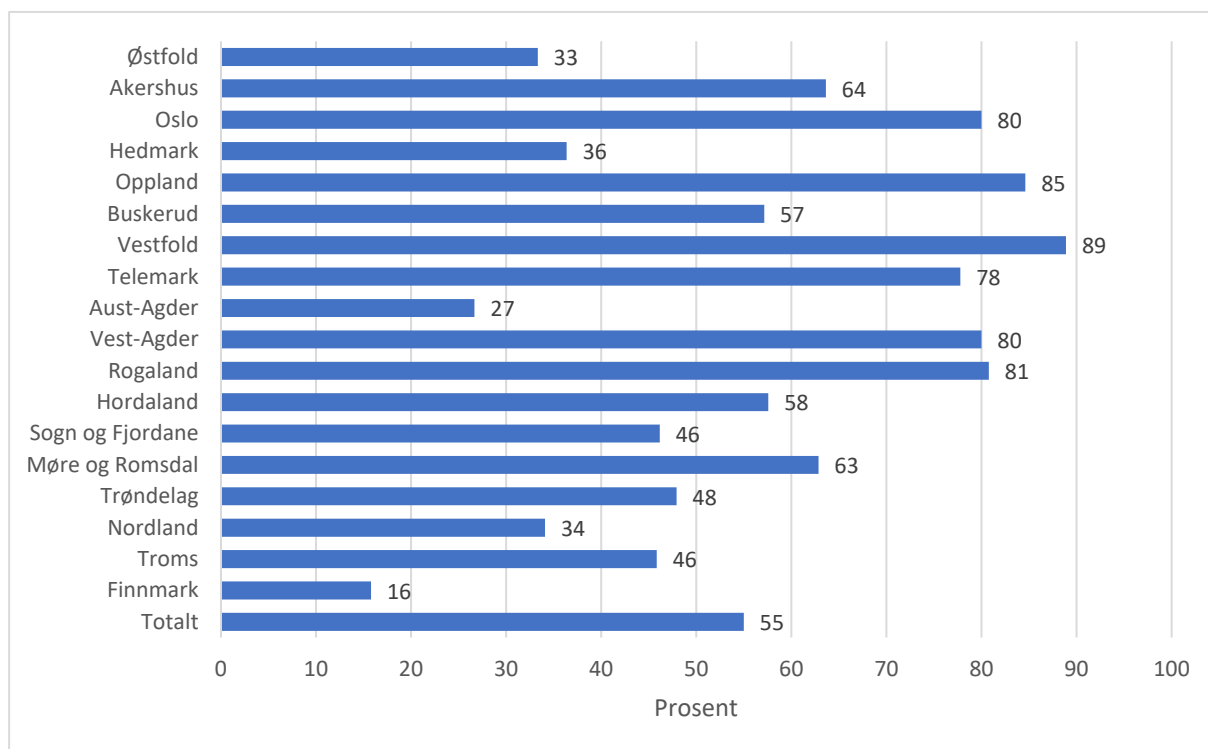
Etter innføring av pakkeforløp i januar 2019 kom det tilbakemeldinger fra feltet om at det var uklart for fastlegene om pakkeforløpene hadde medført endringer i henvisningspraksis. Det gikk derfor ut brev fra Helsedirektoratet til alle kommuner 7. februar 2019 som presiserte at henvisninger skal skje på vanlig måte, og at registreringen først starter i spesialisthelsetjenesten. Det er også lagt inn informasjon om hva henvisningen bør inneholde i Norsk elektronisk legehåndbok (NEL). I brevet framgår det at aktuelle problemstillinger som bør dekkes i henvisningen er pasientens opplevelse av egen situasjon og ønsker om hjelp, mulige utløsende årsaker til problemene og tidligere erfaring med behandling og oppfølging. Også symptomer og hvordan pasienten fungerer i hverdagen, pasientens ressurser og somatisk status bør kartlegges. I tillegg vil omtale av sosiale forhold og familiesituasjon være aktuelt, samt tidligere sykdommer og forventet nytte av utredning/behandling. Det oppfordres til at pasienten får kopi av henvisningen.

I løpet av våren og tidlig høst 2019 har flere av forskerne i SINTEF som deltar i evalueringen av pakkeforløp, gjennomført intervju med en rekke fastleger i ulike forsknings- og evalueringsprosjekt. Vi har spurt om de hadde noen erfaringer med pakkeforløp så langt, men av mer enn 20 fastleger vi har intervjuet, er det kun én fastlege (i en stor kommune) som hadde erfaring med at han syntes det var blitt lettere å få gjennom henvisninger i psykisk helsevern for voksne etter innføringen av pakkeforløp. De øvrige fastlegene har ikke merket noe til pakkeforløpene, selv om de fleste har virket informert om at de er innført.

4.1.3 Kommunenes første erfaringer med pakkeforløp våren 2019

Våren 2019 var de tre første, generelle, pakkeforløpene for psykisk helse og rus innført. Fra februar 2019 kom de tre tilstandsspesifikke pasientforløpene; 1) mistanke om psykoseutvikling og psykoselidelser hos barn, unge og voksne, 2) spiseforstyrrelser for barn og unge og 3) utredning og behandling av tvangslidelser (OCD) hos barn, unge og voksne. De fleste kommunene svarte i løpet av mai og juni, og ble spurt om de var kjent med at det 1. januar 2019 ble innført pakkeforløp. Det var kun én kommune som svarte at de ikke kjente til dette, men 20 andre kommuner unnlot å besvare spørsmålet. Kun 22 prosent av kommunene svarte at de hadde utarbeidet informasjon om pakkeforløp på kommunens egne nettsider. Det var hovedsakelig de minste kommunene, og kommunene i de tre nordligste fylkene, som hang etter.

På spørsmål om kommunene har fått på plass en forløpskoordinator for pakkeforløpene, svarte 55 prosent av kommunene at dette var på plass. Det var særlig de store kommunene som hadde forløpskoordinator, mens f.eks. kun 41 prosent av kommuner med under 2000 innbyggere svarte at de hadde forløpskoordinator. Fordelingen på fylke er vist i figuren under:



Figur 37 Prosent av kommunene som har fått på plass en forløpskoordinator for pakkeforløpene innenfor psykisk helse og rus. Fylke, IS-24/8 fra 2019.

Det står presisert i informasjonen om pakkeforløp hos Helsedirektoratet at kommunene selv bestemmer hvordan de vil organisere arbeidet med forløpskoordinering, og hvilken instans som skal ha hovedansvaret for dette i kommunen (f.eks. Koordinerende enhet/tildelingskontor). I kartleggingen kom det fram at det har vært uklart hvilken rolle kommunene skal ha i pakkeforløp. Av de som hadde fått på

plass en forløpskoordinator for pakkeforløp, var det 62 prosent som hadde organisert denne under Koordinerende enhet/Tildelingskontor, mens 40 prosent hadde organisert forløpskoordinatoren i Enhet for psykisk helse og rus. Tre prosent av kommunene hadde organisert forløpskoordinatoren under NAV, mens åtte prosent svarte "Annet". Dette var typisk kommentarer at om at det ikke var behov for forløpskoordinator fordi kommunen har så få innbyggere, eller at de var under omorganisering og at ting var uavklart. Enkelte hadde krysset av for forløpskoordinator i flere kategorier.

Videre ble det spurt om kommunene har gjennomgått og oppdatert avtalene med spesialisthelsetjeneste i henhold til innføring av pakkeforløp i de ulike målgruppene. Omtrent én tredjedel av respondentene svarer at de ikke vet, uavhengig av om de svarer for voksne eller barn og unge. 26-28 prosent av kommunene har oppdatert avtalene i tjenester for voksne med psykisk helse eller rusproblemer, mens kun 17 prosent av kommunene svarer at dette gjelder unge med rusmiddelproblemer.

Tabell 6 Svarfordeling på om kommunene/bydelene har gjennomgått og oppdatert avtalene i henhold til innføring av pakkeforløp for ulike målgrupper, IS-24/8 fra 2019.

Gjennomgått og oppdatert avtalene i henhold til innføring av pakkeforløp for:	Ja	Nei	Vet ikke	Ikke svart	Totalt
voksne med rusmiddelproblemer	26	41	28	5	100
voksne med psykiske vansker/lidelser	28	40	28	5	100
barn og unge med psykiske vansker/lidelser	20	43	31	6	100
unge med rusmiddelproblemer	17	44	32	7	100

Til slutt i spørsmålspakken som omhandlet pakkeforløp, fikk kommunene mulighet til å beskrive konkrete erfaringer med pakkeforløpene i et fritekstfelt. Omtrent hver tredje kommune/bydel (n=146) svarte. De fleste svarte at arbeidet med å oppdatere avtalene pågikk, men at de foreløpig ikke hadde noen erfaring med pakkeforløpene:

Ingen konkrete erfaringar med pakkeforløpet så langt i høve til vaksne. Barnevern informerer om namn og kontaktinfo på forløpskoordinator ved henvisning til PHBU. Kommunen har ei rutine for forløpskoordinering ute til høyring og kjem til å legge informasjon på heimesida når rutina er på plass.

Selv om hovedinntrykket er at kommunene på et tidlig tidspunkt i implementeringsfasen oppfatter pakkeforløp først og fremst som en koordinerings- og dokumentasjonsreform i spesialisthelsetjenesten, var det enkelte kommuner som uttrykte både konkrete erfaringer, og forventninger, til at pakkeforløpene vil øke kommunenes kommunikasjon og samhandling med spesialisthelsetjenesten. Noen kommuner hadde allerede erfart mer kommunikasjon rundt utskrivningsklare pasienter. Det var også eksempler på at kommunen opplevde å få flere henvisninger av brukere som har vært i pakkeforløp, men som viste seg å ikke trenge oppfølging fra kommunen når de fikk vurdert saken. Dette er et moment som bør følges med på i årene som kommer. En av kommunene skrev at man samarbeidet med spesialisthelsetjenesten om forståelse og innhold av begrepet "utskrivningsklar":

Det er påbegynt arbeid med info på nettsider. Erfaringer med pakkeforløp: ja, har hatt kontakt med spes.helsetjenesten om utskrivningsklare pasienter. Arbeides nå med samarbeid (kommune+spes.helsetj) om forståelse og innhold av begrepet utskrivningsklar.

Av mer negative erfaringer med pakkeforløp kan nevnes kommuner som kommenterte at de opplever at pasientene blir avsluttet tidligere fra DPS'et, at de har brukere som allerede hadde opplevd brudd i forløpene i form av for lang ventetid, og at de mener å se at tidslinjene i pakkeforløpet i spesialisthelsetjenesten ikke passer med brukergruppen:

Vi ser at det for mange ikke passer med tidslinjene i pakkeforløpet.

Oppsummert tyder kommentarene på at det våren 2019 hovedsakelig ble jobbet med å gjøre pakkeforløpene kjent, og få på plass avtalene, mens det ikke var mange kommuner som hadde konkrete erfaringer med pakkeforløp. Vi forventer at kommunene våren 2020 vil ha bedre oversikt og kunnskap om implikasjonene av pakkeforløpene, og vil fortsette å ha fokus på pakkeforløp i IS-24/8 de neste årene.

4.2 NAPHA's spørreundersøkelse i kommunene

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) og Kompetansesenter Rus (KoRus) samarbeidet høsten 2019 om å kartlegge de kommunale tjenestenes egne erfaringer med pakkeforløp. SINTEF har i ettertid inngått et samarbeid med NAPHA om å la resultatene i undersøkelsen inngå som del av evalueringen av pakkeforløp. SINTEF har ikke hatt tilgang til kommuneidentifiserende informasjon, eller frittekstspørsmål, og dette delkapitlet er utviklet i samarbeid med rådgivere hos NAPHA.

4.2.1 Respons

Den elektroniske undersøkelsen ble sendt på e-post til postmottak i alle landets kommuner i august og september 2019, med instruks om distribuering til ledere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, samt forløpskoordinatorer. Av 421 kommuner og 15 bydeler i Oslo, kom det svar fra 320 kommuner og 13 bydeler. Dette utgjør 76 prosent av landets kommuner/bydeler.

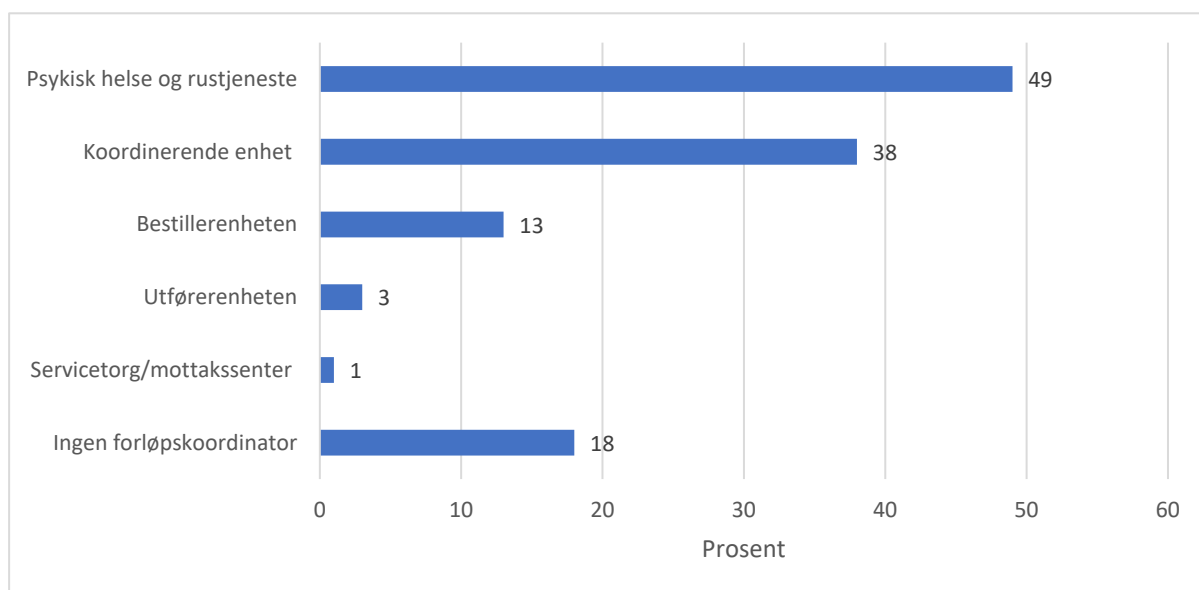
Basert på øvrige data samlet inn gjennom evalueringen, og i forbindelse med andre forskningsprosjekt SINTEF har i kommunale tjenester, regner vi det som sannsynlig at de fleste kommuner hadde begrenset erfaring med pakkeforløp tidlig høst 2019. En av kommunene vi intervjuet i oktober 2019 hadde vært klar med forløpskoordinator 1. januar 2019, men hadde i løpet av de første åtte månedene hørt svært lite fra spesialisthelsetjenesten, og hadde inntrykk av at spesialisthelsetjenesten ikke var kommet i gang med pakkeforløp. I følge NAPHA's undersøkelse var det tidlig høst 2019 kun 29 prosent av kommunene/bydelene som hadde utarbeidet skriftlig informasjon om pakkeforløp og forløpskoordinator på nettsidene sine. Én prosent svarte at de hadde delt ut brosjyre, mens de resterende 70 prosentene ikke hadde utarbeidet noe informasjon om pakkeforløp rettet mot befolkningen.

4.2.2 Organisering og funksjon for forløpskoordinator i kommunen

På spørsmål om hvor i kommunen forløpskoordinator er organisert, viste resultatene at nær halvparten (49 prosent) av kommunene som svarte har forløpskoordinatoren plassert i psykisk helse- og rustjenestene. 38 prosent hadde forløpskoordinator i koordinerende enhet, mens 17 prosent av kommunene valgte å krysse av for bestillerenhet/utfører/enhet/servicetorg. Atten prosent av kommunene oppgav at de ikke hadde forløpskoordinator på plass per august/september 2019. Dette er en bedring hvis vi sammenlikner med svarene som kom gjennom IS-24/8 våren 2019, da 45 prosent ikke hadde forløpskoordinator, og betyr at mange kommuner har fått forløpskoordinator på plass i løpet av sommeren og tidlig høst 2019.

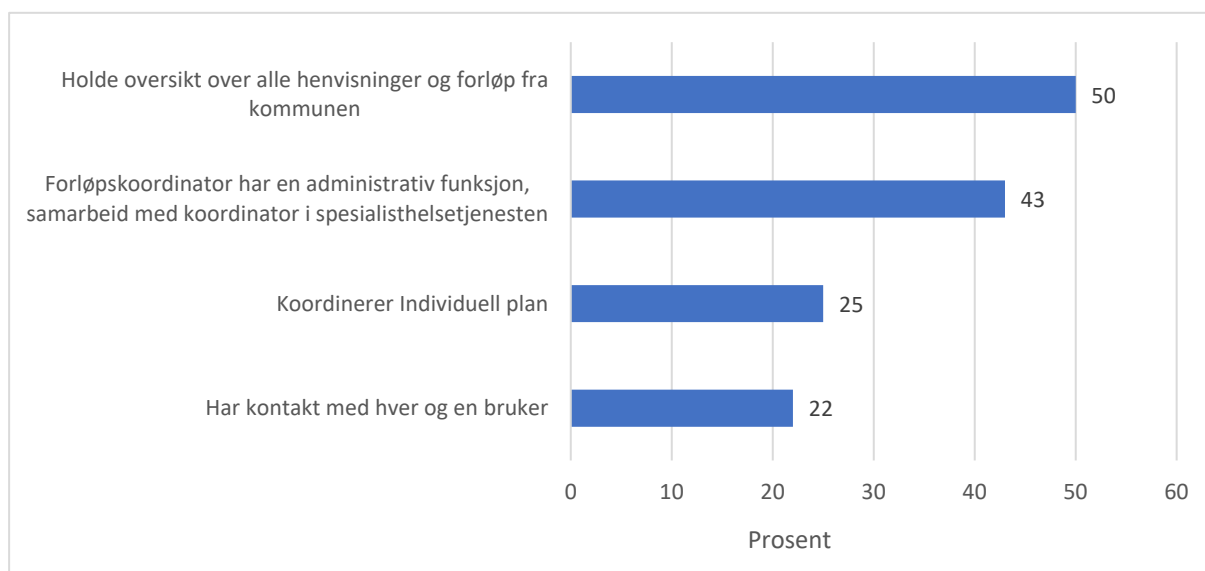
En av kommunene vi intervjuet som hadde forløpskoordinator på plass fra 1. januar 2019, uttrykte at det tok tid før de skjønnte at kommunen skulle ha en rolle i pakkeforløpene:

Vi har jo ikke skjønt, vi har tenkt at; det her er noe som hører til i spesialisthelsetjenesten. Det er jo liksom det som har vært forespeilet tidligere. Og da satte vi oss ned og laget en plan for hvordan det skulle være i NN kommune, og så ble det da bestemt at det måtte være en stilling som skulle ivareta hvert fall - at vi vet at det er noen som er mottaker i kommunen da for det. Og så prøvde vi da, fra jeg hadde kommet inn i stillingen så har jeg prøvd å ha kontakt med spesialisthelsetjenesten og si at; nå er vi klar for samarbeid.



Figur 38 Hvor er forløpskoordinator organisert? N = 270 kommuner/bydeler. Prosentandel.

Videre ble det spurt om hvilken funksjon kommunens forløpskoordinator hadde på dette tidspunktet. Her svarte halvparten av kommunene at forløpskoordinatoren skal holde oversikt over alle henvisninger og forløp fra kommunen. Førtitre prosent svarte at forløpskoordinator har en administrativ funksjon og skal samarbeide med koordinator i spesialisthelsetjenesten. I én fjerdedel av kommunene har forløpskoordinator også en rolle i forhold til å koordinere Individuell plan, mens litt i overkant av hver femte kommune har forløpskoordinatorer som har kontakt med hver og en bruker.



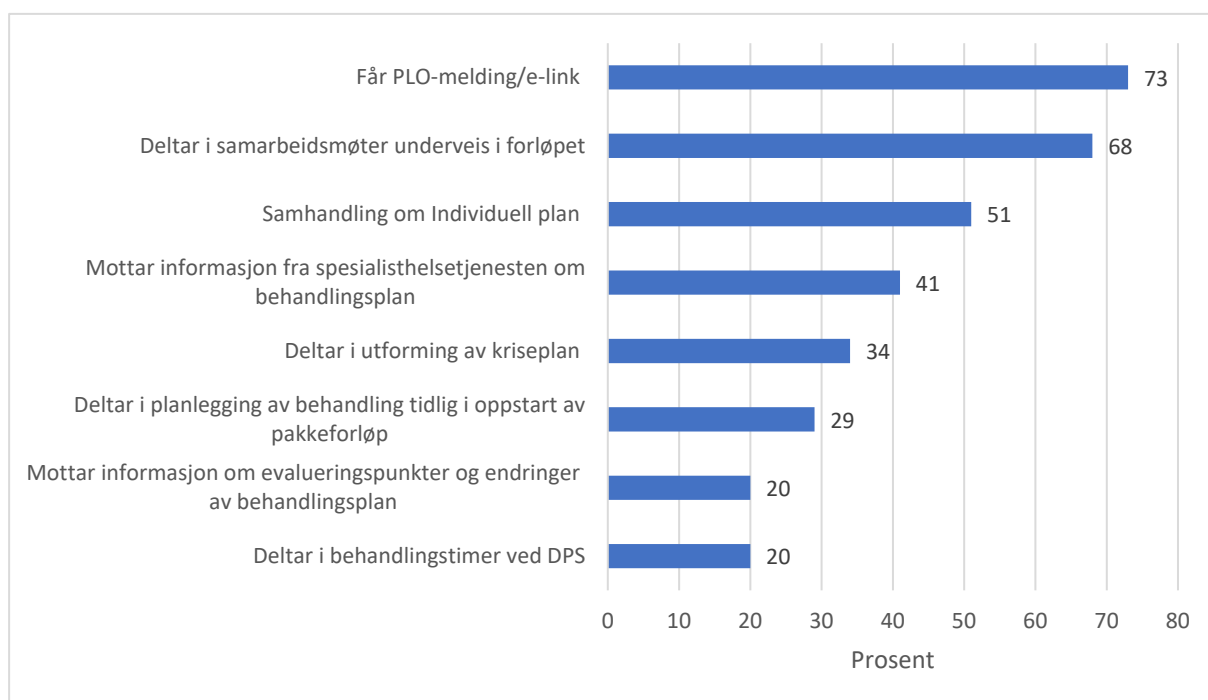
Figur 39 Hvilke(n) funksjon(er) har forløpskoordinator? Flere kryss mulig. N = 333 kommuner/bydeler. Prosentandel.

4.2.3 Samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste i pakkeforløpet

På spørsmål om kommunen har deltatt i planleggingen av innføring/implementering av pakkeforløp i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, var det 37 prosent av kommunene som svarte at de ikke har

deltatt i dette. Tolv prosent svarte at de i stor grad hadde deltatt i planleggingen, mens 51 prosent svarte at de i liten grad hadde deltatt.

Primærhelsetjenesten står for de fleste henvisninger til pakkeforløp i spesialisthelsetjenesten, og mange pasienter skal også ha oppfølging i kommunen etter utskrivning. Kommunene skal også i de fleste tilfeller involveres underveis i pakkeforløpet, både i form av tilbakemelding til fastlege (og ev. psykisk helse- og rus-enhet) om status for pasienten og behandlingsplan, samhandling om individuell plan og ansvarsgruppemøter og andre samarbeidsmøter i forbindelse med oppstart eller avslutning av behandling. I undersøkelsen ble kommunene spurt om hvilken rolle de har i de individuelle pakkeforløpene. Syttititre prosent svarte at de mottar PLO/e-link-meldinger fra spesialisthelsetjenesten. Sekstiåtte prosent deltar på samarbeidsmøter underveis i forløpet, mens ca. halvparten (51 prosent) svarer at de samarbeider om Individuell plan med spesialisthelsetjenesten. Førtito prosent svarer at de mottar informasjon om behandlingsplan fra spesialisthelsetjenesten, mens én av tre kommuner sier at de deltar i utforming av kriseplan. Under én tredjedel (29 prosent) deltar i planleggingen av behandling tidlig i pasientforløpet. Kun én av fem kommuner/bydeler svarer at de mottar informasjon om evalueringpunkter og endringer av behandlingsplan. Det var også én av fem kommuner som sier de deltar i behandlingstimer ved DPS sammen med sine brukere.

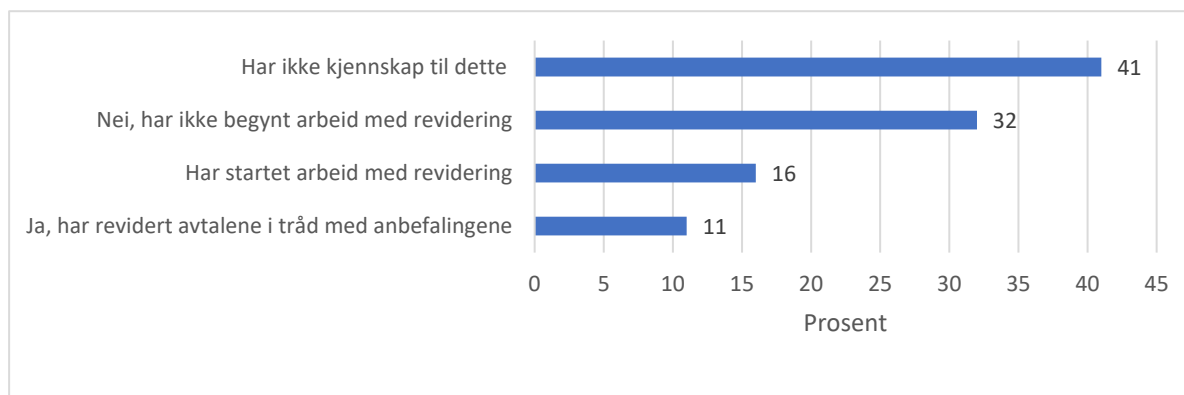


Figur 40 Hvilke roller har kommunen/bydelen i de individuelle pakkeforløpene? n = 300 kommuner/bydeler. Prosentandel.

Atten prosent av kommunene svarte at innføringen av pakkeforløp hadde endret *praksis for samhandling* med spesialisthelsetjenesten per høsten 2019. De øvrige 82 prosentene svarte nei på spørsmålet om endret samhandlingspraksis. På spørsmålet om innføring av pakkeforløp har endret kommunenes *henvisningsrutiner*, svarte 11 prosent at henvisningsrutinene er endret. Sekstifire prosent svarte nei, mens 25 prosent svarte "vet ikke". Det ble også spurt om erfaringer med at spesialisthelsetjenesten har endret sin *utskrivningspraksis* etter innføring av pakkeforløp. Her svarte kun 14 prosent at de opplever at utskrivningspraksis er endret, mens de øvrige 86 prosent av kommunene svarte avkreftende.

Til slutt i undersøkelsen ble det spurt om kommunen hadde oppdatert eksisterende samarbeids- og tjenesteavtaler med spesialisthelsetjenesten i tråd med anbefalingene. Tjuessju prosent svarte at de har oppdatert planene eller er i ferd med å gjøre det. Trettito prosent svarer at de ikke har begynt med det, mens 41 prosent svarer at de ikke har kjennskap til dette. Tallene stemmer godt overens med det som

ble samlet inn på samme spørsmål i IS-24/8 våren 2019. Da svarte også 26-28 prosent av kommunene at de hadde oppdatert avtalene i tjenester for voksne med psykisk helse eller rusproblemer, mens andelen var under 20 prosent når det gjaldt tjenester til unge med rusproblemer.



Figur 41 Har kommunen oppdatert eksisterende samarbeids- og tjenesteavtaler med spesialisthelsetjenesten, i tråd med anbefalingene i pakkeforløp? n = 333. Prosentandel.

I en av kommunene SINTEF intervjuet i forbindelse med evalueringen lurte kommunen på hvordan de skulle rigge et bedre samarbeid på systemnivå med spesialisthelsetjenesten. Løsningen ble at de nå møtes hver 14. dag for å diskutere utskrivningsklare pasienter og komplekse saker, og er fornøyd med denne løsningen:

Det var egentlig bestemt at vi skulle ha en felles fagdag, hvor jeg og noen utpekte kandidater fra spesialisthelsetjenesten skulle sette oss ned og lage noe, men det kom aldri i stand. Vi satt og ventet, de skulle på en måte ha regien for å starte det opp. Så vi har egentlig prøvd, ringt, prøvd å ta kontakt - hvordan skal vi samarbeide? Det står at vi skal samarbeide. Da startet vi bare med de her møtene, faste møtene, om utskrivningsklare pasienter. For at vi ser at endel blir meldt utskrivningsklare, og har store omfattende behov. Og meldes på et altfor sent tidspunkt. Ja. Så da ble vi enige om at vi prøver å ha møter. Fellesmøter hvor vi diskuterer de her som er - komplekse. Og som ikke har et tilbud ute i kommunen. Så det har vi nå gjennomført hver fjortende dag.

4.3 Oppsummert om kommunenes rolle i pakkeforløp

Basert på SINTEFs kartlegging for Helsedirektoratet (IS-24/8) våren 2018 var de aller fleste kommunene kjent med at det var i ferd med å utvikles pakkeforløp for psykisk helse og rus. Kommunene hadde forventninger om at det skulle føre til bedre utredninger av pasientene, og at det ville bli klarere kriterier for henvisning til spesialisthelsetjenesten, og at det ville føre til en bedre rolleavklaring og samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjeneste. Per mai 2019 var det kun én femtedel av kommunene som svarte at de hadde utarbeidet informasjon om pakkeforløp på kommunens nettsider, og i august/september 2019 var det fortsatt 70 prosent av kommunene som ikke hadde utarbeidet slik informasjon. Mange av kommunene fikk på plass forløpskoordinator i løpet av sommer/tidlig høst 2019 – kun 18 prosent av kommunene oppga at de ikke hadde forløpskoordinator på plass i NAPHA's kommuneundersøkelse i august/september. De fleste forløpskoordinatorer er ansatt i psykisk helse- og rustjenestene og/eller i Koordinerende enhet.

Svært få kommuner svarte at de i stor grad hadde blitt involvert i arbeidet med å implementere pakkeforløp i spesialisthelsetjenesten, og det er vårt inntrykk at kommunene har følt seg "på siden" i dette arbeidet i oppstartsfasen. Flere uttalte også at de oppfatter dette som en reform først og fremst for spesialisthelsetjenesten. De færreste fastlegene vi har snakket med hittil i evalueringen (høst 2019) har hatt god kunnskap om, eller konkrete erfaringer med, pakkeforløp. Man må erkjenne at innføring av

denne type landsomfattende reformer tar tid, og hvis kommunene har oppfattet at dette først og fremst er noe som skal skje i spesialisthelsetjenesten er det ikke overraskende at de er avventende og venter på initiativ fra spesialisthelsetjenesten før de konkretiserer arbeidet.

De aller fleste kommunene svarer at de mottar PLO-melding/e-link (el.l.) fra spesialisthelsetjenesten og nær 70 prosent av kommunene svarer at de deltar i samarbeidsmøter underveis i forløpet. Litt under en tredjedel av kommunene svarte at de deltar i planlegging av behandling tidlig i oppstart av pakkeforløp, og per høst 2019 var det også bare 20 prosent av kommunene som svarte at de mottar informasjon om evalueringpunkter og endringer i behandlingsplan. Det var hovedsakelig ansatte i psykisk helse- og rusarbeid som svarte i NAPHA's undersøkelse, og vi antar at det utover høsten har blitt sendt mange behandlingsplaner og andre dokumenter som informasjon til fastlegene. Det vil bli interessant i den videre evalueringen å undersøke hvordan denne informasjonen blir brukt i kommunene. I tilbakemeldingene fra behandlere i spesialisthelsetjenesten i SINTEFs undersøkelse i evalueringen uttrykkes det bekymring for om de bruker tid på å utarbeide og sende dokumenter som ikke blir lest i kommunehelsetjenesten.

Det kommer fortsatt signaler fra kommunene (blant annet til NAPHA) om at de ønsker klarere føringer for hva deres rolle i pakkeforløpene skal være. Over 70 prosent av kommunene kjente enten ikke til, eller hadde ikke påbegynt, det anbefalte arbeidet med å oppdatere samarbeids- og tjenesteavtaler med spesialisthelsetjenesten per september 2019. Det finnes imidlertid eksempler på enkeltkommuner som etter pakkeforløpenes introduksjon har kommet godt i gang med faste møter med spesialisthelsetjenesten på systemnivå der man i fellesskap gjør vurderinger av utskrivningsklare pasienter med sammensatte behov for oppfølging i kommunene.

5 Konklusjon

Pakkeforløp for psykisk helse og rus kan oppfattes som en reform som krever vesentlige strukturelle endringer, og at man gjennom disse skal oppnå ambisiøse faglige målsettinger som skal gi bedre kvalitet for pasienten. Det refereres til både som en strukturreform og en kvalitetsreform, og har blitt mye debattert, fra det ble klart at helsemyndighetene vurderte å innføre systemet. Mange fagfolk innen psykisk helse og rus var bekymret for økt standardisering i tjenestetilbudet til disse pasientgruppene. Debatten har gått høyt gjennom årene som har gått siden det først ble snakk om å innføre pakkeforløp. Helsemyndighetene valgte å gjennomføre en demokratisk og omfattende prosess med å utforme pakkeforløpene, med sterk involvering av fagfolk fra hele landet.

Man er fremdeles inne i en tidlig fase når det gjelder erfarings- og kunnskapsgrunnlaget for pakkeforløp psykisk helse og rus. Flere steder har man knapt kommet i gang med å registrere pasienter inn i pakkeforløp, selv om det nærmer seg et år siden den formelle startstreken. Implementering innebærer ofte en langvarig prosess, der en fullstendig "normalisering" av endringer og tiltak først vil skje en tid etter at den formelle implementeringsperioden er over (May, Mair et al. 2009).

Resultatene presentert i denne rapporten viser med all mulig tydelighet fagfolks skepsis til pakkeforløp i dette fagområdet, og konkretiserer hva dette innebærer. Et stort flertall av de ansatte mener pakkeforløp på dette tidspunktet ikke bidrar til måloppnåelse når det gjelder brukermedvirkning og brukertilfredshet (mål 1), sammenheng og koordinering (mål 2) og ivaretagelse av somatisk helse og levevaner (mål 3). På den annen side er de fleste godt fornøyd med status når det gjelder behandlingseenheten de er tilknyttet sin innsats på disse områdene. I intervjuene med ledere og behandlere kom det flere steder tydelig fram at dette var områder man hadde jobbet bevisst med gjennom flere år, og der man opplevde at man hadde blitt stadig bedre. Det er ikke dermed sagt at fagfolkene ikke ønsker å utvikle seg videre, mer en markering av at faglig utviklingsarbeid er noe man holder på med til enhver tid, og ønsker å ha kontroll med lokalt. Mange behandlere og ledere reagerer på det å få instruks om hvordan de skal drive med faget sitt. Alternativet, som enkelte ledere også har valgt, er å jobbe aktivt med å gjøre pakkeforløpet til "sitt" – skape et eierforhold i sin enhet, for eksempel ved justere allerede pågående utviklingsarbeid til å omhandle pakkeforløp.

Det er tidlig på dette tidspunktet i evalueringen, og heller ikke meningsfullt, å konkludere omkring pakkeforløpenes bidrag til de fem overordnede målsettingene. Til dette trengs lengre tid. Evalueringen har heller ikke samlet data om brukernes erfaringer og perspektiver ennå. Dette gjøres i 2020, og publiseres i desember 2020. De ansattes vurderinger gir imidlertid et signal om at utviklingen ikke er helt god. Resultater fra spørreundersøkelsen tyder også på at utbredt skepsis ved innføring i januar har blitt enda større i løpet av dette året.

Det er ingen tvil om at forsinkede og lite velfungerende datasystemer har påvirket implementeringen av pakkeforløp negativt, og bidrar til at selve registreringsjobben skaper mer frustrasjon og stress hos både ledere, behandlere og kontorpersonell enn den hadde behøvd å gjøre. Det at registreringsverktøyene ikke var klare ved innføring av pakkeforløp, og heller ikke fungerer tilfredsstillende ett år etter implementeringen, har påvirket motivasjonen og holdningene til pakkeforløp negativt. Det har overskygget fokus på operasjonalisering av innhold og kvalitet i pakkeforløpene. Det er avgjørende at utviklingen av registreringssystemer prioriteres høyt, og at dette også innebærer et sikkert system for påminnelse om kommende frister i pakkeforløpet for den enkelte behandler og forløpskoordinator. Det er behov for større fleksibilitet når det gjelder frister på grunnlag av praktiske problemer som kan oppstå (for eksempel pasienter som ikke møter til time, at spesialist ikke er tilgjengelig, at behandler er blitt syk etc), og det er behov for fleksibilitet i systemet når det gjelder faglige og kliniske vurderinger. Dersom pakkeforløp blir et for rigid system er det en fare at man overser spesielle behov hos bruker. En annen fare er at det kan oppstå en praksis med strategisk koding som i det store og hele gir et feil bilde av virksomheten.

Forløpskoordinatorrollen i er fortsatt i støpeskjeen i psykisk helsevern og i TSB, og resultatene som kommer fram i evalueringen viser at nytteverdien er noe som bør diskuteres ute i tjenestene. Intensjonen

om en kontaktperson som følger pasienten gjennom hele forløpet er foreløpig ikke tilpasset det som er gjennomførbart og hensiktsmessig i praksis.

Selv om de fleste kommuner har fått noen til å ta rollen som forløpskoordinator, gjerne ansatte i Koordinerende enhet eller enhet for psykisk helse og rus, er det fortsatt en vei å gå før kommunene finner sin plass i pakkeforløpene. Det er vår oppfatning at de har følt seg "på siden" i første del av implementeringsfasen, men det kommer også meldinger fra enkeltkommuner om at nye samarbeidsavtaler er tegnet og at det etableres faste samarbeidsmøter der utskrivningsklare og komplekse pasienter diskuteres. Fastlegene (og andre kommunale tjenester) vil etter hvert motta en økt mengde dokumenter med oppdateringer om sine pasienter fra spesialisthelsetjenesten, men om og hvordan informasjonen leses og brukes gjenstår å se. Det er forventninger i spesialisthelsetjenesten om at fastlegene skal gjøre en grundigere utredning av somatisk helse før henvisning, samtidig som pakkeforløp krever at spesialisthelsetjenesten skal ivareta somatikk og levevaner på en bedre måte. Det er for tidlig til å si noe om sammenhengene her, men evalueringen vil følge utviklingen også på dette delmålet.

6 Litteratur

- Allen, D. (2009). From boundary concept to boundary object: the practice and politics of care pathway development. *J Social Science Medicine*, 69(3), 354-361.
- Allen, D., Gillen, E., & Rixson, L. (2009). Systematic review of the effectiveness of integrated care pathways: what works, for whom, in which circumstances? *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 7(2), 61-74.
- Bero, L. A., Grilli, R., Grimshaw, J. M., Harvey, E., Oxman, A. D., & Thomson, M. A. (1998). Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ*, 317(7156), 465-468.
- Cull, W. L., O'Connor, K. G., Sharp, S., & Tang, S.-f. S. (2005). Response Rates and Response Bias for 50 Surveys of Pediatricians. *Health Services Research*, 40(1), 213-226. doi:10.1111/j.1475-6773.2005.00350.x
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 327-350. doi:10.1007/s10464-008-9165-0
- Faber, M. J., Grande, S., Wollersheim, H., Hermens, R., & Elwyn, G. (2014). Narrowing the gap between organisational demands and the quest for patient involvement: The case for coordinated care pathways. *International Journal of Care Coordination*, 17(1-2), 72-78.
- Fineide, M., & Ramsdal, H. (2014). Prosesstening: Utvikling av standardiserte pasientforløp og behandlingslinjer [Process thinking: Development of standardized patient care and care pathways]. *Velferdens Organisering*, 108-121.
- Flottorp, S., & Aakhus, E. (2013). Implementeringsforskning: vitenskap for forbedring av praksis. *Norsk epidemiologi*, 23(2).
- Foss, C., Ruud Knutsen, I. A., Havrevold Henni, S., & Myrstad, H. (2017). The challenges associated with implementing new practice. *Norwegian J Clin Nurs Sykepleien Forskning*, e59483.
- Gordon, S. A., & Reiter, E. R. (2016). Effectiveness of critical care pathways for head and neck cancer surgery: A systematic review. *Heal Neck*, 38(9), 1421-1427.
- Hellevik, O. (2015). Hva betyr respondentbortfallet i intervjuundersøkelser? . *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 56(02/2015), 211-229.
- Holmboe, O., Sjetne, I. S., & Danielsen, K. (2019). *Fastlegers vurdering av distriktspsykiatriske sentre. Resultater i 2018 og utvikling over tid*. Retrieved from Oslo:
- Jones, A. (2004). Perceptions on the standardization of psychiatric work: development of a care pathway. *Journal of psychiatric mental health nursing*, 11(6), 705-713.
- Kirchhoff, R., Bøyum-Folkeseth, L., Gjerde, I., & Aarseth, T. (2016). Samhandlingsreformen og fastlegene—et avstandsforhold? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(02), 95-106.
- Kitzinger, J. (2005). Focus group research: using group dynamics. *Qualitative research in health care*, 56, 70.
- Kjøllesdal, J., Iversen, H. H., Danielsen, K., Haugum, M., & Holmboe, O. (2017). Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern 2016. Nasjonale resultater. *PasOpp-rapport*.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interviews learning the craft of qualitative research interviews* (3rd Edition ed.). Los Angeles: Sage Publications.
- Lugtenberg, M., Zegers-van Schaick, J. M., Westert, G. P., & Burgers, J. S. (2009). Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. *Implementation Science*, 4(1), 54.
- Malterud, K. (2012). Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag.
- Martikainen, P., Laaksonen, M., Piha, K., & Lallukka, T. (2007). Does survey non-response bias the association between occupational social class and health? *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(2), 212-215. doi:10.1080/14034940600996563
- May, C., Mair, F., Finch, T., MacFarlane, A., Dowrick, C., Treweek, S., . . . Montori, V. (2009). Development of a theory of implementation and integration: normalisation process theory. *Implement Sci*, 4. doi:10.1186/1748-5908-4-29

- Melby, L., Ådnes, M., & Kasteng, F. (2017). *Sykepleie i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Retrieved from Trondheim:
- Meterko, M., Restuccia, J. D., Stolzmann, K., Mohr, D., Brennan, C., Glasgow, J., & Kaboli, P. (2015). Response Rates, Nonresponse Bias, and Data Quality Results from a National Survey of Senior Healthcare Leaders. *Public Opinion Quarterly*, 79(1), 130-144. doi:10.1093/poq/nfu052
- Mitchell, A. J., Lord, O., & Malone, D. (2012). Differences in the prescribing of medication for physical disorders in individuals with v. without mental illness: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 201(6), 435-443.
- Ose, S., & Kaspersen, S. (2017). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2017: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. Retrieved from Trondheim:
- Ose, S., Kaspersen, S., Hilland, G., Kalseth, J., & Ådnes, M. (2019). Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2019: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. *SINTEF-rapport 2019:01307*.
- Ose, S., Kaspersen, S., Ådnes, M., Lassemo, E., & Kalseth, J. (2018). Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2018: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. *SINTEF-rapport2018:01346*.
- Pearson, S. D., Goulart-Fisher, D., & Lee, T. H. J. A. o. i. m. (1995). Critical pathways as a strategy for improving care: problems and potential. *123*(12), 941-948.
- Pfeffer, J., & Sutton, R. I. (1999). Knowing "What" to Do Is Not Enough: TURNING KNOWLEDGE INTO ACTION. *California management review*, 42(1).
- Rebnord, I., Eikeland, O., Hunskår, S., & Morken, T. (2018). *Fastlegers tidsbruk. Bergen*. Retrieved from Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse:
- Rotter, T., Kugler, J., Koch, R., Gothe, H., Twork, S., van Oostrum, J. M., & Steyerberg, E. W. J. B. h. s. r. (2008). A systematic review and meta-analysis of the effects of clinical pathways on length of stay, hospital costs and patient outcomes. *8*(1), 265.
- Skudal, K. E., Holmboe, O., Haugum, M., & Iversen, H. K. H. (2017). Pasienters erfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2017. Resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2017 (PasOpp-rapporter). *PasOpp-rapport*.
- Steihaug, S., Johannessen, A.-K., Ådnes, M., Paulsen, B., & Mannion, R. (2016). Challenges in achieving collaboration in clinical practice: the case of Norwegian health care. *International journal of integrated care*, 16(3).
- Tøndel, G., & Ose, S. O. (2014). *Samarbeid mellom helsetjenestene for mennesker med psykiske lidelser*. Retrieved from
- Vanhaecht, K., De Witte, K., Panella, M., & Sermeus, W. J. J. o. e. i. c. p. (2009). Do pathways lead to better organized care processes? , *15*(5), 782-788.
- Vanhaecht, K., Ovretveit, J., Elliott, M. J., Sermeus, W., Ellershaw, J., & Panella, M. (2012). Have we drawn the wrong conclusions about the value of care pathways? Is a Cochrane review appropriate? *Evaluation the health professions*, 35(1), 28-42.
- Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M., & Laursen, T. M. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 453-458.

7 Vedlegg: Oversikt over hele evalueringen

Tabell 7 Oversikt over hele evalueringen av Pakkeforløp for psykisk helse og rus 2019-2021

Rapport	Innhold	Målsetninger som belyses	Metodikk og informanter	Tidspunkt	Omfang
Rapport 1 Desember 2019	Evalueringsrapporten formidler resultatene fra undersøkelse om erfaringene med de tre generelle pakkeforløpene som tjenesteytere har etter å ha mottatt pasienter / brukere i ca. 6 måneder.	1. Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet 2. Sammenhengende og koordinerte pasientforløp 5. Bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner	<i>Gruppeintervju I:</i> tjenesteytere i psykisk helse- og rus – spesialisttjenestene (ledere, behandlere, forløpskoordinatorer) <i>Individuelle intervjuer</i> med forløpskoordinatorer <i>Gruppeintervju II:</i> tjenesteytere i psykisk helse- og rus, kommunene (ledere, fagpersonell, koordinatorer) <i>Intervjuer med fastleger</i> (grupper og individuelle) <i>Digital spørreskjemaundersøkelse</i> til behandlingsansvarlige, ledelse og forløpskoordinatorer	2019 Sept.-november november	18 enheter (PHV, BUP og TSB fordelt på regionene) 6-10 kommuner * Alle enheter i spesialisthelse-tjenesten (nasjonal)
Rapport 2 Desember 2020	Evalueringsrapporten formidler resultatene fra undersøkelse om erfaringer med de tre generelle pakke-forløpene som tjenesteytere, pasienter/ brukere og pårørende har etter å ha mottatt pasienter/ brukere i ca. 1,5 år.	1. Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet 2. Sammenhengende og koordinerte pasientforløp 5. Bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner 3. Unngå faglig ubegrunnet ventetid for utredning, behandling og oppfølging 4. Mer likeverdige tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor	<i>Nye intervjuer</i> med tjenesteytere (noen av de samme som i 2019) <i>Kvalitative intervjuer</i> med pårørende <i>Bruker Spør Bruker</i> – hovedsakelig fokusgrupper <i>Data fra øvrige datakilder</i> (som Helsedirektoratet samler)	2020 Sept-oktober Vår 2020	Ca 12 enheter + kommuner 10-15 intervju 20 fokusgrupper
Rapport 3 Desember 2021	Samme tema som i delrapport 2 over, etter å ha mottatt pasienter/ brukere i ca. 2,5 år, samt at rapporten i tillegg skal formidle resultater etter undersøkelse av erfaringer med overgang mellom pakkeforløp.	Alle fem målsetninger som i 2020	<i>Nye intervjuer</i> med tjenesteytere (samme som i 2019 og 2020) <i>Ny Bruker Spør Bruker</i> – hovedsakelig fokusgrupper <i>Digital spørreskjemaundersøkelse</i> - oppfølging av den samme som i 2019 <i>Data fra øvrige datakilder</i>	2021 Sept-oktober	Ca 12 enheter + kommuner 20 fokusgrupper Alle enheter i spesialisthelse-tjenesten (nasjonal)

Metodisk opplegg i den videre evalueringen av pakkeforløp i perioden 2020-21

Metoder for å evaluere mål 1: Brukermedvirkning og brukertilfredshet

Hvorvidt pakkeforløp bidrar til mer brukermedvirkning og brukertilfredshet undersøkes ved en kombinasjon av følgende metoder:

- Digital spørreundersøkelse blant tjenesteytere (gjennomført høst 2019 og følges opp med ny survey i 2021)
- Gruppeintervjuer blant tjenesteytere (gjennomført høst 2019 og følges opp med nye intervjuer i 2020 og 2021)
- Individuelle intervjuer med forløpskoordinatorer (gjennomført høst 2019 og følges opp med nye intervjuer i 2020 og 2021)
- Intervjuer med pårørende (fokusgrupper og individuelle intervjuer i 2020)
- Bruker Spør Bruker (hovedsakelig fokusgrupper i 2020 og 2021)

Øvrige data som vil anvendes:

- Data fra PasOpp om brukerinvolvering og brukertilfredshet
- Data fra IS 24/8 om kommunalt ansattes forventinger og erfaringer med pakkeforløpene

Metoder for å evaluere mål 2: Samhandling og koordinering

Hvorvidt pakkeforløp fører til bedre samhandling og koordinering belyses ved en kombinasjon av følgende metoder:

- Digital spørreundersøkelse blant tjenesteytere (gjennomført høst 2019 og følges opp med ny survey i 2021)
- Gruppeintervjuer blant tjenesteytere (gjennomført høst 2019 og følges opp med nye intervjuer i 2020 og 2021)
- Individuelle intervjuer med forløpskoordinatorer (gjennomført høst 2019 og følges opp med nye intervjuer i 2020 og 2021)
- Intervjuer med pårørende (fokusgrupper og individuelle intervjuer i 2020)
- Bruker Spør Bruker (hovedsakelig fokusgrupper i 2020 og 2021)

Øvrige data som vil anvendes:

- Data fra PasOpp om samarbeid og koordinering
- Data fra IS 24/8 om samarbeid mellom nivåene

Metoder for å evaluere mål 3: Ventetid for utredning, behandling og oppfølging

Om pakkeforløp bidrar til at man unngår faglig ubegrunnet ventetid for utredning, behandling og oppfølging undersøkes ved en sammenfatning av data fra de ulike datakildene som Helsedirektoratet samler inn for å belyse hvorvidt målsetningen om blir oppfylt.

Metoder for å evaluere mål 4: Mer likeverdige tilbud:

For å evaluere om pakkeforløp bidrar til mer likeverdige tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor vil vi i rapportene for 2020 og 2021 sammenfatte data fra de ulike datakildene som Helsedirektoratet samler inn for å belyse hvorvidt målsetningen om likeverdige tilbud blir oppfylt.

Metoder for å evaluere mål 5: Somatisk helse og levekår

Spørsmålet om pakkeforløp fremmer tiltak rettet mot somatisk helse og levekår vil belyses i en kombinasjon av følgende metoder:

- Digital spørreundersøkelse blant tjenesteytere (gjennomført høst 2019 og følges opp med ny survey i 2021)
- Gruppeintervjuer blant tjenesteytere (gjennomført høst 2019 og følges opp med nye intervjuer i 2020 og 2021)
- Individuelle intervjuer med forløpskoordinatorer (gjennomført høst 2019 og følges opp med nye intervjuer i 2020 og 2021)
- Intervjuer med pårørende (fokusgrupper og individuelle intervjuer i 2020)
- Bruker Spør Bruker (hovedsakelig fokusgrupper i 2020 og 2021)

Øvrige data som vil anvendes:

- Data fra PasOpp om pasienters erfaringer når det gjelder ivaretagelse av fysisk helse
- Data fra IS 24/8 om kommunalt ansattes forventninger og erfaringer med pakkeforløpene



Teknologi for et bedre samfunn

www.sintef.no