

MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE311E

Navn: Kari Bøckmann og
Britt-Eva Hansen

**«Problemene er ikke løst, men vi har nå kanskje
gått et skritt eller to videre»**

Innføring av forløpskoordinatorer i psykisk helsevern og TSB

Dato: 23.06.2022

Totalt antall sider: 86

Forord

Innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skulle sikre pasienter helhetlige, sammenhengende og likeverdige tjenester. Et sentralt virkemiddel ved innføringen var opprettelsen av en ny funksjon i tjenestene; forløpskoordinatorer. Forløpskoordinatorene ble beskrevet som en kritisk suksessfaktor for innføringen. Vi har i denne oppgaven innhentet kunnskap om implementering av forløpskoordinatorordningen i Nord-Norge og sett nærmere på hva som skal til for at koordinatorene skal kunne å utøve sine oppgaver i tråd med ordningens intensjon.

Takk til informantene, både forløpskoordinatorene som brukte tid på fylle ut spørreskjema og lederne som stilte til intervju.

Mange har hjulpet oss med å framskaffe kunnskapen i undersøkelsen. En særlig takk til Kristin Johannesen, psykologspesialist Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (UNN), Lill-Grethe Kjønnås, kvalitetsrådgiver Helgelandssykehuset HF og Frank Nohr, rådgiver i Helse Nord RHF for bistand til utvikling av spørreskjema og intervjuguide. Odd Leithe ved avdeling for kunnskapsbygging i Nordlandssykehuset bidro med hjelp til å sende ut og sammenfatte data fra spørreundersøkelsen og Øystein Nerva, rådgiver i Helse Nord RHF hjalp til i analysearbeidet. Vi vil også takke biblioteket ved Nordlandssykehuset ved Idun Ribe Hovrud for hjelp med litteratursøk.

Vi vil også rette en stor takk til vår veileder professor Sverre Grepperud for nyttige råd, god støtte og engasjement.

Til slutt vil vi takke familier og kollegaer for tålmodigheten.

Bodø, 23. juni 2022

Kari Bøckmann

Britt-Eva Hansen

Abstract

Background: The establishment of coordinators to secure patient treatment programs was described as a crucial factor in the successful implementation of clinical programs in healthcare services for patients with psychiatric and substance abuse disorders in Norway. We have studied the implementation of the coordinators and examined the extent to which it has contributed to better patient pathways.

Material and Method: 1) A questionnaire was sent to all healthcare personnel working as coordinators in northern Norway (n=27, response rate: 67%). 2) Semi-structured interviews were completed with four leaders working in psychiatric and substance abuse services.

Results: There is a significant variation in how the coordinators have been implemented when it comes to working conditions and management support. The study also shows that there are more tasks involving registration and coding than patient-oriented work. The interviewee leaders believe that the coordinator system has provided better patient pathways, but the impact appears to be linked to the extent that clinical pathways are implemented in the service. Resistance to change is identified as a barrier to successful implementation.

Discussion: The finding suggests that the main goals of clinical pathways in psychiatric and substance abuse healthcare services is only partly related to how the system of coordinators are implemented. The study indicates that better preparation, funding and clearer responsibility and task descriptions from the authorities are recommended in a revision of patient pathways.

The study has limitations due to few participants from one region only. However, an acceptable response rate and the fact that many of our findings are consistent with previous research, suggests that the findings may be valid outside of northern Norway.

Conclusion: The coordinators seems to be important in providing coherent services for patients in clinical pathways in psychiatric and substance abuse services, but there are still improvements to be done to maximize the value of this function. More research which can help us understand and analyse the complexity of implementing new services in the health care system is needed.

Sammendrag

Bakgrunn: Innføring av ordningen med forløpskoordinatorer ble beskrevet som avgjørende faktor for å lykkes med innføring av pakkeforløpene innen psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Norge. Vi har undersøkt implementeringen av forløpskoordinatorordningen og stilt spørsmål ved om ordningen har bidratt til bedre pasientforløp.

Materiale og metode: 1) Elektroniske spørreskjema ble sendt alle forløpskoordinatorerne i Nord-Norge (n=27, svarprosent: 67%) 2) Semistrukturert intervju av ledere i psykisk helsevern og TSB i Nord-Norge (n=4).

Resultat: Det er en betydelig variasjon i hvordan forløpskoordinatorrollen er implementert i helseforetakene med hensyn til arbeidsbetingelser og lederstøtte. Oppgaver som omhandler koding og registrering utføres i betydelig større grad enn oppgaver som omhandler pasientkontakt. Ordningens betydning for bedre pasientforløp vurderes som positiv av ledere, men ser ut til å henge sammen med i hvor stor grad pakkeforløpene er innført i tjenesten. Motstand mot pakkeforløp beskrives som en barriere for innføringen.

Diskusjon: Samlet tyder funnene på at tyder det bare er delvis samsvar mellom pakkeforløpenes målsetting og hvordan forløpskoordinatorordningen er innført i tjenestene. Bedre forberedelser, finansiering samt tydeligere ansvars- og oppgavebeskrivelser anbefales ved en revisjon av ordningen. Undersøkelsen har begrensninger da antallet respondenter er begrenset og alle kommer fra en helseregion. En akseptabel svarprosent og at våre funn er i tråd med tidligere forskning tyder på at funnene fra undersøkelsen kan være gyldig også utenfor Nord-Norge.

Konklusjon: Forløpskoordinatorer kan ha en viktig funksjon med tanke på tilrettelegging av sammenhengende tjenester i psykisk helsevern og TSB. Men ordningen har et betydelig forbedringspotensial. Det trengs mer forskning for å få en bedre forståelse av hvilke forhold som påvirker implementering av nye tjenester og funksjoner i helsetjenesten.

Ordforklaringer/forkortelser

- Psykisk helsevern: Tilbud til mennesker med psykisk sykdom som har rett til behandling i spesialisthelsetjenesten
- Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB): Tilbud til mennesker med ruslidelser i spesialisthelsetjenesten
- Pakkeforløp: Pakkeforløp er standardiserte pasientforløp som beskriver hva pasientene skal tilbys med hensyn til utredning, behandling og oppfølging innenfor forhåndsdefinerte forløpstider
- Forløpskoordinator: Dedikerte ansatte som har et fått et delegert ansvar for og myndighet til å sikre sammenhengende pasientforløp og oppfølging, uten unødvendig ventetid

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	v
1 Innledning.....	1
2 Om pakkeforløp.....	3
2.1 Innføring av pakkeforløp innenfor kreftområdet:	3
2.2 Pakkeforløp innen psykisk helsevern og TSB.....	4
2.3 Om ordningen med forløpskoordinatorer.....	7
2.4 Forskning.....	9
3 Teoretisk rammeverk.....	13
3.1 COM-B og adferdsendringhjulet: implementeringsteorier	13
3.2 Organisasjonskultur og motstand	17
4 Materiale og metode.....	19
4.1 Spørreskjema.....	19
4.2 Semistrukturert intervju.....	21
5 Resultat (empiri).....	23
5.1 Kvantitative data	23
5.2 Kvalitativ analyse.....	32
6 Diskusjon.....	44
7 Konklusjon	56
Referanseliste	57
Figurliste:	65
Vedlegg	66
Vedlegg 1: Informasjon til forløpskoordinatorer	66
Vedlegg 2: Spørreundersøkelse forløpskoordinatorer.....	68
Vedlegg 3: Intervjuguide.....	73
Vedlegg 4: Invitasjon til intervju og samtykkeerklæring.....	75
Vedlegg 5: NSD Vurdering.....	78

1 Innledning

Pakkeforløp representerer en ny måte å organisere tjenester på i Norsk helsevesen. Gjennom standardiserte utrednings- og behandlingsforløp skal pasienter sikres forutsigbare, sammenhengende, helhetlige og likeverdige tjenester av god kvalitet. Pakkeforløpene har også som mål å bidra til effektiv utnyttelse av helsetjenestens kapasitet.

De første pakkeforløpene i Norge ble innført innenfor kreftområdet i 2015 (Helsedirektoratet, 2016) og i dag er det i alt 28 standardiserte forløp for ulike krefttyper. Innføringen har ført til bedre organiserte forløp og kortere ventetid (Melby et al., 2021). Den første januar 2019 ble det innført pakkeforløp også innen psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (Helsedirektoratet, 2018a).

Et sentralt virkemiddel ved innføring av pakkeforløpene var forløpskoordinatorer. Forløpskoordinatorerne har som oppgave å koordinere pasientforløpene og skape forutsigbarhet for pasientene. Både innenfor kreftområdet og innenfor psykisk helsevern og TSB fulgte det ikke klare føringer fra myndighetene om hvordan forløpskoordinatorordningen skulle organiseres. Rollen var overordnet beskrevet og det fulgte ingen ekstra ressurser med innføringen av ordningen. Det var opp til hvert enkelt helseforetak å beslutte ordningens innretning.

Innenfor kreftområdet vet vi nå at mange forløpskoordinatorer er merkantilt ansatte som er ulikt organisert internt i og på tvers av sykehus (Melby et al., 2021). Koordinatorerne verdsettes høyt av helsepersonell og oppfattes som problemløsere og viktige pådrivere for forløpene. Innenfor psykisk helsevern og TSB er forløpskoordinatorordningen ny og vi har lite kunnskap om hvem som har rollene, hvilke oppgaver de utfører og om innretningen har fungert i tråd med intensjonen.

Til forskjell fra pakkeforløpene innenfor kreftområdet møtte innføring av pakkeforløpene innenfor psykisk helse og rus betydelig motstand. Klinisk personell har beskrevet at deres handlingsrom og muligheter for å utøve klinisk skjønn er blitt mindre og rapporter beskriver implementeringen som mangelfull (Ådnanes et al., 2020; 2021).

Med dette som utgangspunkt har vi valgt å se på følgende problemstillinger:

- A. Hvordan er ordningen med forløpskoordinatorer innen psykisk helsevern og TSB implementert i spesialisthelsetjenesten?
- B. Hvilke forhold hemmer og fremmer forløpskoordinators mulighet til å utøve sitt arbeid i tråd med myndighetenes beskrivelser?
- C. Hvilken betydning har innføringen av forløpskoordinatorordningen hatt for bedring av pasientforløpene?

Med implementering menes både forhold som forløpskoordinatorernes arbeidsbetingelser, lederstøtte, arbeidsoppgaver og myndighetsstøtte ved innføringen.

Vi har belyst våre problemstillinger ved å gjennomføre en spørreskjemaundersøkelse sendt til alle forløpskoordinatorerne innen psykisk helsevern og TSB i Nord-Norge. Vi har også innhentet data gjennom semistrukturerte intervju av fire ledere fra fire helseforetak i Helse Nord. All data er innhentet fra Nord-Norge, men problemstillingene er generelle.

Generaliserbarheten av undersøkelsen drøftes i diskusjonsdelen. Før presentasjonen av teoretisk rammeverk (kapittel 3), metode (kapittel 4), empiri (kapittel 5) og diskusjon (kapittel 6) redegjør vi for bakgrunnen for pakkeforløp, føringer for koordineringen samt forskning på pakkeforløp i psykisk helsevern og TSB (kapittel 2).

I det følgende bruker vi begrepet koordinator om forløpskoordinatorer og begrepet ordningen om forløpskoordinatorordningen.

2 Om pakkeforløp

Pakkeforløp er standardiserte pasientforløp som beskriver organisering av og ansvar for diagnostisering, behandling og kommunikasjon med pasienter og pårørende. De tydeliggjør plassering av ansvar og angir konkrete forløpstider. Pakkeforløpene skal sikre at pasientene får riktig behandling til riktig tid på riktig tjenestested, med systematisk evaluering underveis.

Utvikling, planlegging og innføring av pakkeforløp i Norge koordineres av Helsedirektoratet. Pakkeforløpene angir hva som skal til for at tilbud til ulike pasientgrupper er faglig forsvarlige og i tråd med god praksis (Helsedirektoratet, 2018a) og bygger på forskning, faglige retningslinjer og veiledere for utredning og behandling. Pakkeforløpene utvikles gjennom grundige prosesser med sentrale fagpersoner, brukere og andre og er også på brede høringer før lansering. Den praktiske organiseringen og implementeringen av pakkeforløpene gjøres lokalt i helseforetakene, med stor eller liten støtte fra myndighetene.

2.1 Innføring av pakkeforløp innenfor kreftområdet:

Formålet med pakkeforløp kreft er beskrevet som følger (Helsedirektoratet, 2016):

"... kreftpasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnet forsinkelse i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering."

Ved mistanke om eller diagnostisering av kreft skal pasientene sikres en plan med tidsfrister for når tiltak skal iverksettes og det gis ventetidsgarantier. Pakkeforløpene har også bidratt til økt trygghet for fastlegene med tanke på når de skal henvise videre (Melby et al., 2021).

Pakkeforløpene innen kreftområdet er evaluert på bestilling fra Helsedirektoratet. På bakgrunn av intervjuer av 92 helsepersonell og 19 pasienter konkluderer Melby og medarbeidere i en Sintef-rapport (2021) med at innføringen av pakkeforløpene for kreft er en betinget suksess. De fant at pakkeforløpene bidrar til bedre organiserte forløp og kortere ventetid for pasientene, men peker også på at helsepersonell mener forløpstider ikke bør være det eneste kvalitetskriteriet som måles. Kreftforløp som ikke har en «egen pakke» kan risikere å bli lavere prioritert og undersøkelsen viste også at pakkeforløpene innen kreftområdet i liten grad har bidratt til styrket brukermedvirkning. Grønvold (2017) fant at innføring av pakkeforløpene ved Oslo Universitetssykehus bidro til økt samarbeid og samhandling mellom sykehusavdelinger og en økt pasientorientering i tjenestene. Hun fant imidlertid at

organisatoriske forhold gjorde det vanskelig å effektivisere pasientforløpene, på tross av pakkeforløpene.

Melby og medarbeidere (2021) undersøkte også kreftkoordinatorrollen. De fant at koordinatorene i kreftpakkeforløpene var ulikt organisert. De fleste var ansatt i merkantile stillinger før pakkeforløpene ble innført. Undersøkelsen tydet på at de ikke hadde spesielt mye pasientkontakt men arbeidet mest med den praktiske gjennomføringen av pakkeforløpene, inkludert logistikk og registrering av koder for ulike aktiviteter. Undersøkelsen viste at helsepersonell som var involvert i kreftutredning- og behandling verdsatte koordinatorenes innsats høyt: «*de binder sammen forløpet og aktører i forløpet*», samt at de er "problemløser" og pådrivere for å drive forløpet framover (Melby et al., 2021 s. 16). En annen undersøkelse viser at det er betydelig variasjon i hvordan koordinatører innenfor kreftområdet opplever og forstår sin egen rolle (Dar, 2019). Usikkerhet knyttet til lokalisasjon samt variasjoner i opplevelser med bakgrunn i autonomi og standardisering ble beskrevet.

2.2 Pakkeforløp innen psykisk helsevern og TSB

Helsedirektoratet (2020b) formulerte fem hovedmålsettinger med innføring av pakkeforløp innen psykisk helsevern og TSB:

- økt brukermedvirkning og brukertilfredshet
- sammenhengende og koordinerte pasientforløp
- unngå unødig ventetid for utredning, behandling og oppfølging
- likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor
- bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner

(Helsedirektoratet, 2020b)

Likeverdige tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av bosted var et av målene med pakkeforløpene. Det har over tid vist seg å være store geografiske forskjeller i behandlingstilbudet til pasienter i psykisk helsevern sammenlignet med pasienter i somatikken (Helsedirektoratet, 2019). Det er også dokumentert betydelig variasjoner i tilbud til pasienter med psykisk helse- og ruslidelser avhengig av hvilken helseregion de tilhører (Riksrevisjonen, 2021). Innad i Nord-Norge er det påvist store forskjeller i bruken av spesialisthelsetjenester for disse pasientgruppene. Rapporten «*Bruk av spesialisthelsetjenester innen rus og psykiatri i Nord-Norge, 2015- 2017*» fra Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) (Byhring et al. 2019) viste at det er store geografiske forskjeller i Helse Nord. Tilbudet var i for stor grad avhengig av bosted og diagnose, og bruk av

behandlingsplaner og individuelle planer i tjenestene var mangelfull, på tross av klare krav om dette fra myndighetene. SKDE (Byhring et al. 2019) oppsummerte følgende (s.43):

«Vi fant stor og uberettiget variasjon innad i Helse Nord, både når det gjelder bruk av polikliniske kontakter, institusjonsopphold og oppholdsøgn innen PHV og TSB. Hvor stor del av variasjonen som skyldes tilfeldigheter, variasjon i sykkelighet eller ulik arbeidsdeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, og hvor stor del som skyldes ulik faglig praksis i spesialisthelsetjenesten, er ukjent.»

Et annet mål ved innføring av pakkeforløpene var økt brukervedvirkning og brukertilfredshet. Brukervedvirkning er et sentralt prinsipp ved utvikling av gode tjenester (Coulter og Collins, 2012) og vi vet at brukertilfredshet øker med samvalg (Pettersen og Lofthus, 2018). Vi vet også at koordinerte pasientforløp bidrar til å skape gode overganger mellom sykehus og kommune (Sæter, 2020). Mange poliklinikker innen psykisk helsevern sikrer ikke tilstrekkelig brukervedvirkning og pårørendeinvolvering (Riksrevisjonen, 2021). Alle de ulike delene av pakkeforløpet inneholder brukervedvirkning og samhandling mellom relevante instanser, som første- og andrelinjetjenesten (Helsedirektoratet 2018c).

Ved innføring av pakkeforløp for psykisk helsevern og TSB så en både til innføringen av pakkeforløp kreft og til erfaringer fra Danmark. Danmark har siden 2013 hatt en landsomfattende ordning med pakkeforløp for ikke-psykotiske psykiske lidelser. De danske pakkeforløpene angir et standardisert antall timer til behandling ved ulike lidelser. Det stilles ikke krav om bestemte terapiretninger, men valgte metoder må være kunnskapsbaserte.

Innføringen av pakkeforløp i Danmark møtte mye motstand. Rossen og medarbeidere (2015) fant at de mest hjelpetrequende pasientene i Danmark hadde størst sannsynlighet for å ikke få plass i pakkene. Forskningsgruppen viste i en senere artikkel også at optimal bruk av spesialistkompetanse, som er en begrenset ressurs, ville være vanskelig innenfor pakkeforløpenes rammer (Rossen et al., 2016). Rebekka S. Trojaborg (2018) beskrev hvordan ledere og behandlere ble satt i en kryss-press-situasjon med krav om både standardisering og individuell tilrettelegging, samtidig. Hun fant gjennom intervjuer av danske behandlere at de opplevde å ha for liten tid til gode kliniske vurderinger og at dette medførte en risiko for at behandlingen ikke var i tråd med pasientenes behov.

Innføringen av pakkeforløp innen psykisk helsevern i Danmark er ikke blitt systematisk evaluert med hensyn til behandlingseffekt eller pasienttilfredshet (Alfarnes, 2016) men på en erfaringskonferanse i regi av danske myndigheter framkom det at ordningen har bidratt til

tydeligere avslutninger, raskere utredninger og bedre gjennomstrømming i pasientforløpene (Strand, 2016). Erfaringene var også at tjenestetilbudet var blitt mer likeverdig på tvers av regioner. Et lignende funn ble gjort av Marianne Kvamsdal i 2016 som fant at pasientene fikk raskere utredning og behandling samt bedre koordinerte tjenester etter innføringen av pakkeforløp i Danmark. Hun fant også reduserte ventetider og bedre ressursutnyttelse av tjenestens kapasitet. Et annet funn var at pakkeforløpene kunne føre til uønskede vridningseffekter og redusert valgfrihet for pasientene.

Før innføringen av pakkeforløpene innen psykisk helsevern og TSB i Norge frarådet tre danske spesialister norske myndigheter å innføre standardiserte tidsangivelser i norske pakkeforløp (Heinskou et al., 2015). Hovedbegrunnelsen deres var at det er en begrenset sammenheng mellom et enkelt individs diagnose og deres behov for behandling. De viste også til at behandlingsressursene i tjenestene er for små til at det er mulig å innfri timetallene i de danske pakkene.

Mange av erfaringene fra Danmark ble tatt hensyn til ved utvikling av de norske pakkeforløpene. En valgte å ikke innføre standardiserte angivelser av antall timer for ulike sykdommer, men vektla i stedet en standardisering av tjenesteorganisering, kommunikasjon og samhandling mellom tjenester. Det ble innført frister for utredning og evaluering men også føringer for hva som ble vurdert å være god kvalitet i henvisning, utredning og behandling.

De generelle pakkeforløpene har fire kapitler som beskriver pasientforløpet (Helsedirektoratet 2016):

1. Henvisning og start
2. Kartlegging og utredning
3. Behandling og oppfølging
4. Avslutning og videre oppfølging

Innføringen av pakkeforløpene i Norge ble av mange sett på som en krevende, overstyrende og reduksjonistisk reform som ikke passer i psykisk helsevern og TSB. Henrik Vogt og Andreas S. Pahle (2015) betegnet pakkeforløp som et «standardisert samlebåndsforløp», hvor individuell tilpassing ikke er mulig. De hevdet at formålet med pakkeforløp ikke var likeverdige tilbud, men kontroll på fagfolk, kostnadsreduksjon og krav til økt effektivitet framfor hva som er pasientenes behov. Marie M. Havn (2018) argumenterte for at pakkeforløpene kunne føre til økt individualisering der årsaker til lidelser i større grad ble plassert i individet og betydningen av strukturelle årsaker nedtonet. Noen holdt fram at dette i

seg selv innebar en fare for pasientsikkerheten (Ottesen, 2021). I debattartikkelen «*Psykoterapiforskning støtter ikke pakkeforløp*» (Stänicke, Oddli, Halvorsen & Benum, 2015), argumenteres det for at det ikke er en lineær sammenheng mellom behandlingsmetode, psykisk lidelse og effekt av behandling og at behandlingsmanualer kan føre til rigiditet og dårligere behandlingsallianse. Lise S. Loftsgaard (2020) poengterte i en lederartikkel i Tidsskrift for Norsk legeforening at «*Det er prisverdig å ville sikre brukermedvirkning og forutsigbarhet og å øke kvaliteten på tjenesten, men da er systemet man innfører også nødt til å måle kvalitet*» (s. 2). En annen bekymring som ble påpekt var at tid brukt på koding, vurdering og inntaksarbeid kunne gå på bekostning av pasientbehandlingen (Helmikstøl, 2020) og at tid og ressurser til utredning og behandling i tjenestene ikke henger sammen med kravene i pakkeforløpene (Tessand, 2019; Næs, 2019). Samtidig var det flere som argumenterte for at standardiserte forløp gir transparente tjenester av god kvalitet, at forløpene bygger på evidens og at pakkeforløpene er en nødvendig innstramming og et godt verktøy for kvalitetsforbedring i tjenesten (Walderhaug, 2021; Hoffart & Urnes, 2015). Forkjemperne for pakkeforløpene påpekte også at vi ikke kunne fortsette å ha den uberettigede variasjonen i tjenestetilbudet til disse pasientgruppene i Norge som den som var avdekket.

Som følge av regjeringsskiftet høsten 2021 er nå det varslet endringer i ordningen med pakkeforløp i psykisk helsevern og TSB. I oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) 2022 til de regionale helseforetakene står følgende (s. 6):

Pakkeforløp psykisk helse og rus vil endre navn til pasientforløp og på sikt erstattes med nye løsninger. Frem til ny løsning er på plass, opprettholdes forløpene og de av indikatorene som måler innhold i pasientforløp.

HOD vil altså erstatte begrepet «pakkeforløp» med «pasientforløp». De vil imidlertid holde fast på indikatorene som måler innhold i pasientforløpene fram til ny løsning er på plass. I den varslede endringen vil det være hensiktsmessig å innhente utfyllende kunnskap om implementering av koordinatorenes funksjon samt hvordan koordinatorene bidrar i arbeidet med å skape helhetlige og sammenhengende pasientforløp.

2.3 Om ordningen med forløpskoordinatorer

Koordinatorer ble beskrevet som en kritisk suksessfaktor og pakkeforløpenes viktigste verktøy for samhandling og koordinering (Helsedirektoratet, 2018a; Ådnanes et al., 2021). Ordningen skulle understøtte behandlere og ledere ved innføring av pakkeforløpene i Norge og koordinatorene skulle ha et overordnet ansvar for å følge forløpstider, kode målepunkter

og koordinere behandlingsforløp i henhold til pakkeforløpenes retningslinjer. Alle avdelinger med ansvar for å tilby pakkeforløp skulle ha koordinatore og Helsedirektoratet påpekte at det var et lederansvar å planlegge virksomheten slik at det fantes et tilstrekkelig antall koordinatore på systemnivå (Helsedirektoratet, 2018c).

Pasientene skulle også få informasjon om ordningen. Det var et krav om at telefonnummer til koordinatorene for de ulike pakkeforløpene skulle fremkomme på foretakenes nettsider. Helsedirektoratet (2018c) skriver også at pasienten skal settes i kontakt med koordinator ved henvisning og at dette vil sikre informasjonsflyt og samarbeid dersom pasient har behov for tjenester fra flere aktører. På Norges offentlige helseportal står følgende om koordinerte tjenester innen psykisk helsevern og TSB:

Forløpskoordinator vil være en viktig kontaktperson for deg og eventuelt dine pårørende, og kan svare på spørsmål og gi informasjon om hva som skal skje underveis i et forløp.

Helsenorge.no

Helsedirektoratet (2018c) beskriver ansvar- og oppgavene til forløpskoordinator som følger:

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

I føringene fra Helsedirektoratet framkommer det også at koordinatorene skal ha delegert ansvar for og myndighet til å sikre sammenhengende pasientforløp og oppfølging uten unødig ventetid. Det er opp til virksomhetene selv å bestemme hvor koordinatorene skal være organisert og hvem som skal ha disse rollene.

2.4 Forskning

Vi har funnet forskning om innføring av pakkeforløp ved å søke via søkemotorene Medline og Embase samt ved hjelp av Google scholar. Søkeordene «treatment packages», «patient pathway», «clinical pathway» og «psychiatry» ble benyttet. Vi søkte på studier publisert etter 2017. I alt 8 studier som omhandler implementering av pakkeforløp innen psykisk helsevern og TSB i Norge ble identifisert.

En eksplorerende studie om innføring av pakkeforløpene innen psykisk helsevern og TSB i Norge, før selve innføringen, fant at forutinntatte holdninger til hva pakkeforløp er, bekymringer rundt faglig autonomi blant personell samt motstand mot byråkratisering i organisasjonens kultur sannsynligvis ville vanskeliggjøre implementeringen (Eskeland og Dahle, 2017). Både forsiktig optimisme og uttalt motstand mot pakkeforløp ble avdekket. Lederne trakk fram at en kultur- og holdningsendring blant ansatte sannsynligvis ville ha stor betydning for om implementeringen skulle kunne lykkes.

De mest omfattende evalueringene av implementeringen av pakkeforløpene i Norge er utført av Sintef, på bestilling av Helsedirektoratet. Ett år etter innføringen ble et utvalg ledere, behandlere og koordinatorene i spesialisthelsetjenesten (n=3431) spurt om deres erfaringer med pakkeforløpet (Ådnes et al., 2020). Både kvantitative og kvalitative data ble innhentet. Undersøkelsen viste at det var variasjoner i ansattes vurdering av pakkeforløpene og at ledere generelt var litt mer positive enn behandlerne. De fant dette mønsteret også når det kom til vurdering av opplevd nytte av koordinatorene. I alt 52% av behandlerne rapporterte at ordningen med koordinatorene var nyttig for ledere, 42% at den var nyttig for behandlere, og 30% at den var nyttig for pasientene. Lederne vurderte nytten av ordningen som større. I alt 75% av lederne rapporterte at forløpskoordinatorrollen var nyttig for dem selv og behandlerne, og 55% mente den var nyttig for pasientene. Mellom 10 og 30% av ledere og behandlerne mente at koordinatorene ikke var nyttige for noen. I intervjuene uttrykte informantene stor usikkerhet om hvorvidt ordningen kunne løse de problemer den var ment å løse. Så mye som 68% av behandlerne svarte at pakkeforløpene ikke bidro til mer sammenhengende og koordinerte pasientforløp sammenlignet med før innføringen men at arbeidsbelastningen var økt (80%) og at de brukte mer tid på registrering (94%).

Sintef gjennomførte en ny evaluering med samme spørsmål ett år senere, høsten i 2020 (Ådnes et al., 2021). I denne undersøkelsen ble også pasienter og pårørendes erfaringer inkludert. Undersøkelsen viste at innføringen av pakkeforløpene på dette tidspunktet hadde

«satt seg» med hensyn til administrative rutiner og krav til koding og registrering. Undersøkelsen viste imidlertid at utviklingen hadde vært svak med tanke på pasientrettet aktivitet, som brukermedvirkning ved utarbeidelse av behandlingsplaner og samarbeidsmøter. Undersøkelsen fant videre at de fleste koordinatorene jobbet enten på overordnet eller merkantilt nivå og at hovedoppgaven deres var å følge med på at tidsfrister ble holdt og koder registrert. Myndighetenes føringer om at koordinatorene skulle følge pasienten gjennom hele forløpet var lite uttalt. Undersøkelsen viste at ingen av brukerne og bare få av de pårørende hadde hørt om koordinatorene, men uttalte at *«forløpskoordinatorens tiltenkte funksjon kunne være nyttig»* (s.11). Sintef-rapporten konkluderte med at det ennå gjenstår en god del før en kan konkludere med at pakkeforløpene har bidratt til økt brukermedvirkningen, mer sammenhengende og koordinerte forløp samt bedre oppfølging av somatisk helse og levevaner (Helsedirektoratet 2018b). Samme undersøkelse vil gjennomføres av Sintef og publiseres i 2024 (sintef.no).

I tillegg til sintef-undersøkelsene har det vært gjort flere mindre studier av innføringen av pakkeforløp og ordningen med koordinatorene i psykisk helsevern og TSB. Ved BUP Follo gjennomførte Rannveig Woll (2019) en spørreundersøkelse av ledere, behandlere og merkantilt ansatte (n=55). Studien målte informantenes erfaringer og synspunkter om pakkeforløpene før og etter innføringen, første januar 2019 (repeterte målinger i inngruppedesign). På denne arbeidsplassen ble det ikke funnet endringer i tidsbruk på pasientbehandling, samarbeidsmøter og interne drøftinger før og etter innføringen. Når det kom til registrering, koding og journalføring var erfaringene annerledes. Behandlerne på BUP Follo rapporterte en klart forverret situasjon med hensyn til tid brukt på disse arbeidsoppgavene etter innføring av pakkeforløpene.

Ellen Wangsfjord og Toril Lassemo (2020) undersøkte lederes erfaringer med innføringen av pakkeforløp på BUP i Nordlandssykehuset. Et hovedfunn var at tydelig ledelse var sentralt for å lykkes med implementeringen. Pakkeforløpene måtte snakkes om ofte og ledere måtte være engasjert og framsnakke innføringen. Funnene fra denne undersøkelsen samsvarer med funn fra Kristin Bredas (2020) nasjonale undersøkelse av ledere i BUP. Også hun fant at lederes involvering og engasjement var av stor betydning for å lykkes med implementering av pakkeforløpene. I Bredas undersøkelse rapporterte lederne at de forventet å møte motstand i personalgruppen fordi behandlernes autonomi ble utfordret ved innføring av pakkeforløpene og at fagfeltet nå stod overfor en økt byråkratisering.

En annen utfordring som ble avdekket gjennom kvalitative intervju om innføringen av koordinatorene i tjenesten var usikkerhet og forvirring. Gjennom dybdeintervju (n=19) fant Aasen og medarbeidere (2019) at lederne og behandlerne på Oslo universitetssykehus (OUS) var usikker på hvordan de skulle innføre koordinatorene i tjenestene med utgangspunkt i Helsedirektoratets føringer. Særlig var det usikkerhet knyttet til om det var behandlerne, merkantilt ansatte eller ledere, som skulle ha denne rollen.

Tom Ellingsen og Petter Danielsen (2020) gjennomførte en større undersøkelse av ledere og behandleres erfaringer med innføringen av pakkeforløp ved tre ulike distriktpspsykiatriske senter i Helse Sør-Øst. Gjennom analyse av 14 intervjuer fant de at behandlerne opplevde at pakkeforløpene reduserte deres faglige autonomi. De fant også at krav om utredning innen gitte tidsfrister kunne medføre at kliniske beslutninger ble tatt på svakt grunnlag, og at pasienter som ikke var i et utredningsløp ble nedprioritert. Dokumentasjonskravene var også økt og ble opplevd som hemmende. Lederne var mer positive til pakkeforløpene og formidlet at de hadde fått bedre oversikt over pasientgjennomstrømningen. Undersøkelsen viste at de faglige standardene som ble innført gjennom pakkeforløpene hadde høy legitimitet og opplevdes å understøtte god faglig tenkning, men at de ikke passet for alle pasientene eller ved kompliserte forløp. Behandlerne opplevde at deres muligheter til å utøve klinisk skjønn ble begrenset av standardiseringen og at deres handlingsrom var blitt betydelig mindre. Tom Ellingsen og Petter Danielsen konkluderte med at innføring av pakkeforløpene ser ut til å innebære en gradvis endring i organisasjonsformen i tjenestene fra det som kan beskrives som en profesjonsbyråkratisk modell og mer i retning av en tradisjonell maskinbyråkratisk modell (Mintzberg, 1979). De pekte videre på at innføringen kan ha hatt uintenderte effekter i form av dreiningseffekter og målforskyvninger.

Det er også foretatt en systematisk litteraturstudie og kunnskapsoppsummering om forskningen som lå til grunn for pakkeforløpene. David Hansen og Jonas T. Onarheim (2020) fant at forskningsgrunnlag for innføringen av pakkeforløp i psykisk helsevern var begrenset. De påpekte også at pilotering var fraværende og at det manglet en plan for effektevaluering. Gjennom kunnskapsoppsummeringen (889 studier identifisert, 13 inkludert) fant de at mange behandlerne opplever økt rapporteringspress og frykter dårligere kliniske beslutninger. Videre pekte de på at pakkeforløpene kan påvirke behandlernes profesjonsutøvelse og autonomi og de advarte mot at kostnadseffektivitet prioriteres fremfor kvalitet i behandling.

Oppsummeringen viste at det i flere studier kom fram at helsepersonell har utfordringer med å forstå begrunnelsen for pakkeforløpene og setter spørsmålstegn ved om innføringen faktisk er

en kvalitetsreform slik Helsedirektoratet hevder. I tillegg fant de at ledere uttrykker usikkerhet om hvordan de skal organisere og håndtere forløpskoordinatorrollen i pakkeforløpene. Daniel Hansen og Jonas T. Onarheim (2020) oppsummerte med å etterspørre en større faglig debatt om grunnlaget for pakkeforløpene samt påpeke at evaluering og følgeforskning bør være et premiss for implementering av slike reformer (s. 60).

3 Teoretisk rammeverk

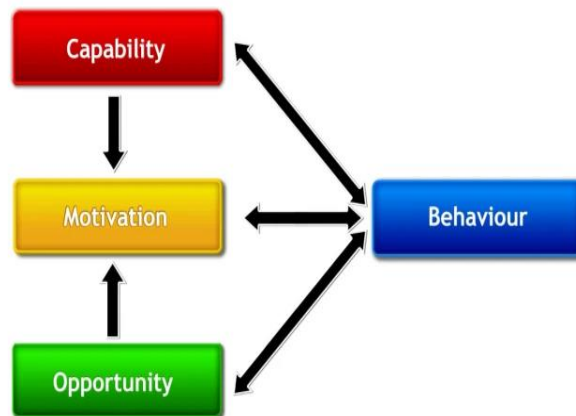
Innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern og TSB har påvirket hele tjenesteapparatet og satt krav til endring av atferd, både individuell og kollektiv atferd. I dette kapittelet er vi hovedsakelig opptatt atferdsendringsteori. Atferdsendringsteorier bidrar med relevante begreper og kategorier som kan hjelpe oss å forstå og analysere atferd.

Atferdsendringsteoriene kan også være viktige verktøy i identifisering av faktorer som har betydning for atferdsendring. I analysen av ordningen med koordinatorene som virkemiddel ved innføring av pakkeforløpene, har vi anvendt COM-B og atferdsendringshjulet (Michie, van Stralen og West, 2011). Disse modellene tar utgangspunkt i individuell atferd men anerkjenner samtidig at en rekke faktorer som ligger utenfor individet vil påvirke atferd og utløse atferdsendringer. Vi velger også kort å presentere teori om organisasjonskultur og motstand. Tidligere studier viser at slike forhold kan være sentrale i endringsprosesser.

3.1 COM-B og adferdsendringshjulet: implementeringsteorier

Susan Michie og medarbeidere (2005) hadde som mål å gjøre psykologisk teori mer anvendbar ved implementering av evidensbasert praksis. Gjennom en konsensusbasert tilnærming ble tolv sentrale områder identifisert, blant annet kunnskap, ferdigheter, tro på egne evner, sosiale påvirkninger og motivasjon. Forskergruppen konkluderte med at bevissthet rundt disse områdene vil kunne bidra til bedre forståelse av atferdsendringsprosesser ved implementering av evidensbasert praksis. I etterkant av dette arbeidet ble det utviklet systematiske modeller som COM-B og atferdsendringshjulet (Michie, van Stralen og West, 2011). COM-B kan beskrives som et teoretisk rammeverk som tydeliggjør sammenhengen mellom komponentene Capability, Opportunity og Motivation, og Behavior (figur 1).

Figur 1: COM-B



Figurtekst: Figuren viser at evner, muligheter og motivasjon påvirker atferd og at atferd påvirker både evner, motivasjon og muligheter (Michie, van Stralen og West, 2011, s 4).

C i COM-B referer til Capability, heretter oversatt til «evne». Michie og medarbeidere (2011) definerer evne som individets fysiske og psykologiske kapasitet. Dette inkluderer også nødvendige ferdigheter og kunnskaper som må til for å beherske og engasjere seg i aktuell aktivitet.

O i COM-B står for Opportunity, heretter oversatt til «mulighet». Komponenten mulighet omhandler alle faktorer som ligger utenfor individet. Eksempel på dette er finansiering og materielle ressurser, lovverk, statlige føringer og brukerrettigheter.

M i COM-B står for Motivation, heretter oversatt til «motivasjon». Motivasjon kan defineres som hjerneprosesser som dirigerer atferd og gir energi. Komponentene inkluderer emosjonell respons, vaner og beslutningstaking (Michie, van Stralen og West, 2011).

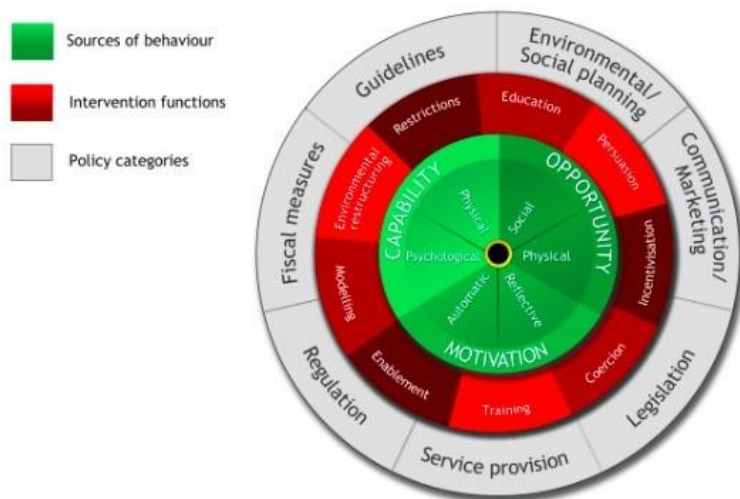
B i COM-B-modellen står for Behavior, heretter oversatt til «atferd». Atferd i denne sammenhengen dreier seg om individuell aktivitet, kontrollert av hjernen (Michie, van Stralen og West, 2011). Både evne, mulighet og motivasjon kan hemme og fremme atferd.

Modellen bidrar også til en utvidet forståelse av hvordan en endring i en av de tre komponentene, eller i kombinasjonen av de tre komponentene, kan føre til atferdsendring. De ulike komponentene i COM-B påvirker hverandre gjensidig. For eksempel vil evne og

mulighet kunne påvirke motivasjon. En gitt atferd kan også påvirke evne, motivasjon og mulighet. COM-B-modellen er et nyttig verktøy når en skal forsøke å forstå bakgrunnen for hvorfor et individ har utvist en gitt atferd i en gitt kontekst. Modellen representerer et rammeverk som bidrar med begreper og en utvidet forståelse av hvilke forhold som påvirker atferd. Dette er nyttig når man skal forstå og analysere menneskelig atferd i organisasjoner.

Michie og medarbeidere (2011) videreutviklet COM-B ved å sette komponentene C, O og M inn i en større sammenheng (atferdsendringshjulet). Atferdsendringshjulet er en modell som består av tre lag og representerer en utvidet og mer detaljert beskrivelse av komponenter (elementer) som kan ligge til grunn for atferd. Overordnede føringer som påvirker atferd samt en konkretisering av aktuelle implementeringstiltak er en del av modellen (Figur 2).

Figur 2: Atferdsendringshjulet



Figurtekst: Atferdsendringshjulet beskriver COM-B og sammenhengen mellom implementeringstiltak samt ytre forhold (Michie et al, 2011, s 7)

I atferdsendringshjulet er komponentene C, O og M fra COM-B-modellen plassert som et nav i midten (grønn sirkel). Den røde sirkelen representerer forhold som kan påvirke de tre komponentene og dermed ha betydning for atferdsendring (intervensjonsfunksjoner). Med andre ord forhold og tiltak som kan hemme eller fremme en vellykket implementering. Eksempel på slike forhold kan være utdanning, opplæring og ferdighetstrening, men også begrensede ressurser og restriksjoner i organisasjonen. I artikkelen *The behaviour change wheel: A new method for characterizing and designing behavior change interventions*

(Michie, van Stralen og West, 2011) definerte forfatterne intervensjoner som kan bidra til å atferdsendring på følgende måte (s.1):

“Behaviour change interventions” can be defined as coordinated sets of activities designed to change specified behaviour patterns. In general, these behaviour patterns are measured in terms of the prevalence or incidence of particular behaviours in specified populations.

Atferdsendringshjulet ytterste sirkel (grå sirkel - policyfunksjoner) synliggjør at individers atferd påvirkes av situasjonen de er en del av (konteksten). Dette inkluderer en rekke overordnede føringer som lovgivning, profesjonelle normer, organisatorisk kontekst og kultur (Michie, van Stralen og West, 2011).

Atferdsendringshjulet er et verktøy for årsaksanalyse av atferd og tydeliggjør at atferd må sees i en kontekst når en skal planlegge intervensjoner som har som mål å endre atferd i organisasjoner. Målet for ønsket atferd må altså forstås i lys av en rekke komponenter og forhold. Fordi ønsket atferd er en del av et komplekst system bør en være nøye på å kartlegge aktuelle komponenter før implementering og vurdere om planlagte intervensjoner kan ha uintenderte effekter. Michie og medarbeidere (2011) holder fram at følgende spørsmål bør stilles i en slik atferdsanalyse: *“What conditions internal to individuals and in their social and physical environment need to be in place for a specified behaviour target to be achieved?”* (s. 9).

I Norge har Eli Feiring og Astrid Lie (2018) tidligere brukt COM-B for å analysere atferdsendringer i spesialisthelsetjenesten. De identifiserte ti faktorer som påvirker implementering av oppgaveglidning og konkluderte med at oppgaveglidning ikke bare krever utvikling av tekniske ferdigheter, men også kan innebære endringer i organisering, rutiner og rolleidentitet. Flere pedagogiske og organisatoriske intervensjoner ble beskrevet. Å bygge opp en teamorientert kultur ble ansett som et viktig mål.

3.2 Organisasjonskultur og motstand

Organisasjonskultur påvirker atferd i organisasjoner. Menneskets handlinger i en organisasjon er et resultat av hvordan de har utviklet felles mønstre som meninger og holdninger over tid (Jacobsen og Thorsvik, 2019). Edgar Schein (1985, i Jacobsen og Thorsvik, 2019) definerer organisasjonskultur som følger (s. 124):

“Organisasjonskultur er et mønster av grunnleggende antakelser utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjonen - som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte på, tenke på og føle på i forhold til disse problemene”.

En sterk organisasjonskultur som bærer preg av tillit, har større mulighet til å nå sine mål enn organisasjoner preget av mistillit og manglende sosialt fellesskap (Jacobsen og Thorsvik, 2019). Når store endringer skal innføres vil organisasjonens kultur prege implementeringen. Jeroen Stouten og medarbeidere (2018) holder fram to forhold som er særlig viktige for at organisasjoner skal lykkes i endringsprosesser. For det første må endringsagentene (sentrale personer i organisasjonen) klare å skape et opplevd behov for endring. For det andre må endringsagentene håndtere den motstanden som ofte oppstår.

Det er funnet at endringsstrategier som innebærer orden og tvang i større grad møter motstand enn endringsstrategier som vektlegger samarbeid og konsultasjon (Dunphy og Stace, 1988). Jacobsen og Thorsvik (2019) påpeker at diktatoriske eller tvungne endringer ofte mislykkes da mennesker som jobber i moderne organisasjoner ofte har høy utdanning og er sterkt spesialiserte. Disse gruppene yter gjerne motstand mot endringer de ikke er enige i særlig dersom endringene ikke vurderes som godt begrunnet, er godt forberedt, rettferdige eller nødvendige (Kotter og Cohen, 2002). Motstand kan være positivt når en gruppe mennesker forsvaret det som i utgangspunktet er kjent, og som de mener er riktig og godt. Dersom endringsprosesser ikke er godt nok forberedt eller gjennomtenkt, kan motstand bidra med nye perspektiver og bedre løsninger. Motstand kan imidlertid også være destruktivt når grupper av mennesker setter sine egne interesser foran organisasjonens eller målgruppens beste (Jacobsen og Thorsvik, 2019).

John P. Kotter og Dan S. Cohen (2002) holder fram at grundige analyser av årsaker til atferd, mulige implementeringstiltak og god planlegging er nødvendig når endringer som sannsynligvis fører til motstand skal innføres. Ledere bør også ha en nøytral tilnærming ved implementering og vektlegge læring av både tilbakeslag og det en lykkes med (Pfeffer og Sutton, 2006b). At ledere har en ydmyk og systematisk tilnærming til evaluering og hva som kan bidra til gode endringer, vil kunne påvirke grad av motstand i organisasjoner.

4 Materiale og metode

For å belyse problemstillingene våre har vi valgt et mixed-method design. Data fra kvalitative og kvantitative undersøkelser vil kunne utfylle hverandre og dermed bidra til en bred forståelse av problemstillingene.

Undersøkelsen er godkjent av Norsk senter for forskningsdata, SND (vedlegg 5)

4.1 Spørreskjema

Kvantitative data ble innhentet gjennom en spørreskjemaundersøkelse sendt til alle koordinatorene i Nord-Norge. Spørreskjemaet ble utviklet i samarbeid med en ressursgruppe bestående av koordinatorene for alle koordinatorene ved henholdsvis Universitetssykehuset i Nord-Norge og Helgelandssykehuset samt rådgiver i Helsefagavdelingen i Helse Nord RHF. De hadde alle arbeidet lenge med implementering av ordningen i Helse Nord.

Spørreskjemaet bestod av 14 spørsmål (vedlegg 2). Både kategoriske og kontinuerlige data ble innhentet. Kategoriske data omhandlet bakgrunnsvariabler, oppgavebeskrivelser, barrierer og forbedringsområder. Valg av kategorier som omhandlet koordinatorenes oppgaver baserte seg på Helsedirektoratets beskrivelser av koordinators ansvars- og arbeidsoppgaver (Helsedirektoratet, 2020c) samt ressurspersonenes innspill og kjennskap til hvordan ordningen er implementert i helseforetakene i dag. Det ble i tillegg innhentet kontinuerlige data, blant annet ved bruk av en skala fra 1 (stemmer ikke) til 7 (stemmer helt), som skulle måle koordinatorenes vurderinger av ulike forhold knyttet til sitt arbeid.

Spørreskjemaet ble pilotert ved å spørre 3 helsepersonell med erfaring som koordinatorene. Små justeringer ble utført etter piloteringen.

Spørreskjemaet ble sendt ut sammen med en informasjonsmail som redegjorde for undersøkelsen (vedlegg 1). Undersøkelsen ble sendt som quest-back og mailadresser ble holdt fraskilt fra svarene. Data som kunne føre til gjenkjenning ble ikke etterspurt (kjønn, alder, arbeidssted) for å sikre anonymitet.

Materiale:

Alle koordinatorene innen psykisk helsevern og TSB i Nord-Norge ble invitert til å delta i undersøkelsen. I alt 27 mailer ble sendt og vi fikk i første omgang 17 svar. Etter en puring svarte en til (N=18, svarprosent 67%). Materialet er beskrevet i tabell 1.

Tabell 1: Beskrivelse av materialet

<i>Spørsmål</i>	<i>Antall personer</i>	<i>Prosent</i>	
<u>Utdanning:</u>			
Videregående skole:	4	22,2%	
3 år på høyskole/universitet:	3	16,7%	
Mer enn 3 år på høyskole/universitet:	11	61,1%	
<u>Arbeidssted:</u>			
Døgnavdeling	5	27,8%	
Poliklinikk/ambulant team	5	27,8%	
Døgn/poliklinikk/ambulant team	8	44,4%	
<u>Foreligger stillingsbeskrivelse?:</u>			
Ja:	7	41,2%	
Nei:	10	58,8%	
<u>Foreligger rutiner for forløpskoordinering?:</u>			
Ja:	11	58,8%	
Nei:	5	29,4%	
Vet ikke:	2	11,8%	
<u>Hvordan ble du rekruttert til jobben?:</u>			
Tildelt jobben som tilleggsoppgave i eksisterende jobb:	11	61,1%	
Omplassert:	1	5,6%	
Nytilsetting	6	33,3%	
<i>Spørsmål</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maksimum</i>	<i>Gjennomsnitt</i>
Antall år i arbeid i spesialisthelsetjenesten:	1 år	28 år	10,8 år
Antall måneder som forløpskoordinator:	1 mnd	37 mnd	19,7 mnd
Prosentdel av stilling satt av til forløpskoordinering:	0%	100%	47,3%
<i>Spørsmål</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maksimum</i>	<i>Median</i>
Antall pasienter koordinatorene hadde ansvar for koordineringen av:	14 pas	1300 pas	270 pas

4.2 Semistrukturert intervju

For å innhente synspunkter og erfaringer fra ledere med ansvar for koordinering innen psykisk helsevern og TSB valgte vi å gjennomføre semistrukturerte intervjuer. Kvalitative metoder er egnet til å generere kunnskap om menneskelige erfaringer og samhandling, opplevelser, tanker, motiver og holdninger (Malterud, 2017).

For å sikre at vi fikk inn erfaringer som kunne bidra med nyanser og som gav oss en utvidet forståelse ble et strategisk utvalg av ledere invitert til å delta i semistrukturerte intervju.

Lederne ble valgt ut på bakgrunn av ansvarsområde, erfaring med implementering av ordningen, fagområde samt tilhørighet til helseforetak. Alle fire helseforetakene i Nord-Norge og alle fagområdene var representert (psykisk helsevern voksne, psykisk helsevern barn og TSB) og alle hadde hatt lederansvar under implementeringen av ordningen. De arbeidet da som enhetsledere eller avdelingsledere. Alle inviterte takket ja.

For å sikre at materialet vi innhentet var best mulige egnet til å besvare våre problemstillinger (validitet) ble både innholdet i intervjuguiden (vedlegg 3) og utvelgelse av ledere drøftet med ressursgruppen. Vurdering av undersøkelsens interne og eksterne validitet drøftes nærmere i diskusjonsdelen.

Flere grep ble gjort for å sikre undersøkelsens repeterbarhet (reliabilitet). En informasjonsmail med samtykkeskjema ble sendt ut i forkant av intervjuet (vedlegg 4). Alle fikk opplest samme tekst om studiens målsetning, intervjuets hovedinnhold og forhold rundt anonymitet ved intervjuets begynnelse. Samtlige intervjuer ble gjennomført på Teams av begge forfatterne og samme person var hovedintervjuer i alle intervjuene.

Intervjuguiden la vekt på ledernes erfaringer med innføring av ordningen, herunder hvordan ordningen var forberedt og implementert, positive og negative erfaringer, nytteverdi, betydningen av innføringen med hensyn til å lykkes med pakkeforløp samt bevarings- og forbedringspunkter. Intervjuguiden ble i all hovedsak fulgt men enkelte tilpasninger ble gjort for å avklare utsagt samt innhente utdypende informasjon. Alle hovedtema ble dekket i alle intervjuene.

Opptakene av intervjuene ble ordrett transkribert. En leder ønsket å lese transkripsjonen men hadde ingen anmerkninger eller rettelser etter gjennomlesningen. Intervjuene varte fra 35 til 59 minutter.

Forfatterne av denne undersøkelsen er utdannet helsepersonell og har lang erfaring fra ledelse og klinisk virksomhet innenfor psykisk helsevern og TSB. Dette har hatt betydning for vår forståelse ved innhenting, tolkning og drøfting av materialet. Betydningen av vår forforståelse omtales i drøftingsdelen.

5 Resultat (empiri)

I dette kapitlet presenteres våre resultater. Vi har valgt å presentere funnene vi vurderer som særlig relevante for våre tre problemstillinger. Vi presenterer først våre funn fra den kvantitative analysen (kapittel 5.1) basert på intervjueskjemaene sent ut til koordinatorene (heretter omtalt som respondenter). Deretter presenteres våre funn fra den kvalitative analysen (kapittel 5.2) basert på intervjuene med lederne (heretter omtalt som informanter). Hovedtemaene i de to analysene er i stor grad overlappende, men funnene belyser problemstillingene på ulike måter. Dette omtales nærmere i diskusjonskapitlet.

5.1 Kvantitative data

Vår første problemstilling (implementering av ordningen) besvares gjennom en tre-delt presentasjon av våre resultater. Innledningsvis presenteres diverse bakgrunnsopplysninger om respondentene som vedrører forhold som erfaring, utdanning, rekruttering og arbeidsbetingelser (se punkt A1 og tabell 1 (s. 20)). Deretter presenteres respondentenes vurderinger av utsagn som omhandler egen arbeidssituasjon (se punkt A2 og tabell 2 og 3). Avslutningsvis presenteres respondentenes beskrivelser av hvilke oppgaver de utfører (se punkt A3 og figur 3).

Når det gjelder vår andre problemstilling (hvilke forhold fremmer og hemmer forløpskoordinators mulighet til å utøve sitt arbeid i tråd med myndighetenes beskrivelser), presenteres respondentenes vurderinger av hva som er de største barrierene (hemmere) for at ordningen skal bidra til bedre pasientforløp (se punkt B og figur 4).

Vår tredje problemstilling (Hvilken betydning har innføringen av ordningen hatt for bedring av pasientforløpene?) blir belyst ved svarene presentert i figur 5 (se punkt C). Under dette presenteres også resultatene fra noen korrelasjonsanalyser hvor vi undersøker samvariasjonen mellom respondentenes vurdering av om «ordningen har bidratt til bedre pasientforløp» og noen utvalgte variabler (blant annet arbeidsbetingelser, lederstøtte og implementering av pakkeforløpene på egen arbeidsplass). Grunnet lavt antall informanter må disse funnene tolkes med forsiktighet.

A1) Bakgrunnsopplysninger om respondentene

I dette avsnittet presenteres bakgrunnsinformasjon som er særlig relevant for våre problemstillinger. Resten av bakgrunnsinformasjonen finnes i tabell 1 (s. 20). Mange av respondentene i undersøkelsen hadde lang erfaring fra arbeidet i spesialisthelsetjenesten, mellom ett og 28 år (gjennomsnitt 10,8 år) og hadde jobbet som koordinatore mellom en og 37 måneder (gjennomsnitt: 19,7 måneder). De fleste hadde høyere utdanning (76,8%) og hele 61,1% hadde mer enn 3-årig utdanning på høyskole eller universitet. I alt 11 (61,1%) ble tildelt rollen som koordinator som tilleggsoppgave i eksisterende jobb, seks ble nytilsatt (33,3%) mens en hadde blitt omplassert (5,6%). For 11 (58,8%) av respondentene forelå det rutiner for forløpskoordinering, fem (29,4%) hadde ikke rutiner for dette på sin arbeidsplass, mens to svarte «vet ikke» på dette spørsmålet (11,8%). Kun 7 (41,2%) av 17 hadde stillingsbeskrivelse som forløpskoordinator. Ved gjennomgang av bakgrunnsvariablene er det særlig grunn til å merke seg at respondentenes arbeidsbetingelser var svært ulike. Stillingsprosent avsatt til koordinering varierte fra 0 til 100% (gjennomsnitt, 47,3%) og på spørsmålet om hvor mange pasienter respondentene hadde ansvar for å koordinere forløpene til, svarte de fra 14 til 1300 (median 270).

A2) Respondentenes vurderinger av egen arbeidssituasjon

Respondentene ble bedt om å vurdere i hvor stor grad en rekke utsagn som omhandler implementering stemmer med deres arbeidssituasjon. De svarte på en skala fra 1 (stemmer ikke) til 7 (stemmer helt).

Tabell 2: Koordinatorernes vurdering av utsagn presentert som gjennomsnitt

Spørsmål	Gjennomsnitt
Jeg har mulighet til å utføre mine arbeidsoppgaver i tråd med stillingsbeskrivelsen	3,35
Mine ansvars- og arbeidsoppgaver er avklart med min leder	5,11
Jeg har faste møtepunkter med ledelsen	4,17
Jeg har tilstrekkelig lederstøtte/oppfølging	4,47
Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i rollen	3,06
Jeg har mulighet til å være med å utvikle/påvirke rollen som forløpskoordinator	5,56
Min rolle og mine oppgaver er godt kjent på min arbeidsplass	5,11
Informasjon om ordningen er godt kjent for pasienter og pårørende	2,71
Jeg samarbeider med andre koordinatorene i eget helseforetak	5,56
Jeg deltar i regionalt nettverk for koordinatorene	4,59

Fra tabell 2 følger det at respondentene skårer høyt på spørsmål som omhandler «medvirkning i utvikling av rollen» (5,56), «ansvars- og arbeidsforhold er avklart med leder» (5,11), «respondentenes rolle og oppgaver er godt kjent på arbeidsplassen» (5,11) og «samarbeidet med koordinatorene både lokalt (5,56) og regionalt (4,59)». I motsatt ende av skalaen ser vi at respondentene skårer lavt på «informasjonen om ordningen er godt kjent for pasienter og pårørende» (2,71).

Resultatene i tabell 2 er presentert som gjennomsnittskårer men gjennomsnitt reflekterer ikke variasjonen i data. For å ta hensyn til en eventuell variasjon så har vi derfor sett på utsagn hvor over 25% av respondentene skåret i skalaens to ytterpunkter (ekstremverdier); 1 (stemmer ikke) og 7 (stemmer helt) (se tabell 3).

Tabell 3: Koordinatorernes vurdering av utsagn der mer enn 25% av respondentene skåret i skalaens ytterpunkt

<i>«Stemmer ikke» (1):</i>	
Jeg har mulighet til å utføre mine oppgaver i tråd med stillingsbeskrivelsen	42,1%
Informasjon om ordningen er godt kjent for pasienter og pårørende	29,4%
Jeg har faste møtepunkter med ledelsen	27,8%
Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i rollen	27,8%
<i>«Stemmer helt» (7):</i>	
Jeg samarbeider med andre koordinatore i eget helseforetak	44,4%
Jeg har mulighet til å være med å utvikle/påvirke rollen som forløpskoordinator	38,9%
Mine arbeid- og ansvarsoppgaver er avklart med min leder	33,3%
Jeg har faste møtepunkter med ledelsen	33,3%

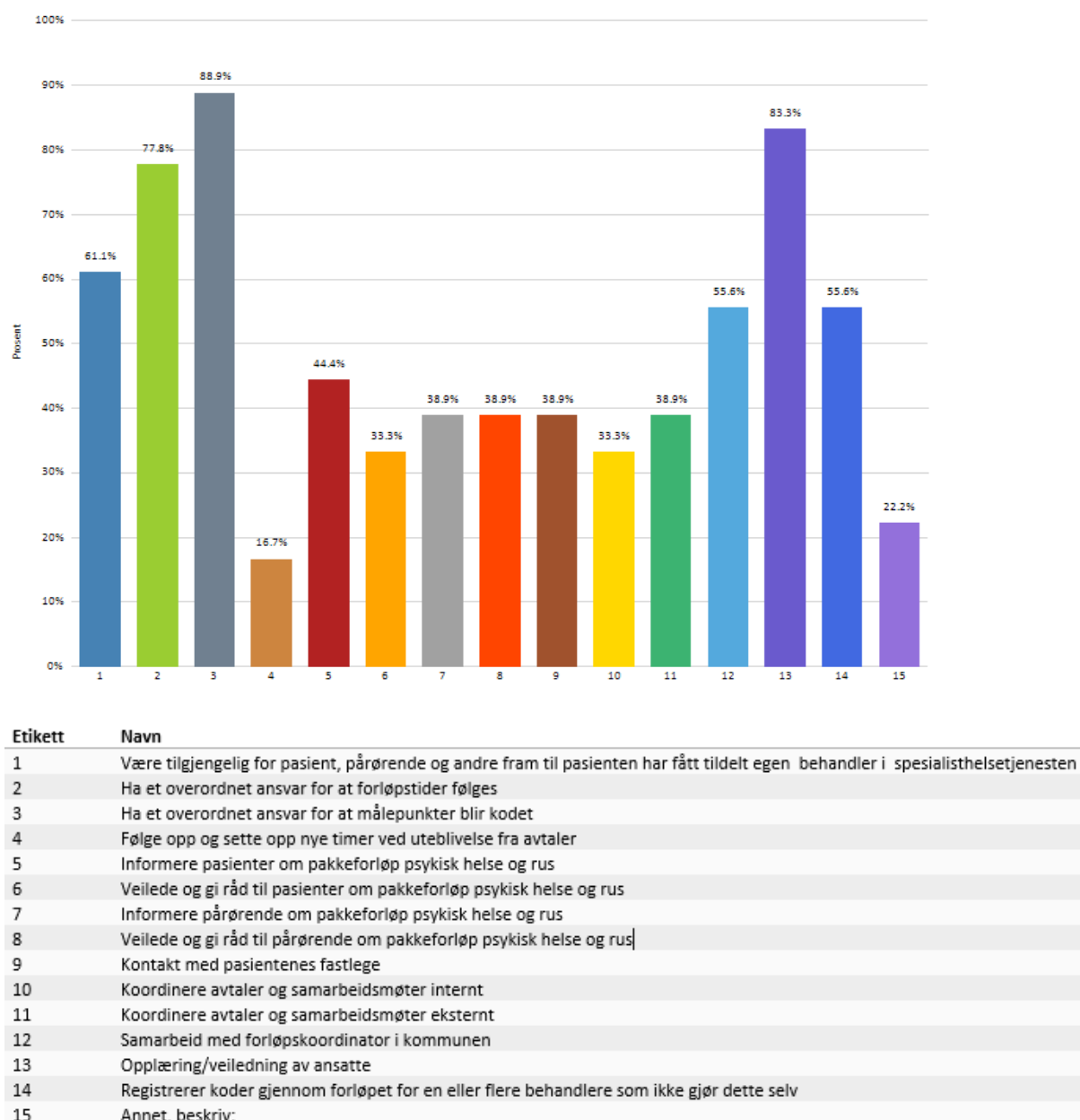
Tabell 3 viser at respondentenes svar spriker i betydelig grad for noen utsagn. Dette gjelder særlig utsagnet «jeg har faste møtepunkter med ledelsen» der 2/3 av respondentene svarte med en ekstremverdi (33,3 % svarte «stemmer ikke» og 33,3% svarte «stemmer helt»). Det samme mønsteret finner vi for utsagnet «Jeg har mulighet til å utføre mine oppgaver i tråd med stillingsbeskrivelsen» der hele 42,1 % svarte «stemmer ikke», mens over 50% svarte 5,6 eller 7 på skalaen.

Videre legger vi til grunn at god implementering fordrer kontinuitet i jobben som koordinator. Respondentenes svar på om de ser for seg at de fortsatt er i jobben om to år sier noe om deres arbeidssituasjon og god implementering fordrer kontinuitet i sentrale posisjoner. På spørsmål om respondentene trodde de fortsatt jobbet som koordinatore om to år svarte kun fem «ja» (27,8 %), seks (33, 3%) svarte «nei» mens syv av respondentene svarte «vet ikke» (38,9%).

A3) Respondentenes beskrivelser av hvilke oppgaver de utfører

Koordinatorenes oppgaver er et annet område som har betydning for vurderingen av om ordningen er implementert. Figur 3 beskriver hvilke oppgaver respondentene utfører. På dette spørsmålet ble de bedt om å krysse av for alle oppgavene de utførte minst en gang per måned.

Figur 3: Forløpskoordinators oppgaver



Figurtekst: Figuren viser hvilke oppgaver koordinatorene i Nord-Norge rapporterer at de utfører minst en gang per måned.

Figuren viser at nesten alle respondentene har et overordnet ansvar for at forløpstider følges (77,8%) samt at målepunkter blir kodet (88,9%). En stor andel hadde også ansvar for å undervise og veilede ansatte (83,3%). På den andre enden av skalaen ser vi at kun 16,7% av respondentene hadde ansvar for å sette opp timer ved uteblivelse. Å rådgi og veilede pasienter og pårørende er en ansvars- og arbeidsoppgave for koordinatorene som er beskrevet av Helsedirektoratet, men færre enn halvparten av respondentene i undersøkelsen rapportert at de gjorde dette (målt ved hjelp av fire utsagn med variasjon i svarprosent fra 33,3% til 44,4%).

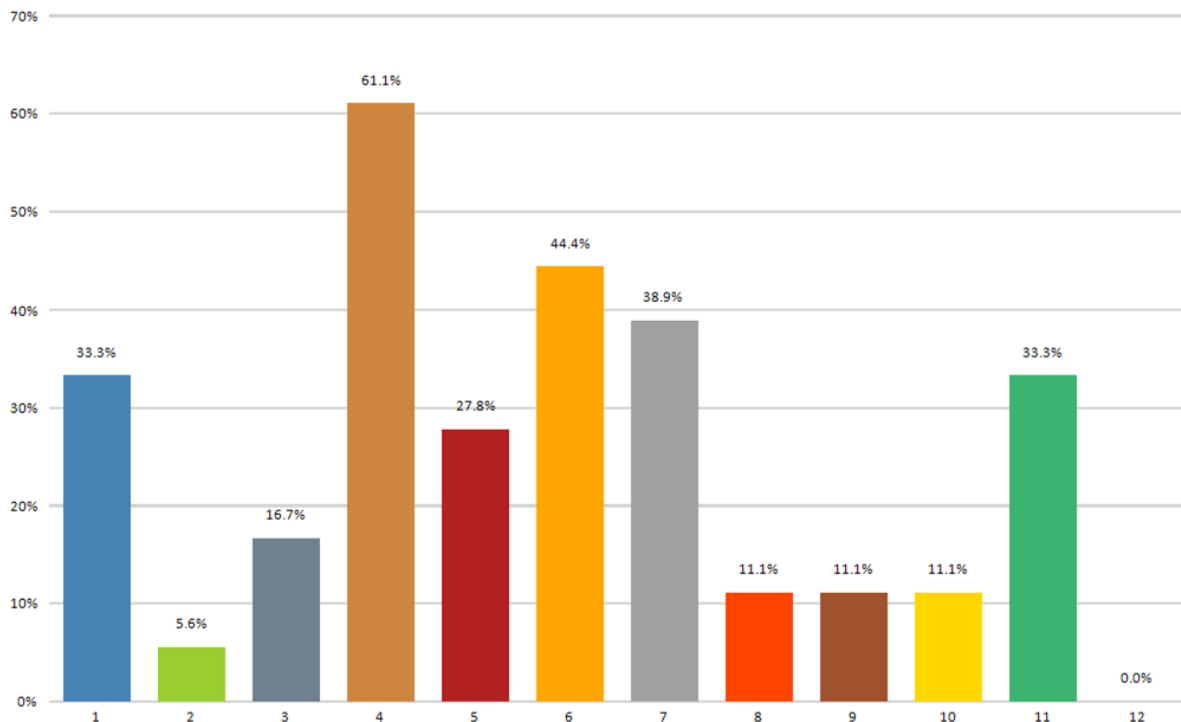
Respondentene ble i tillegg til å rapportere om oppgaver med forløpskoordinering spurt om de utførte andre oppgaver. Nesten halvparten av respondentene oppga av de drev med pasientbehandling (47,1%) i tillegg til koordineringsoppgaver. En stor del av koordinatorene utførte også administrative oppgaver (47,1%).

B) Respondentenes vurderinger av hva som er fremmer og hemmer ordningen

Innføringen av pakkeforløp i psykisk helsevern og TSB møtte motstand og flere forhold som kunne hemme og fremme innføringen ble påpekt i undersøkelsen. Respondentene ble bedt om å krysse av på inntil tre forhåndsdefinerte barrierer (hemmere) av en meny på 12. Den øvre grensen på tre ble satt for å kunne se hvilke barrierer flest koordinatorene oppfattet som størst. Alle de 18 respondentene hadde krysset av for tre barrierer (totalt 54 kryss).

Søylediagrammet nedenfor (figur 4) viser prosentandel av totalpopulasjonen som krysset av for ulike barrierer.

Figur 4: Barrierer for at ordningen kan bidra til bedre pasientforløp



Etikett	Navn
1	Kunnskap om pakkeforløp hos behandlere
2	Kunnskap om pakkeforløp hos ledere
3	Motstand mot koding
4	Motstand mot pakkeforløp
5	Uavklart ansvar og myndighet til forløpskoordinator
6	Mangelfull lederstøtte/engasjement
7	Tilstrekkelig tid
8	Datatekniske utfordringer i DIPS Arena
9	Informasjon om forløpskoordinatorrollen
10	Oppfølging av fristbrudd
11	Uklare samarbeidslinjer med kommunene
12	Annet, beskriv:

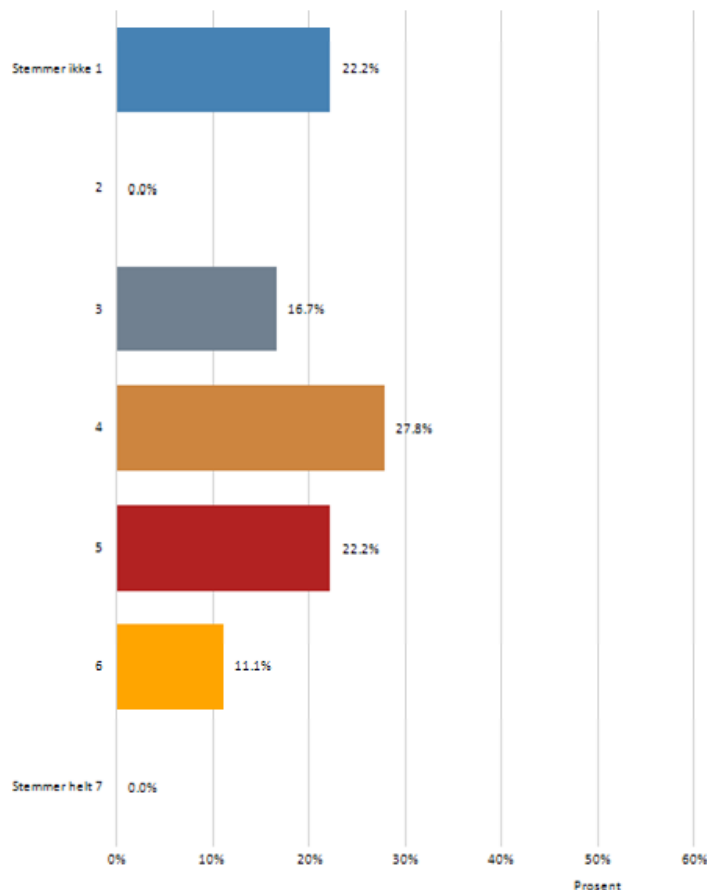
Figurtekst: Koordinatorenes vurdering av hva som er de største barrierene for at forløpskoordinatorer skal kunne bidra til bedre pasientforløp på deres arbeidsplass. De ble bedt om å krysse av på tre faktorer.

Figuren viser at den barrieren flest respondenter vurderte som betydelig var «motstand mot pakkeforløp» (61,1%). I alt 33,3% krysset av for at «kunnskap om pakkeforløp hos behandlerne» var en av de tre største barrierene. På motsatt ende av skalaen finner vi «kunnskap om pakkeforløp hos lederne» hvor kun en av respondentene angav denne som en stor barriere. Det er videre verdt å merke seg at andre relativt viktige barrierer var «tilstrekkelig tid» (38,9%) og «lederstøtte» (44,4%). Dette er resultater som i tråd med funnene i tabell 3 som viser at lederstøtten varierer blant respondentene og at så mye som 42,1% svarte «stemmer ikke» på spørsmålet om de har mulighet til å utføre sine oppgaver i tråd med stillingsbeskrivelsen.

C) I hvor stor grad respondentene mener ordningen har bidratt til bedre pasientforløp

Det ble stilt ett spørsmål som vedrører den mulige effekten av innføring av ordningen: «I hvor stor grad mener du at innføringen med koordinatorene har bidratt til å bedre pasientforløpene i tjenesten du arbeider i?» Respondentene ble bedt om å svare på en skala fra 1 (stemmer ikke) til 7 (stemmer helt).

Figur 5: Ordningens betydning for bedre pasientforløp



Figurtekst: Spredningen i svar på hvorvidt ordningen med forløpskoordinering har bidratt til bedre pasientforløp i tjenesten de arbeider i på en skala fra 1 (stemmer ikke) til 7 (stemmer helt).

Figur 4 viser at det er stor spredning i hvordan respondentene vurderer ordningens betydning for bedre pasientforløp. I alt 33,3% av respondentene skårer på den positive enden av skalaen (skåre 5 og 6), mens så mye som 22,2% krysser «stemmer ikke» (skår 1) på om ordningen har ført til bedre pasientforløp.

Vårt datamateriale er ikke egnet til å avdekke årsak-virkningsforhold av ulike variabler men det er av interesse å studere hvorvidt utvalgte variabler samvarierer. Vi valgte å se nærmere på samvariasjonen mellom variabelen «I hvor stor grad mener du at innføringen med

koordinatorer har bidratt til å bedre pasientforløpene i tjenesten du arbeider i?» og noen utvalgte variabler (se tabell 4) der respondentene svarte på en skala fra 1 (stemmer ikke) til 7 (stemmer helt).

Tabell 4: Utvalgte variabelers samvariasjon med variabelen «I hvor stor grad mener du at innføringen av koordinatorer har bidratt til å bedre pasientforløpene i tjenesten du arbeider i?» (nyttevariabel)

Spørsmål	Korrelasjon
I hvor stor grad mener du at innføringen av pakkeforløp har bidratt til å bedre pasientforløpet i tjenesten du arbeider i?	0,93
I hvor stor grad vurderer du at pakkeforløpene er innført på din arbeidsplass?	0,89
Mine ansvars- og arbeidsoppgaver er avklart med min leder	0,68
Jeg har tilstrekkelig lederstøtte/oppfølging	0,65
Prosentandel av stilling avsatt til arbeid med forløpskoordinering	0,62
Jeg har faste møtepunkter med ledelsen	0,61
Jeg har mulighet til å utføre mine arbeidsoppgaver i tråd med stillingsbeskrivelsen	0,53
Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i rollen	0,45

Tabellen er rangert fra høyeste til laveste korrelasjon. Innføringen av koordinatorer i tjenester var bare ett avgrenset virkemiddel i pakkeforløpene. Vi finner en svært sterk, men ikke overraskende, korrelasjon mellom «i hvor stor grad ordningen har bidratt til å bedre pasientforløpene i tjenesten du arbeider i» og informantenes vurdering av pakkeforløpenes nytteverdi («I hvor stor grad mener du at innføringen av pakkeforløp har bidratt til å bedre pasientforløpet i tjenesten du arbeider i?») (korrelasjon (r) på 0,93). Det var videre høy korrelasjon mellom «koordinatorenes bidrag til bedre pasientforløp» og respondentenes vurdering av «I hvor stor grad vurderer du at pakkeforløpene er innført på din arbeidsplass?» (r=0,89). Korrelasjonsanalysen tilsier også at det er en sammenheng mellom vurderingen av ordningens nytteverdi («i hvor stor grad ordningen har bidratt til å bedre pasientforløpene i tjenesten du arbeider i») opp mot lederstøtte (r= 0,65) og avklarte ansvars- og arbeidsoppgaver (r=0,68).. Samvariasjonen med «prosentandel av stilling satt av til

forløpskoordinering» ($r= 0,62$) og «jeg har mulighet til å utføre mine arbeidsoppgaver i tråd med stillingsbeskrivelsen» ($r= 0,53$) antyder også en sammenheng da korrelasjoner over 0,55 vurderes som sterke når de omhandler psykologiske mål (Svartdal, 2018).

Oppsummering av kvantitative data:

Funnene fra den kvantitative delen av undersøkelsen viser at det er en betydelig variasjon med hensyn til forhold som omhandler implementering. Dette gjelder blant annet arbeidsbetingelser og lederstøtte. Også beskrivelser av hvilke oppgaver respondentene utførte viser at forløpstider og koding utføres av de fleste, mens oppgaver som omhandler kontakt med pasienter og pårørende utføres av under halvparten av respondentene. Når det gjelder hva som var barrierer for innføring av ordningen så holdt 61,1% av respondentene fram «motstand mot pakkeforløp», men også «tidspress» (38,9%) og «lederstøtte» (44,4%) ble vurdert som viktige barrierer. Et annet funn fra den kvantitative undersøkelsen var at det var stor spredning i respondentens svar på spørsmålet som omhandlet om hvorvidt ordningen hadde bidratt til bedre pasientforløp og at denne faktoren korrelerte høyt med deres vurdering av pakkeforløpenes betydning og hvordan pakkeforløpene var innført på deres arbeidsplass.

5.2 Kvalitativ analyse

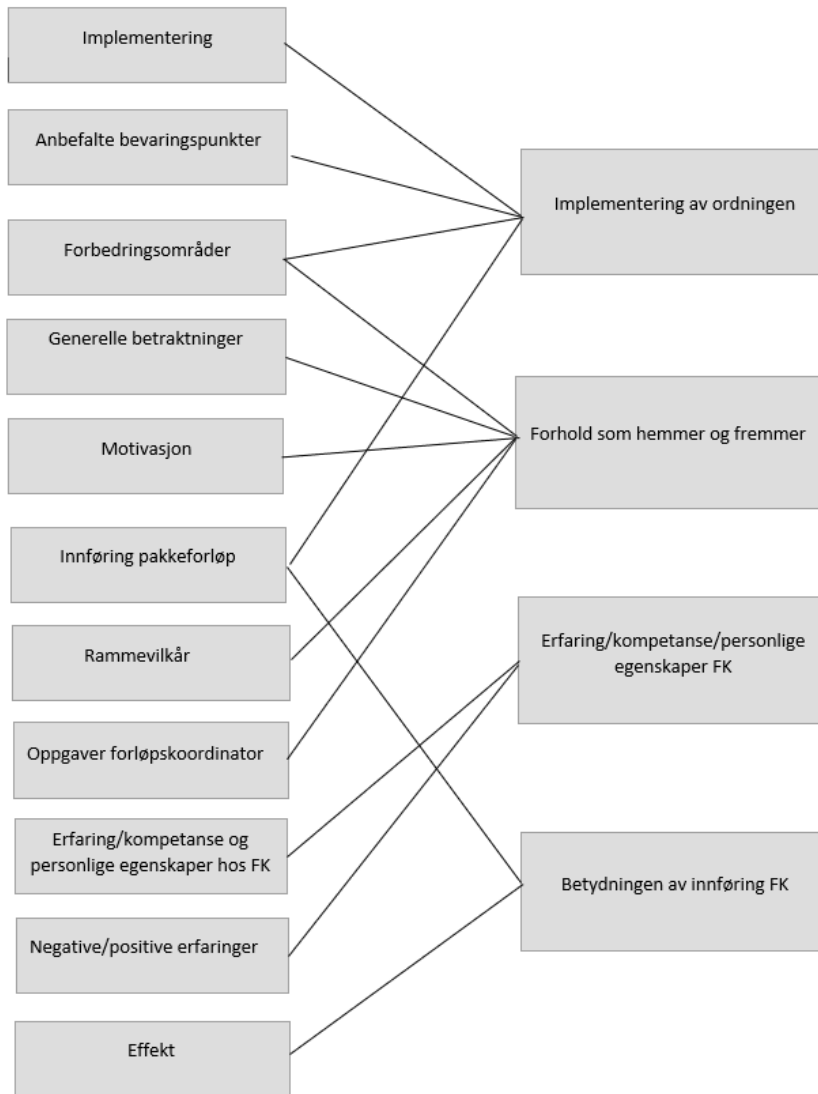
I denne delen presenteres våre funn fra de semistrukturerte intervjuene av de fire lederne fra fire helseforetak. Målet med intervjuene var å innhente erfaringer og synspunkter for å få en utvidet forståelse av hvorfor ordningen er implementert som den er Nord-Norge.

Gjennom en tverrgående analyse av intervjuene identifiserte vi likhetstrekk og variasjoner i informantenes erfaringer fra implementeringen av ordningen. Vi benyttet systematisk tekstkondensering gjennom fire trinn i analysen (Malterud, 2017) og foretok en rekke valg underveis. Gjennomlesning av det samlede materialet ga oss et helhetsinntrykk (trinn 1). I trinn to identifiserte vi meningsdannede enheter og kom fram til 11 kategorier. I trinn tre abstraherte vi innholdet i de 11 kategoriene og sammenfattet betydningen av disse i fire hovedområder som var særlig relevante for våre problemstillinger (se en oversikt over kategoriene i trinn 2 og 4 i figur 6). To av de elleve meningsdannede enhetene passet inn under to hovedkategorier.

Det første hovedområdet er implementering av ordningen. Det andre hovedområdet omhandlet informantenes erfaringer og synspunkter på hva som har fremmet og hemmet innføringen. På tredje hovedområde valgte vi å behandle betydninger for å lykkes; erfaring,

kompetanse og personlige egenskaper hos forløpskoordinator. Et siste hovedområde som beskrives er informantenes vurdering av hvorvidt innføring av ordningen har påvirket pasientforløpene.

Figur 6: Beskrivelse av prosess fra meningsbærende enheter til abstraherte hovedområder.



Figurtekst: Figuren gir en grov oversikt over analysen fra identifisering av meningsbærende enheter (trinn 2) til abstraherte hovedområder (trinn 4) i analysen av kvalitative intervjuer. FK er en forkortelse av forløpskoordinator.

I det følgende vil vi presentere de fire hovedområdene og illustrere dem ved bruk av sitater.

Implementering av forløpskoordinatorordningen

Funnene fra intervjuene tyder på betydelig variasjon i hvordan ordningen med koordinatører er implementert både med tanke på ressurstilgang og organisering. Ingen av helseforetakene hadde fått tilført ressurser til ordningen ved innføringen. For noen innebar dette at de måtte omgjøre behandlerstillinger, andre spleiset på stillinger mens mange personell fikk forløpskoordinering som tilleggsoppgave.

Jeg er litt usikker på den ene stillingen, om ikke den måtte hentes i fra, altså i et type spleiselag mellom enhetene, jeg tror det var sånn det ble gjort.

Det fulgte jo ikke ressurser med, og det var jo kjempe vanskelig.

Samtlige informanter ga imidlertid uttrykk for at innføringen av pakkeforløpene kunne sees på som en systematisering av god klinisk praksis, slik det allerede ble gjort.

Det er jo bare satt i system det vi allerede skal gjøre...

En informant beskrev forløpskoordinators oppgaver som omfattende.

De har ansvar for å følge med at pasienter skal videre til lege og booker dem inn, de gjør en del registreringer og de har ansvaret for flytsamtaler og tar i mot telefoner og henvendelser fra pasienter som er henvist, fra pårørende og fra samarbeidspartene.

Informantene hadde imidlertid synspunkter på hvordan oppdraget med å innføre koordinatører i tjenesten var forberedt fra myndighetene. Helsedirektoratet (2018c) beskrev oppgaver men organisering og implementering var opp til helseforetakene å avgjøre. Informantene pekte på at tydeligere føringer kunne forhindre uberettiget variasjon. Det å få såpass diffuse beskrivelser ble vurdert som litt positivt med tanke på å mulighetene for tilpasning til egen virksomhet, men mest negativt.

Det tok jo litt tid før vi egentlig skjønnte hva den forløpskoordinatoren skulle være.

... det var en stor jobb å få oversatt den forløpskoordinatorrutinen til vår virkelighet

Ja, altså fleksibiliteten var kanskje viktig, men det var veldig arbeidskrevende. Jeg husker vi prøvde jo, vi lagde en oppgavebeskrivelse for koordinatører som skulle gjelde for hele klinikken, ehh, som jeg drev og pusset og filte på for å få resten av

klinikkledelsen med på å formulere. Det var jo en kjempe sånn vrien jobb å få det til, men det var kanskje det som måtte til for å få det til å funke sånn rimelig greit.

Vi følte vi jobbet oss nedentil og opp for å finne ut av ting.

En informant antydte også at tydeligere føringer kunne ført til at ressurser til koordinator ble prioritert i eget helseforetak.

Jeg hadde ønsket litt mer tydelige føringer som også gjorde at det var lett for meg å forstå, og for ledelsen rundt, for det her det blir det ikke prioritert nok når det ikke er tydelig nok beskrevet.

Det varierte i hvor stor grad innføringen av ordningen var forberedt før implementering. Ved to foretak var det igangsatt et større arbeid med å kvalitetssikre pasientforløpene før innføringen og overgangen til koding for pakkeforløpene ble ikke en stor overgang med tanke på praksis.

..vi lager et forløp som ofte innebærer behandling på flere enheter. Og det gjorde vi også før pakkeforløpene ble innført, og før vi fikk på plass koordinatorene. Og den strukturen der den har hjulpet oss hele veien sånn at vi har på en måte visst i mange saker hva vi skal gjøre, og hva som er plan for pasienten i utgangspunktet.

Informantene holdt også fram at ledere i større grad må forholde seg til økonomiske konsekvenser av å ikke følge normerende pakkeforløp.

...det er jo veldig bra både for pasientene og sykehuset sin økonomi at vi rett og slett klarer å ivareta mest mulig selv, og planlegger det innenfor sånn at vi har fått ned kjøp av andre helsetjenester

... vi har vært igjennom disse rundene før, behandlerne bryr seg ikke så mye om det. Jeg som leder må jo bry meg om det, jeg skjønner konsekvensen av det, jeg må kanskje begynne å spare, å ta ned noen stillinger eller noe sånt, hvis vi ikke klarer å produsere i tillegg til rammefinansieringen.

Og ved helseforetaket som brukte minst ressurser på ordningen var ikke innføringen i tråd med myndighetenes anbefalinger

...vi signaliserer ikke ut i (navngitt sykehus) at vi har en koordinator.

Informantene identifiserte flere positive endringer på organisasjonsnivå som følge av innføringen. Bedre utnyttelse av ledig kapasitet, redusert kjøp av helsetjenester, oversikt over avdelingens samlede portefølje og bedre prioriteringer ble rapportert.

Lederne sier jo at det at de har en annen oversikt over ja, både behandlerne sine porteføljer, men også hvordan type forløp og hvor skoen trykker i forhold til hva vi hadde før, jeg er ikke så sikker på at de hadde en god oversikt før, jeg trodde vi hadde det, men når jeg ser hva vi vet i dag mot hva vi visste den gang så har vi mye bedre kontroll nå enn hva vi hadde før.

.. man utnytter ledig kapasitet og at man flytter pasienter litt raskere over nå enn vi gjorde før.

Vi fikk kontroll på pasientforløpene, og oversikt over pasientforløpene. Vi har jo i dag stort sett ingen pasientforløp som er veldig gammel, det har vi ikke, og visst de er over to år, så er det en grunn til det.

De fleste er sånn rimelig fornøyd med løsningen slik den har blitt i dag.

Forhold som fremmer og hemmer innføring av ordningen

I undersøkelsen framkom det en rekke forhold som har betydning for om ordningen skulle kunne bidra til bedre pasientforløp. Ressurser, lederstøtte, tydeliggjøring av oppdrag og motstand mot pakkeforløp ble nevnt.

Et forhold som åpenbart hadde betydning for om koordinatoren skulle ha mulighet til å lykkes i sin rolle er forholdet mellom oppgavespenn og tilstrekkelig tid. Ved ett foretak var det kun satt av 100% stillingsressurs til å koordinere forløpene til samtlige pasienter innen psykisk helsevern og TSB, på alle foretakets lokasjoner. Flere informanter holdt også fram at manglende ressurser satt av til en ny og krevende funksjon i tjenesten hemmet innføringen.

Men når det kommer til gjennomføring, og sykehuset velger å sette en stilling til hele DPS (navngitt helseforetak), hele psykisk helse, der vi har en fordelingsnøkkel at 50 % forløpskoordinator i (navngitt lokasjon) 25 % i (navngitt lokasjon) og 25 % i (navngitt lokasjon), så er du dømt til å mislykkes...Hvis vi ikke gjør noe med dette og forbedrer, så kan vi heller bruke pengene på en annen plass

Et annet forhold som ble trukket fram med hensyn til ressurser er behov for revisjon av bemanningsplaner. Koordinatorstillingen ble finansiert av ressursene til eksisterende behandlerstilling og bidro dermed til at samlet behandlerkapasitet ved enheten ble redusert.

Og så kom pakkeforløpene, med forløpskoordinator, og det spiser jo litt opp på behandlerressursene. Så det tenker jeg er utfordringen i dag, er å få dimensjonert opp behandlerressursene til å ivareta alle pasientene som kommer inn, slik at forløpskoordinatoren har en liste å sette pasientene på.

....så det er kanskje den største suksessfaktoren, det at en hadde kastet den gamle bemanningsplanen og laget en ny som hadde passet til det vi holder på med, i dagens system

Et annet forhold informantene holdt fram som betydningsfullt for implementering var lederstøtte. To av informantene var helt tydelig på betydningen av at de som ledere la til rette for, tildelte myndighet til og støttet koordinatoren. Koordinatorene har oppgaver som ikke nødvendigvis blir møtt med velvilje av behandlere. Noen oppleves som kontrollører som har i oppgave å påpeke det som ikke er gjort. I disse situasjonene er lederes tildeling av myndighet og ansvar avgjørende for at koordinatoren kan få arbeidet gjort.

Det ene som jeg har vært opptatt av hele veien det er jo å backe opp koordinatorene i forhold til den myndighet, eller da den krafta som de kan gå inn i saker med. For det var jo et veldig omdiskutert felt tidligere, skal de her være en administrator, hva vil det si at de skal ha myndighet i disse sakene? skal lederne settes på sidelinja? ikke sant, den type diskusjoner var det jo.

Jeg synes de har gjort en fantastisk jobb, jeg har prøvd å fronte det her sammen med dem,

Et tredje punkt som ble holdt fram fra informantene som betydningsfullt for implementeringen var ledere og medarbeideres opplevelse av behovet for at «noe måtte gjøres». To av informantene beskrev at det var en utbredt holdning i organisasjonen om at endring var nødvendig. Tidligere tilsyn og avvik hadde allerede vist at praksis måtte justeres. Disse to helseforetakene hadde påbegynt endringsprosesser med mål om bedre pasientforløp før innføringen av pakkeforløpene. Det var også disse helseforetakene som omtalte minst motstand i organisasjonen ved innføringen av ordningen med koordinatører.

...så jeg tror nok vi hadde møtt på den her utfordringen med å planlegge underveis på en annen måte enn tidligere, så vi måtte ha gjort noe annerledes uansett. Ehh og det tror jeg har hjulpet oss litt i denne prosessen her at vi også så at dette kunne hjelpe oss med å løse noen nye utfordringer vi sto i.

... i og med at vi hadde dette tilsynet, og vi gikk jo igjennom de tilbakemeldingene som var på systemene våre, og følte veldig på at vi ikke var god nok og når vi skulle gjøre dette her, så skulle vi gjøre det ordentlig.

I intervjuene kom det også fram at det var motstand blant klinisk personell mot innføringen av pakkeforløpene, i større eller mindre grad. Dette gjaldt for alle helseforetakene. Informantene hadde ulike erfaringer med motstand og ulike synspunkter på hvordan de skulle forstå og håndtere denne. En måte å forstå motstanden på er som en generell motstand mot endring.

...sånn har vi gjort det før, sånn skal vi fortsette å gjøre det. Så jeg vet ikke om vi er mye mer mot endring i og med at det sitter så hardt hos oss, at det vet jeg ikke, men det kjennes slik ut når man skal jobbe med endring uansett om man kaller det evidensbasert eller faglig, eller hvordan man nå kaller det.

Vi er jo så redde å fortelle hva andre skal gjøre, for det har vi jo ikke lov til i vårt system...

En annen informant mente motstanden også handlet om tretthet av innføring av nye ordninger og krav i tjenesten.

Vi er sliten av å innføre nye måter å organisere oss på, nye krav om både registrering og kartlegging og utredning, nye verktøy. Så ja, jeg er litt sånn kanskje også en grunn til at jeg er litt lunken til nye reformforslag i fra myndighetene, at vi opplever oss ganske sånn kjørt på de her områdene.

Flere holdt også fram at endringen omhandlet en motstand mot byråkratisering blant behandlerne og at arbeidstiden skulle benyttes til koding og registrering framfor pasientbehandling. Ordningen ble sett på som et unødvendig pålegg fra myndighetene og en form for kontroll.

... å herregud, der er nå et maskineri alt sammen, der er nå sånn forløp bort i gjennom, det er ikke menneskelig kontakt, det betyr ingen ting.

...behandlerne opplever at de har fått en ny kontrollfunksjon.

Motstanden mot pakkeforløp blant behandlerne kunne også handle om faglig uenighet av denne måten å drive tjenester på.

Jeg tror vi har rokket med noe grunnleggende til de som har vært her lengst.

En informant holdt fram at hen trodde behandlere ser på pakkeforløpene som mer rigide enn det de faktisk er:

...når man går i gang med behandlingen så er det veldig fritt, og det er veldig sånn, ja behandleren kan vurdere det selv, det er ingen som står med pekefingeren og sier hva de skal gjøre.

Et forhold informantene mente kunne forklare motstanden var også at koding ble oppfattet som en belastning av klinisk personell og at dette gjorde jobben til koordinatorene utfordrende. Det ble videre reist spørsmål ved at kravene til registrering inneholder prosessmål framfor resultatmål, og at dette oppleves uheldig da det aller viktigste for pasienten og behandlerne er at behandlingen er virksom.

Ja, det er jo forferdelig mye fokus på denne registreringen. Er ikke sikke på om all den registreringen er nødvendig, eller om vi kanskje skulle hatt mindre fokus på registrering og de målepunktene og heller målt effekt av det at man har mer standard utredning på den behandlingen, slik at man følger opp hva som er effekt på pasienten, i stedet for å kjøre registrering på at man har nådd forløpstider.

En informant holdt imidlertid fram at omfanget av tidsbruk til koding og registrering ble overdrevet av behandlerne.

..men det er en liten ekstra administrativ ting, men da blir dem så provosert at noen sier, ja men det tar bare ett minutt, ja alle de her ettminuttene.

Det ble også reist spørsmål fra informantene om i hvor stor grad motstand mot pakkeforløpene påvirket pasientbehandlingen. En av informantene sa jobben blir gjort selv om motstand er stor.

Jeg tror at hvis vi hadde fått bort den her registreringen og bare hatt fokus på hva er intensjonen med pakkeforløp, så tror jeg de aller fleste gjør det.

Men flere pekte på at virksomheten hadde en vei å gå før ordningen er godt nok implementert i virksomheten.

Sånn i fra mitt perspektiv der jeg sitter, nei, nå gjør vi det fordi det er en plikt å få gjort, og vi må stå han av på toppen, vi må det.

Men det er klart at hadde vi brukt det som et nyttig verktøy i stedet for å se på det som noe som er tredd over hodet, så kunne dette her endt bra, tenker jeg.

Erfaring, kompetanse og personlige egenskaper hos koordinatorene

Informantene hadde mange erfaringer og synspunkter knyttet til hvilke erfaringer, kompetanse og personlige egenskaper som skal til for å lykkes som koordinator. Synspunktene varierte fra holdninger til pasienter til beskrivelser av personlighetstrekk. Erfaring fra arbeid i spesialisthelsetjenesten samt helsefaglig bakgrunn ble trukket fram som en fordel.

... jeg tenker at for oss har det vært helt avgjørende at vi har hatt folk som har vært ehh godt kjent med vårt behandlingstilbud, ehh og som gjerne har jobbet i ulike kliniske funksjoner tidligere.

...det var jo en del frustrasjon, spesielt for hun som hadde minst erfaring... hun syntes ikke helt hun fikk taket på det, hun fikk ikke helt gehør heller, når hun satt og hadde veiledning med ikke sant, med fagfolk i avdelingen, og hun sa hva de måtte gjøre, da var de kritiske tilbake, ehh veldig kritiske i spørsmålene og negative på et vis, hun kom inn til meg flere ganger og var helt fortvilt, hun bare skreik...

Informantene trakk videre fram både ferdigheter, egenskaper, arbeidskapasitet og evne til å håndtere mange oppgaver samtidig.

...du får mange telefoner og uforutsette ting som ramler inn i løpet av en dag, men skal hele tiden klare å ta unna. Du skal være strukturert og glad i sånn puslearbeid.

...og så tenker jeg at det er en fordel hvis man er utadvendt og glad i å prate med folk. Ja det er en god egenskap, fordi man blir jo et kontaktpunkt med alle.

...for det er noe med det, trivsel i hverdagen, så må man like dette med koding og registrering.

Også forhold som kapasitet, tåleevne, trygghet og erfaring med å stå i konflikter og vanskelige situasjoner ble trukket fram.

...i de saker som har litt høy temperatur, man skal også tåle å ta de samtalene og kanskje roe litt og ikke la seg fyre opp i lag med de, og heller prøve å gire ned situasjonen...

...Det gikk ikke lang tid, så ble hun sykemeldt.

den som er i denne forløpskoordinatorrollen får bare kjeft når de har drevet med god opplæring, så hun som har hatt den her jobben, hun en sluttet nå, hun orket ikke den her negative tilbakemeldingen hele tiden....

Alle informantene holdt fram at det var fordel med helsefaglig kompetanse, men en informant vektla at denne kompetansen ikke var avgjørende for å kunne gjøre en god jobb som koordinator.

...for at om det er en sykepleier eller en spesialsykepleier eller en psykolog , eller det er en annen, den her, eller en helsesekretær, jeg er ikke så sikker på at det har så stor betydning. Ehh, om de, det er jo ikke de som skal sette diagnoser, det er jo ikke de som skal ta kliniske beslutninger, eller skal sette opp evalueringstimer der du evaluerer behandlinger, eller ha kontakt med ehh mot henviser eller fastlege eller, det er det jo behandlerne som skal ha.

Denne informanten holdt også fram betydningen av at koordinatorene hadde en pasientsentrert holdning i sitt arbeid.

..at man har den jobben fordi pasienten er den viktigste og det er det som er motivasjonen og drivkraften for å stå i jobben, det tror jeg er det mest grunnleggende...

Betydningen av innføringen av pakkeforløp for å bedre pasientforløpene.

Tre av informantene uttrykte helt klart at innføringen av pakkeforløp og koordinering har bidratt til bedre pasientforløp og økt kvalitet i tjenestene på deres arbeidsplass. Den siste informanten var imidlertid tydelig på at innføring av koordinatører ikke har bidratt til bedring av pasientforløpene, men at dette skyldes alt for liten ressurs satt til å utføre jobben. Lederen sa:

Det er bortkastet, om jeg skal si det med ett ord...Nå gjør vi det fordi det er en plikt.

Hovedeffekten av innføringen av pakkeforløp og koordinering er ifølge tre av informantene en bedring av kvalitet på innhold i og forløp av behandling. Særlig ble betydningen av at spesialistinvolvering i alle pasientforløpene vektlagt.

.....det er spesialister bak alt, det er ikke tilfeldig at de tar kontakt med spesialistene i et forløp og det er bra. En informant holdt fram at tilbudet til akuttinnlagte pasienter ved deres enhet var blitt betydelig forbedret da koordinator sørget for at det ble gjort avtaler om videre behandling etter akutt fase.

....man fikk en mulighet til videre tilbud etter den akutte fasen, og det tenker jeg jo handler litt om forløpskoordinator sin rolle i de forløpene da...

..for meg er jo dette forløpet, som jeg har sagt tidligere, egentlig pasientrettigheter satt i system, så egentlig hvis vi bruker det riktig også som fagpersoner så vil det hjelpe oss å organisere en hverdag som er overskuelig med et fagfelt som er ganske rotete og litt uforutsigbart.

Det å sikre bedre forløp, inkludert bedre kommunikasjon med primærhelsetjenesten er et annet resultat av innføringen. Denne samhandlingen holdes fram som en viktig del av bedrede pasientforløp.

Nå kommer pasientene inn, vi gjør det vi skal og så avslutter vi. Og så får jo fastlegene hurtigere tilbakemelding og kan følge opp pasienten ...

Og der er også tilbakemeldingen fra FACT-teamet at det hadde aldri fungert uten de («forløpsskoordinatorne», red. anm.), for de har oversikt over hvor teamet er til enhver tid og er litt sånn limet i det som skjer i det daglige.

En annen hoved effekt av innføringen er at ordningen har bidratt til bedre pasientforløp i kompliserte forløp der pasientene tidligere har risikert å falle mellom alle stoler.

Det er jo en mulighet til å bli smidigere i alle de saker der det er behov for å gjøre justeringer i forløpet der man må endre på tidshorisonter, eller der andre enheter bør inn i bildet som i utgangspunktet ikke var tenkt inn. Alle sånn typer endringer underveis oppfatter vi forløpskoordinator kan hjelpe oss med da.

Pakkeforløpene medførte mer administrering men jeg tenker at for pasientene så har dette vært bra fordi jeg tror det var mange som gikk under radaren slik det var før..

Det å sikre kvalitet på tilbudet samt sikre gode helhetlige og sammenhengende forløp har også betydning for pasientsikkerhet og er en operasjonalisering av pasientrettigheter.

Det er noe med vi føler på dette med at pasientene får den behandling de skal ha, og det de har krav på og at forløpskoordinator bidrar til å følge opp rettighetene pasientene har. Så det synes jeg er det aller viktigste.

En annen positiv effekt som beskrives er økt trygghet og trivsel hos helsepersonell. Innføringen av pakkeforløp og kravene som ligger der har bidratt til at flere jobber sammen i vurderingene og behandling av hver enkelt pasient. Det bidrar til økt kvalitet i behandlingen og er bra både for pasientforløpene og pasientsikkerheten.

Du har hele tiden noen som hjelper deg å organisere hele forløpet.

...etter hvert som vi har jobbet med det og tatt det litt over tid ser vi at det er mange som er glad for det. Det er trygt i opplegget at de ikke er så alene i forløpene lengre...

Vi så jo at når det begynte å gi en positiv effekt så ble det bare artigere og artigere. Så vi er veldig stolte av det, at vi fikk det til.

Dette er særlig viktig for nyansatte behandlere

...for de som kommer ny inn så tror jeg det oppleves veldig trygt og det er tilbakemeldingen vi får, det oppleves trygt, der er noen som er der og ser i lag med, holder en tråd i ting, de er ikke sluppet alene inn på et kontor og så har du ansvar for en hel haug med pasienter helt alene

Oppsummert kan vi sammenfatte leders erfaringer med ett sitat som beskriver variasjonen i erfaringene fra lederne:

...problemene er ikke løst, men vi har nå kanskje gått ett skritt eller to videre.

6 Diskusjon

Undersøkelsen har gitt oss kunnskap om koordinatorene i psykisk helsevern og TSB i Nord-Norge. Vi har tre hovedfunn:

- Det er en betydelig variasjon med hensyn til hvordan ordningen er implementert og en rekke forhold ser ut til å hemme og fremme koordinatorenes mulighet til å utføre sitt arbeid i tråd med myndighetenes føringer.
- Mange informanter og flere respondenter mener at koordinatorene kan bidra til bedre pasientforløp. Våre funn tyder på at variasjonen i svarene på denne problemstillingen handler om forhold ved implementeringen.
- Helsedirektoratet har beskrevet koordinatorene som kritiske suksessfaktorer ved innføringen av pakkeforløpene. Vi finner at det er grunn til å stille spørsmål ved om innføringen burde vært bedre forberedt, finansiert og tydeligere beskrevet.

Det første hovedfunnet svarer ut problemstillingen om hvordan ordningen er implementert (problemstilling A) og identifiserer hemmere og fremmere for god implementering (problemstilling B). Det andre hovedfunnet svarer ut problemstilling C, om ordningens nytteverdi. Det tredje hovedfunnet i undersøkelsen vår var ikke formulert som en egen problemstilling, men tematikken kom så tydelig fram gjennom innhenting og analyse av våre data, at vi velger å presentere forholdet mellom pakkeforløpene mål sammenholdt med myndighetsstøtten til koordinatorordningen som et hovedfunn.

Det første hovedfunnet om variasjon i implementeringen baserer seg på funn både fra den kvalitative og den kvantitative delen av undersøkelsen. Vi vil trekke fram fem funn fra vår undersøkelse som bidrar til å belyse dette hovedfunnet: arbeidsbetingelser, lederstøtte, arbeidsoppgaver, motstand mot pakkeforløp samt koordinators ferdigheter, erfaringer, kompetanse og personlige egenskaper.

Vi fant først at respondentenes arbeidsbetingelser varierte i betydelig grad. Tiden de hadde avsatt til koordinering var fra 0 til 100% i stillingsstørrelse (gjennomsnitt: 47,3%) og antallet pasienter de hadde ansvar for å koordinere tjenestene til varierte fra 14 til 1300 (median 270). Det er åpenbart at såpass ulike arbeidsbetingelser vil påvirke deres muligheter til å utføre arbeidet. I alt 38,9% av koordinatorene svarte at tilstrekkelig tid var en av de tre største barrierene for at deres funksjon skulle kunne bidra til bedre pasientforløp. Dette ble også understreket av en av lederne. Hen beskrev at «*du er dømt til å mislykkes*» når rammene som tilbys ikke er i samsvar med oppgaveporteføljen. Et annet resultat som understøttet dette

funnet var at så mye som 41,2% av respondentene krysset av for «stemmer ikke» på spørsmålet om de hadde muligheten til å utføre sine arbeidsoppgaver i tråd med stillingsbeskrivelsen. Dette er urovekkende. Funnene er imidlertid i tråd med annen forskning fra innføring av pakkeforløpene som finner økt bruk av tid på koding og registrering samt negativt tidspress for behandlere etter innføringen av pakkeforløpene (Ellingsen og Danielsen, 2020; Woll, 2019; Ådnanes et al., 2020, 2021). Tid og ressurser faller inn under «mulighet» når en ser på betydningsfulle komponenter for endring av atferd (Michie, van Stralen og West, 2011). I vår undersøkelse framkommer det at for mange av våre respondenter var muligheten til å utføre ønsket atferd begrenset av både tid og ressurser. Det er nærliggende å anta at dette også kan ha påvirket en annen sentral komponent med betydning for atferd jamfør COM-B, «motivasjon». Begrensninger i koordinatorenes tid og ressurser må på denne bakgrunn antas å ha påvirket implementeringen i negativ retning.

Et annet funn i undersøkelsen omhandler lederstøtte og mulighet for medvirkning. I intervjuene vektla flere av lederne betydningen av at de som ledere kommuniserte tydelig til behandlere om at koordinatorene hadde ansvar for og myndighet til å etterspørre tidsfrister og koding i de enkelte pasientforløpene. Informantene var bevisste på betydningen av å omtale innføringen som positiv og fulgte koordinatorene tett. *«Jeg synes de har gjort en fantastisk jobb, jeg har prøvd å fronte det her sammen med dem»*. Denne ledertilnærmingen kunne også til en viss grad gjenfinnes i svarene fra respondentene. De vurderte på en skala fra 1 (stemmer ikke) til 7 (stemmer helt) at deres ansvars og arbeidsoppgaver var avklart med egen leder (gjennomsnitt: 5,11) og at de hadde tilstrekkelig lederstøtte (gjennomsnitt: 4,47). Resultatene indikerer imidlertid også at det kan være variasjon i respondentenes kontakt med leder da vurderingen av utsagnet «jeg har faste møtepunkter med ledelsen» (gjennomsnitt: 4,17) hadde svært sprikende resultat. I alt 66,6% av respondentene anga en ekstremverdi på dette utsagnet (33,3% svarte «stemmer ikke» og 33,3% svarte «stemmer helt»). En mulig variasjon i opplevd lederstøtte gjenfinnes også i respondentenes vektning av barrierer. I alt 44,4% av respondentene rapporterte manglende lederstøtte som en av de tre viktigste barrierene for å lykkes i arbeidet som forløpskoordinator. Manglende støtte ser ikke ut til å ha sammenheng med mangel på kunnskap om pakkeforløp hos lederne, da bare en av respondentene anga leders kunnskap som en stor barriere (5,6%). Betydningen av ledernes støtte, kunnskap og engasjement for å lykkes med innføringen er i tråd med andre studier om innføringen av pakkeforløp (Wangsfjord og Lassemo, 2020; Breda, 2020). På spørsmålet om koordinatorene hadde mulighet til å påvirke rollen som forløpskoordinator svarte 12 av 18 informanter 6 eller

7 (stemmer helt). Kun en informant svarte «stemmer ikke» på dette utsagnet. Lederstøtte og mulighet for medvirkning er to faktorer som med stor sannsynlighet henger sammen med komponenten «motivasjon» i COM-B-modellen (Michie, van Stralen og West, 2011). Ved at ledere involverer, støtte og holder fram koordinatorenes funksjon i organisasjonen påvirke de koordinatorenes mulighet til å utføre sitt arbeid direkte. En kan slik, ved bruk av atferdshjulet som modell (Michie, van Stralen og West, 2011), se på lederstøtte og medvirkning som intervensjonsfunksjoner som har potensiale til å understøtte ønsket atferd. Ved implementeringsprosesser må en være bevisst på at ledere er sentrale aktører (endringsagenter) som står i en særstilling med hensyn til å tilrettelegge for nye måter å gjøre ting på samt påvirke organisasjoners kultur (Jacobsen og Thorsvik, 2019). Lederes planlegging for og oppfølging av endringsprosesser har betydning for om implementeringer kan lykkes (Pfeffer og Sutton, 2006b). Våre informanternes bevissthet om betydningen av egen rolle i implementeringsarbeid er i tråd med Jeffrey Pfeffer og Robert I. Suttons anbefalinger.

Et tredje funn som belyser implementeringen av ordningen er kartleggingen av respondentenes arbeidsoppgaver. Helsedirektoratet beskriver forløpskoordinators ansvar og oppgaver i seks punkter (Helsedirektoratet, 2020c). Ifølge våre data er det bare delvis samsvar mellom hva direktoratet forventer at koordinatorene skal gjøre og hva de faktisk gjør. De fleste av våre respondenter krysset av på at de hadde som oppgave å kode forløp (88,9%) og å sikre at forløpstider ble fulgt (77,8%). I alt 61,1% anga at de også hadde som oppgave å være tilgjengelig for pasient, pårørende og andre fram til pasienten fikk tildelt time, men i vårt materiale framkom det at under halvparten av koordinatorene bidro med råd og veiledning til pasienter og pårørende (målt ved fire utsagn med variasjon i svarene fra 33,3% til 44,4%). Intervjuene av lederne vår tyder også på at det å være kontaktpunkt for pasienter og pårørende er en oppgave som ikke utføres i stort omfang. Ved ett helseforetak beskrev imidlertid lederen at koordinatorene hadde direkte kontakt med pasienter og pårørende: *«De har ansvaret for flytsamtaler og tar imot hevendelser fra pasienter som er henvist, fra pårørende og samarbeidspartnere»*. Funnene våre om begrenset pasientkontakt er i tråd med evalueringsrapportene fra Sintef (Ådnanes et al., 2020; 2021). Sintef-rapportene fant at koordinatorene i stor grad arbeidet med å følge med på at forløpstider følges og at målepunkter kodes. Oppgavene handlet om å registrere, kontrollere og påminne. Liten grad av direkte pasientkontakt er også funnet i evalueringen av innføringen pakkeforløp kreft (Melby et al., 2021) som viste at kreftkoordinatorene bare i begrenset grad fungerte som kontaktpunkt for pasienter og pårørende.

Atferdsendringshjulet (Michie, van Stralen og West, 2011) viser at overordnede føringer påvirker atferd (policyfunksjon). Helsedirektoratets har angitt tydelige føringer om hvilke oppgaver koordinatorene skal utføre (Helsedirektoratet, 2020c), men disse føringene alene vil nok ikke medføre en ønsket atferdsendring. Forhold som med stor sannsynlighet også vil påvirke individers atferd i implementeringsprosesser er tilgang på ressurser, opplæring, organisatoriske forhold og lederstøtte (intervensjonsfunksjoner). Alle disse forholdene påvirker koordinators mulighet til å prioritere oppgaver og kan derfor hemme og fremme ønsket atferd, jamfør COM-B (Michie, van Stralen og West, 2011Jero). Vi kan imidlertid ikke se bort fra at lav andel direkte pasientkontakt også kan skyldes at ordningen er for dårlig implementert og lite kjent blant pasienter og pårørende. Den kvantitative undersøkelsen vår viste at respondentene i gjennomsnitt skåret 2,71 på en skala fra 1 (stemmer ikke) til 7 (stemmer helt) på spørsmålet: «Informasjon om ordningen er godt kjent for pasienter og pårørende». Her har tjenestene en jobb å gjøre.

Et fjerde funn som kan belyse implementering av ordningen er motstand mot pakkeforløp. Dette funnet kan sees på ut fra data både fra den kvalitative og den kvantitative delen av undersøkelsen. Motstand mot pakkeforløp som barriere ved innføring har vært drøftet i fagmiljøet både før og etter første januar 2019. Det har vært bekymringer både med hensyn til faglig innretning og til omfanget av krav til koding og registrering (Næs, 2019; Stänicke, Oddli, Halvorsen og Benum, 2015; Tessand, 2019). I alt 61,1% av respondentene i vår undersøkelse beskrev motstand mot pakkeforløp som en av de tre største barrierene i jobben. I de kvalitative intervjuene framkom også flere beskrivelser av motstand. En leder sa at «...behandlerne opplever at de har fått en ny kontrollfunksjon». En annen beskrev at koordinatoren hadde en vanskelig jobb «...hun fikk ikke helt gehør heller, når hun satt og hadde veiledning med ikke sant, med fagfolk i avdelingen, og hun sa hva de måtte gjøre, da var de kritiske tilbake, ehh veldig kritiske i spørsmålene og negative». Lederne var imidlertid samstemte om at pakkeforløpene egentlig bare er «pasientrettigheter satt i system» og en operasjonalisering av hva som er godt fag. Som en leder sa: «Jeg tror at hvis vi hadde fått bort den her registreringen og bare hatt fokus på hva som er intensjonen med pakkeforløp, så tror jeg de aller fleste gjør det.». Funnet av motstand er i tråd med funn fra andre undersøkelser som viser at behandlere opplever at faglig autonomi er redusert, at beslutninger tas på for svakt grunnlag og at tid er forskjøvet fra pasientbehandling til koding og registrering (Ellingsen og Danielsen, 2020). Sintefevalueringene (Ådnanes et al., 2020; 2021) viste også at det eksisterer sterke motforestillinger blant behandlerne mot pakkeforløp og at

motstanden mot pakkeforløpene er forsterket etter innføringen, men at det administrative knyttet til gjennomføringen har «satt seg».

Jeroen Stouton et al (2018) holder fram at det å håndtere motstand mot endringen er en av to særlig viktige faktorer for å lykkes med endringer i organisasjoner. Ved innføringen av pakkeforløpene er det flere forhold som kan forklare omfanget av motstand. Vi vet blant annet at endringer som innebærer orden og tvang møter mer motstand enn endringsstrategier der det er fokus på samarbeid og konsultasjon (Dunphy og Stace, 1988). Vi vet også at diktatoriske eller tvungne endringer ofte mislykkes og at økt arbeidsbelastning er en kjent faktor som påvirker grad av motstand ved endringer (Jacobsen og Thorsvik, 2019).

Innføringen av pakkeforløpene og ordningen med forløpskoordinatorene ble av noen også oppfattet som en ytre styrt «top-down» prosess som førte til at behandlerne ikke fikk et valg med hensyn til å endre atferd. Det hjalp lite at de ikke var motivert, var faglig uenige eller hadde begrenset mulighet for å bruke mer tid på koding og registrering enn tidligere.

Oppgavene måtte gjøres. Koordinatorenes mulighet og motivasjon til å utføre arbeidet vanskeliggjøres nødvendigvis når de er del av en slik organisasjonskultur.

Det er tydelig at budskapet om begrunnelsen for innføring av pakkeforløpene ikke har nådd godt nok fram, eller at mange behandlere ikke er enig i at pakkeforløpene er en god løsning for psykisk helsevern og TSB. En kan på bakgrunn av våre funn og andre studier spørre om koordinatorene oppfattes å være en kontrollfunksjon som påvirker medarbeideres motivasjon negativt og om det er gjort nok for å møte motstanden med dialog og medvirkning, i tråd med anbefalingene til Dexter C. Dunphy og Doug A. Stace, (1988)?

Et femte funn som har betydning for implementering av ordningen er hvem som ansettes som koordinatører. En sammenfatning av informantenes (ledernes) synspunkter i den kvalitative delen av undersøkelsen viser at de har mange ønsker til koordinatorenes kompetanse, erfaring og personlige egenskaper. De skal «*ha jobbet i ulike kliniske funksjoner tidligere*», «*være godt kjent med behandlingstilbudet*», «*ha erfaring*», «*være glad i puslearbeid*», «*være glad i å prate med folk*», «*like koding og registrering*», «*tåle å ta vanskelige samtaler*» og at de har denne jobben «*fordi pasienten er den viktigste og det er motivasjonen*». Den samlede ønskelisten var betydelig. Undersøkelsen vår viser at koordinatorenes kompetanse og erfaring i er i tråd med ledernes ønsker. De fleste i vår undersøkelse var høyt utdannet (77,8%) og hadde lang erfaring fra psykisk helsevern og TSB (gjennomsnitt: 10,8 år).

Kompetansen og erfaringene blant koordinatorene i Nord-Norge står til en viss grad i kontrast til andre undersøkelser (Ådnanes et al, 2020; 2021) der det framkommer at en større andel av de som innehar stillinger som koordinatorene i psykisk helsevern er merkantilt ansatte (ca 50%, i psykisk helsevern for voksne, 70% i psykisk helsevern for barn).

Atferdsendringshjulet (Michie, van Stralen og West, 2011) peker på kunnskap og ferdigheter som to sentrale implementeringstiltak ved endring av atferd. Koordinatorernes personlige egenskaper, kunnskap og erfaringer kan beskrives som «evne», en sentral komponent i COM-B (Michie, van Stralen og West, 2011). I vår undersøkelse var respondentenes «evne» til å utføre ønsket atferd helt i tråd med informantenes ønsker og var dermed ikke en komponent som hemmet implementering. Samtidig viste vår kvantitative undersøkelse at det er forbedringsområder med tanke på opplæringstiltak. I alt 27,8% av våre respondenter svarte «stemmer ikke» på spørsmålet om de har fått tilstrekkelig opplæring i rollen som koordinatorene. Opplæring er en kjent intervensjonsfunksjon i atferdsendringshjulet (Michie, van Stralen og West, 2011).

Vi har nå presentert fem funn fra vår undersøkelse som samlet utgjør vårt første hovedfunn om varierende implementeringen samt identifisering av hemmere og fremmere ved innføring av koordinatorene i psykisk helsevern og TSB.

Det andre hovedfunnet i vår undersøkelse er at alle informantene og mange av respondentene vurderer at ordningen med koordinatorene kan være et nyttig virkemiddel for bedre pasientforløp. Både funn i den kvalitative og den kvantitative undersøkelse bidro til å belyse problemstillingen.

I spørreundersøkelsen innhentet vi koordinatorernes vurdering av ordningens nytteverdi med tanke på bedre pasientforløp. Respondentene svarte i gjennomsnitt 3,61 på en skala fra 1 (stemmer ikke) til 7 (stemmer helt) på spørsmålet «I hvor stor grad mener du at innføringen med koordinatorene har bidratt til å bedre pasientforløpene i tjenesten du arbeider i?». Spredningen på svarene var stor. I alt 22,2% av respondentene mente at dette ikke stemte i mens 33,3 % svarte på den øvre delen av skalaen (5 og 6).

Informantene i de kvalitative intervjuene var mer samstemte i sin vurdering. De fleste vurderte at ordningen i stort har bidratt til, i hvert fall har potensiale til å bidra til, bedre pasientforløp. «Nå kommer pasientene inn, vi gjør det vi skal og så avslutter vi. Og så får jo fastlegene hurtigere tilbakemelding og kan følge opp pasienten». Informantene erfarte at koordinatorerne var særlig sentrale i å bidra til bedre pasientgjennomstrømming, i avklaring og

justering av tidshorisont for forløp og i kompliserte saker der det er uklart hvor pasienten skal få sin behandling. En leder beskrev at selv om pakkeforløpene hadde medført mer registrering, så har ordningen vært bra for pasientene fordi hen trodde «*det var mange som gikk under radaren slik det var før..*». Ledernes positive innstilling til pakkeforløpene er i tråd med Tom Ellingsen og Petter Danielsens (2020) funn. De fant også at ledere var mer positive til pakkeforløpene enn behandlerne og at ledere opplevde å ha fått en bedre oversikt over pasientgjennomstrømningen etter innføringen av pakkeforløpene.

At ledere er mest positive er også i tråd med Ådnanes og medarbeidere sin evaluering av pakkeforløpene (2020) der 75% mente koordinatorene var nyttig for dem selv og for behandlerne og 55% vurderte at ordningen var nyttig også for pasientene. Kun 30% av behandlerne mente at ordningen var nyttig for pasientene.

To andre spørsmål i undersøkelsen som kan være med å belyse om koordinatorene bidrar til bedre pasientforløp er spørsmålet om i hvor stor grad pakkeforløpene har bidratt til bedre pasientforløp (gjennomsnitt: 3,33) og i hvor stor grad respondentene mener pakkeforløpene er innført på egen arbeidsplass (gjennomsnitt: 4,28). Korrelasjonen mellom disse spørsmålene og vurdert nytteverdi av ordningen med koordinator var meget høy (hhv. $r = 0,93$ og $r = 0,89$). Respondenter som vurderte koordinatorfunksjonen som nyttig for pasientforløpene vurderte også pakkeforløpene som nyttige og implementeringen som god. Dette funnet er ikke overraskende men gir en klar indikasjon på at ordningens opplevde nytteverdi har sammenheng med om det er jobbet godt med implementeringen av pakkeforløpene i tjenesten. Ser en til atferdshjulet (Michie, van Stralen og West, 2011) så følger det av dette at strategier og tiltak som fremmer implementeringen av pakkeforløpene som opplæring, retningslinjer og digital tilrettelegging også kan være nyttige intervensjonsfunksjoner som fremmer nytteverdien av ordningen med koordinatorene i psykisk helsevern og TSB.

Om innføringen av koordinatorene er et godt virkemiddel for å sikre bedre pasientforløp er en komplisert vurdering som vår undersøkelse ikke gir svar på. Sannsynligvis vil vurderingen av nytteverdi også avhenge av hvilket ståsted en svarer ut fra (leder, koordinator, behandler, pasient eller pårørende). At lederne som har ansvar for ventelister, behandlerressurser og økonomi verdsetter og vektlegger tiltak som gir oversikt og kontroll, sikrer pasientgjennomstrømning og hjelper til med avklaring av kompliserte pasientforløp, er ikke overraskende. For koordinatorene og behandlerne handler gode pasientforløp gjerne også om samhandling og koordinering. Når kun 33,3 av respondentene i undersøkelsen rapporterer at

de koordinerer samarbeidsmøter internt, at 38,9% koordinerer samarbeidsmøter eksternt mens 55,6% rapporterer at de er i kontakt med koordinatorene i kommunen, tyder vår undersøkelse på at ordningen med koordinatorene har et forbedringspotensiale. Sammenholder vi dette med forskningen på pasienterfaringer fra innføringen av pakkeforløp synes det klart at det fortsatt er mye som gjenstår før vi kan si at koordinatorene har bidratt til gode pasientforløp. I Sintefundersøkelsen visste ingen av pasientene at det fantes koordinatorene (Ådnes et al., 2021).

Samtidig vil vi peke på de mange positive erfaringene som framkom i vår undersøkelse. Både ledere og flere av koordinatorene vurderte ordningen med koordinatorene som nyttig når pakkeforløpene var godt implementert i tjenesten. Dette gir et håp om at ordninger som sikrer god koordinering også kan være virksomme og bidra til å sikre pasientene helhetlige og sammenhengende pasientforløp i psykisk helsevern og TSB.

Det tredje hovedfunnet i undersøkelsen vår handler om i hvor stor grad myndighetene la til rette for at ordningen med koordinatorene kunne bli et så nyttig virkemiddel som mulig ved innføring av pakkeforløpene. Var det en tydelig nok sammenheng mellom myndighetsstøtten ved implementering av ordningen og målene de ønsket å oppnå? Vi stiller spørsmål med dette. Hovedfunnet bygger vi i hovedsak på funn i den kvalitative delen av undersøkelsen, men tall fra den kvantitative delen understøtter informantenes synspunkter. Vi vil i omtalen av dette funnet særlig holde fram mangel på finansiering samt uklare føringer fra myndighetene.

Innføringen av koordinatorene i psykisk helsevern og TSB var ikke finansiert og det forelå heller ingen beskrivelser av hvem som skulle ha oppgaven eller hvor koordinatorene skulle organiseres. Informantene erfarte at manglende finansiering var en betydelig utfordring ved innføringen, «*Det fulgte jo ikke ressurser med, og det var kjempevanskelig*», og blant våre respondenter hadde 61,1% fått tildelt oppgaven som tilleggsoppgave i eksisterende jobb. Kun en av tre var nytilsatt. Informantene holdt også fram at «*det var en stor jobb å få oversatt den forløpskoordinatortrutinen til vår virkelighet*» og at klarere føringer fra myndighetene kunne gjort at informantene hadde hatt sterkere argumenter i møte med sine ledere for «*det her det blir ikke prioritert nok når det ikke er tydelig nok beskrevet*».

Kvantitative data har vist at variasjonen i koordinatorenes arbeidsbetingelser (stillingsstørrelse og oppgavespenning) og arbeidsoppgaver viser at uklare føringer gir ulike ordninger. For 61,1% av respondentene forelå det rutiner for forløpskoordinering mens bare syv hadde egne stillingsbeskrivelser (41,2%). Disse funnene er i tråd med andre studier som peker på at innføringen har vært ulik og at beskrivelsene bidro til usikkerhet (Hansen og

Onarheim, 2020; Woll, 2019; Ådnes et al., 2020). Med så vidt ulike ordninger er det vanskelig å argumentere for at pasienter og pårørende har et likeverdig tilbud uavhengig av hvilket helseforetak de tilhører. Implementering av ordningen står dermed i kontrast til at likeverdige tilbud til pasienter uavhengig av bosted var et uttalt hovedmål ved innføring av pakkeforløpene (Helsedirektoratet, 2019).

Et annet hovedmål med innføringen av pakkeforløpene var bedre brukermedvirkning og sammenhengende pasientforløp (Helsedirektoratet, 2020d). To av oppgavene som beskrev forløpskoordinators ansvar og oppgaver gjenspeilet dette (Helsedirektoratet, 2020c). Helsedirektoratet (2020c) holder fram at det å informere, veilede og rådgi pasienter og pårørende er en oppgave koordinatorene forventes å utføre. I vår undersøkelse fant vi at tilretteleggingen for informasjon, råd og veiledning til pasienter og pårørende varierte. Ved flere foretak ble navn og telefonnummer til forløpskoordinator sendt ut per brev til pasientene og den samme informasjonen fantes på foretakenes nettsider, i tråd med Helsedirektoratets føringer. Ved et helseforetak ble det imidlertid foretatt et valg om å ikke fortelle pasienter og pårørende at det fantes koordinatorene i tjenesten, rett og slett fordi koordinatorene ikke hadde anledning til å følge opp jobben grunnet ressursmangel. Dette er et klart brudd på myndighetenes føringer og ikke i tråd med pakkeforløpenes intensjon (Helsedirektoratet, 2018a).

Materialet vårt viste som tidligere nevnt at oppgaven som storparten av respondentene utførte var knyttet til oppfølging av forløpstider og koder. De var i mindre grad kontaktperson for pasienter og pårørende. Debatter og forskning før innføringen av pakkeforløpene i psykisk helsevern og TSB viste at mange var bekymret for at pakkeforløpene skulle føre til økt byråkratisering og telling (Breda, 2020; Eskeland og Dahle, 2017). Den samme bekymringen framkom i Sintef-undersøkelsene (Ådnes et al., 2020, 2021) og i flere studier etter innføringen av pakkeforløpene (Breda, 2020; Ellingsen og Danielsen, 2020). Vår undersøkelse indikerer at bekymringen for økt byråkratisering kan ha vært begrunnet. De fleste respondentene rapporterte at de hadde koding og oppfølging av forløpstider som oppgaver mens pasient og pårørendekommunikasjon, tilrettelegging for samarbeidsmøter samt kontakt med førstelinjetjenesten ble utført av under halvparten av respondentene. En forklaring på dette funnet kan være at oppgavene som ikke omhandler koding og forløpstider gjøres av ansvarlig behandler etter at pasienten har påbegynt behandlingen og at det derfor ikke er en sentral oppgave for koordinatorene. Det er likevel påfallende at så mange respondenter rapporterer at dette ikke er en arbeidsoppgave de har, så lenge den står tydelig

beskrevet som en av seks oppgaver fra myndighetene (Helsedirektoratet, 2018). Funnet framstår også som merkelig med tanke på at Sintef-rapporten som evaluerte pasient- og pårørendeerfaringer viste at brukermedvirkningen ved utarbeidelsen av behandlingsplaner hadde gått ned fra 2019 til 2020 (Ådnes et al., 2021). Funnene er dessverre i tråd med Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester i Norge som konkluderte med at brukermedvirkning og pårørendeinvolvering i polikliniske tjenester er mangelfull (2021). Respondentenes oppgavebeskrivelser og informantenes erfaringer tilsier ikke at det å sikre god brukermedvirkning er en stor del av koordinatorenes arbeidshverdag. Det er grunn til å reise spørsmål ved dette da økt brukermedvirkning og brukertilfredshet var en hovedmålsetting ved innføring av pakkeforløpene.

Vi har argumentert for at myndighetenes intensjoner med innføring av pakkeforløpene bare delvis samsvarer med sammenhengen mellom overordnede føringer (policyfunksjoner) og omfang av implementeringstiltak (intervensjonsfunksjoner). En grundig atferdsanalyse ville kunne bidratt til en bredere oversikt over hvilke forhold som har virket inn på både individuell og kollektiv atferd ved innføring av pakkeforløpene, samt indikert hvilke implementeringstiltak som sannsynligvis kunne vært virksomme ved bebudede endringer av pakkeforløpene (HOD, 2022). En slik analyse ville kunne vært med å legge til rette for at en eventuell ny løsning vil bli så nyttig som mulig. Vi har vist at atferdsendringshjulet kan være et nyttig teoretisk rammeverk for en slik analyse (Michie, van Stralen og West, 2011).

Vi har nå gjennomgått undersøkelsens tre hovedfunn. Andre interessante funn er at koordinatorene i Nord-Norge utfører oppgaver som ikke er beskrevet av Helsedirektoratet (2020c). Så mye som 83,3 % av respondentene oppga at de har ansvar for opplæring og veiledning av ansatte. Oppgaven «registrere koder for behandlere som ikke gjør dette selv» er ikke beskrevet fra Helsedirektoratet, men over halvparten av våre respondenter rapporterte at de likevel gjorde dette (55,6%). Dette kan være lokale tilpasninger men kan også være et frampek mot hvilke oppgaver som bør omtales i forbindelse med koordinators rolle nå når pakkeforløp skal bort som begrep og nye løsninger for å sikre gode pasientforløp skal finnes.

Undersøkelsen vår har flere svakheter. Vi inkluderte både en kvantitativ og en kvalitativ del og informantene i de to ulike undersøkelsene tilhørte ulike populasjoner, koordinatorene og ledere. Dataene kan derfor ikke benyttes til å sammenligne grupper men funnene fra de ulike undersøkelsene utfylte hverandre.

Det at spørreskjemaundersøkelsen og intervjumanualen ble utarbeidet i samarbeid med en ressursgruppe med bred erfaring fra innføring av ordningen har styrket undersøkelsens interne validitet. Det bidro til at vi så langt som mulig sikret at spørsmålene vi stilte var vesentlige ved implementeringen. Sett i ettertid ville vi imidlertid stilt flere spørsmål til både respondentene og informantene om nytteverdi av ordningen. Denne viktige problemstillingen hadde fortjent en større utforskning, særlig i den kvalitative delen av undersøkelsen. Flere spørsmål om dette i den kvantitative delen hadde også vært en fordel slik at funnene kunne vært basert på mer enn ett spørsmål. Når det gjelder de kvalitative intervjuene så ville vi, i lys av våre funn, gjerne ha fått utdypet lederens erfaringer og vurderinger av om ordningen har påvirket brukervedvirkning og samhandlingen i pasientforløpene, da dette var et hovedmål ved innføring av pakkeforløpene innen psykisk helsevern og TSB i Norge.

Funnene våre kan ikke generaliseres direkte til andre områder av Norge (ekstern validitet). Funnene ser imidlertid ut til å være i samsvar med tidligere studier av pakkeforløp (Ellingsen og Danielsen, 2020; Ådnes et al., 2020; 2021) og i tråd med David Hansen og Jonas T. Onarheims kunnskapsoppsummering (2020). Samlet sett bidrar dette til å styrke generaliserbarheten av den kvalitative delen av vår undersøkelse. Når det gjelder den kvantitative delen av undersøkelsen så hadde undersøkelsen en svarprosent på 67% av totalpopulasjonen koordinatører i Nord-Norge. Dette er en relativt høy svarprosent og både små og store sykehus var inkludert. Det kan derfor argumenteres for at resultatene kan ha relevans utover Nord-Norge selv om regionens utfordringer med hensyn til geografi, topografi og befolkningssammensetning kan tale mot en generalisering av funnene. Et materiale på 18 respondenter gir også begrensede muligheter til å trekke klare konklusjoner.

Ulike deler av materialet gir ulik kunnskap. Vi har vurdert at det samlede datamaterialet gir oss et bredt kunnskapsgrunnlag der vi har kartlagt arbeidsbetingelsene til koordinatorene i Nord-Norge og innhentet kvantifiserbare data om deres erfaringer og synspunkter. De kvalitative dataene har bidratt til å utdype vår forståelse av innføringen. Tema i de to undersøkelsene har vært overlappende og synspunkt om implementeringen har vært sammenfallende, men på noen områder ulike. Ulikhetene kan i mange tilfeller forstås ut fra at koordinatorene og lederne har ulike ståsted i organisasjonen.

Vi er oppmerksomme på at vår forforståelse som forfattere har hatt betydning for valg av problemstillinger, utforming av undersøkelsen og i analysene av kvalitative data ved identifisering av meningsbærende elementer og sammenstilling til hovedområder. Også

hovedfunnene vil være påvirket av vår lange erfaring fra ledelse i psykisk helsevern og TSB. Mennesker med annen bakgrunn ville kanskje foretatt andre valg. Vi har i vår arbeidshverdag jobbet med implementering av pakkeforløp i lederroller og er oppmerksom på tidligere studier som viser at ledere er mer positiv til pakkeforløpene enn behandlere og andre (Ellingsen og Danielsen, 2020; Ådnanes et al., 2020). Dette har vi forsøkt å hensynta i våre analyser og drøftinger.

Konsekvensene av å innføre standardiserte forløp innen psykisk helsevern og TSB debatteres fortsatt og det må forventes at debatten vil øke i styrke når arbeidet med en ny opptrappingsplan for psykisk helsevern og TSB igangsettes. Vi vet lite om hvordan de meldte endringene av pakkeforløpene vil se ut, annet enn at betegnelsen «pakkeforløp» skal byttes ut med begrepet «pasientforløp». Vi vet heller ikke om ordningen med forløpskoordinatorer skal videreføres. Uavhengig av den framtidige innretningen på pasientforløpene er det viktig å fortsette å innhente kunnskap om forløpenes effekter og eventuelle vridningseffekter samt mulige målforskyvninger ved standardisering. Vi trenger også videre forskning på hva som kan hemme og fremme implementering av nye tjenester og funksjoner i tjenesten – hele tiden med mål om å ha ordninger som sikrer pasienter innen psykisk helsevern og TSB helhetlige og sammenhengende tjenester med god kvalitet.

7 Konklusjon

Innføring av forløpskoordinatorer i psykisk helsevern og TSB ble beskrevet som en kritisk suksessfaktor ved innføring av pakkeforløpene. Men er ordningen innrettet på en slik måte at koordinatorerne kan utføre de oppgavene de er ment å utføre og bidrar ordningen til å oppfylle pakkeforløpenes mål? Vår undersøkelse gir ikke klare svar på dette, men en betydelig variasjon i implementeringen er avdekket og vurdering av ordningens nytteverdi ser ut til å henge sammen med forhold ved implementeringen. Undersøkelsen peker på at tydeligere føringer fra myndighetene samt bedre finansiering er sentrale virkemidler for å lykkes med implementering.

Mange av funnene i undersøkelsen er en videreføring og oppfølging av det vi allerede vet og er sammenfallende med tidligere forskning. Noen funn oppfatter vi imidlertid som nye. At forløpskoordinatorenes arbeidsbetingelser var såpass ulike og at over 60% anså «motstand mot pakkeforløp» som en stor barriere i sitt arbeid, var noe overraskende. Virkemidler som kan bidra til å redusere motstanden mot standardiserte pasientforløp bør adresseres i den bebudede revisjonen av pakkeforløpene innen psykisk helsevern og TSB (HOD, 2022). Dersom forløpskoordinatorerne oppfattes å være en del av en byråkratisk kontrollstruktur, framfor en ordning som bidrar til økt kvalitet i pasientbehandlingen, er vi kommet for kort.

Referanseliste

- Alfarnes, S. A. (2016). Hvorfor skal vi adoptere pakkeforløp etter dansk modell? *Tidsskrift Norsk psykologforening*, 4, 308-309.
- Breda, K. S. (2020). *Ledelse ved innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern for barn og unge*. [Masteroppgave, Høgskolen i Østfold]. Brage vitenarkiv.
https://hiof.brage.unit.no/hiof-xmlui/bitstream/handle/11250/2659510/Breda_Kristin%20S%C3%B8rbr%C3%B8den.pdf?sequence=1
- Byhring, H. S., Shu, J., Heiberg, I., Leivseth, L., Uleberg, B., Vonen, B. & Førde, O. H. (2019) *Bruk av spesialisthelsetjenester innen rus og psykiatri i Nord-Norge*. (SKDE-rapport 7/2019) Helse-Nord. [https://helse-nord.no/Documents/SKDE/SKDE%20Publikasjoner/Bruk%20av%20spesialisthelsetjenester%20innen%20rus%20og%20psykiatri%20i%20Nord-Norge%202015-2017%20\(SKDE%202019\).pdf](https://helse-nord.no/Documents/SKDE/SKDE%20Publikasjoner/Bruk%20av%20spesialisthelsetjenester%20innen%20rus%20og%20psykiatri%20i%20Nord-Norge%202015-2017%20(SKDE%202019).pdf)
- Coulter, A. & Collins, A. (2011). Making shared decision-making a reality. *London: King's Fund*. https://ugc.futurelearn.com/uploads/files/19/40/19408460-e688-4a99-84bb-d5114eca9c97/2.3_Making-shared-decision-making-a-reality-paper-Angela-Coulter-Alf-Collins-July-2011_0.pdf
- Dar, I. (2019). *Forløpskoordinator for kreft. En kvalitativ studie av rolleforståelse*. [Masteroppgave, Universitetet i Oslo]. DUO Vitenarkiv.<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/71738>
- Dunphy, D. C. & Stace, D. A. (1988). Transformational and Coercive Strategies for Planned Organizational Change: Beyond the O.D. Model. *Organization Studies*, 9(3), 317–334.
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/017084068800900302>
- Ellingsen, T. og Danielsen, P. (2020). *Mellom kart og terreng. En kvalitativ studie av pakkeforløp i psykisk helsevern*. [Masteroppgave, Universitetet i Oslo]. DUO Vitenarkiv.<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/79380/1/Masteroppgave-Tom-Ellingsen-og-Petter-Danielsen.pdf>

- Eskeland, A og Dahle, U.K (2017). *Implementering av pakkeforløp i psykisk helse- og rus*. [Masteroppgave, Norges arktiske Universitet] UIT Munin
<https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/11186/thesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Feiring, E., Lie, A. E. (2018). Factors perceived to influence implementation of task shifting in highly specialised healthcare: a theory-based qualitative approach. *BMC Health Services Research* 18, 899. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3719-0>
- Grønvold, A. C. B. (2017). *Pakkeforløp ved Oslo universitetssykehus – Innføring og organisering*. [Masteroppgave, Universitetet i Oslo]. DUO Vitenarkiv.
<https://www.duo.uio.no/handle/10852/51654>
- Hansen, D. og Onarheim, J. T. (2020). *Pakkeforløp i psykisk helsevern: Et kritisk blikk* [Hovedoppgave, Universitetet i Bergen]. Bergen Open Research Archive.
<https://bora.uib.no/bora-xmlui/handle/11250/2724022>
- Havn, M. M. (2018). *Psykologen og pakken Profesjonsutøvelse i pakkeforløpenes tid* [Hovedoppgave, Universitetet i Oslo]. DUO Vitenarkiv.
<https://www.duo.uio.no/handle/10852/66265>
- Helmikstøl, Ø. (2020, 21. februar). Uenige om pakkeforløp i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2020/02/uenige-om-pakkeforlop-i-psykisk-helsevern>
- Helsedirektoratet (2016, 14. oktober). *Generell informasjon for alle pakkeforløpene for kreft*.
<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/generell-informasjon-for-alle-pakkeforloepene-for-kreft/pakkeforlop-pa-kreftomradet>
- Helsedirektoratet. (2018a). *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018–2020*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/dokumenter-pakkeforlop%20psykisk%20helse%20og%20rus/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf/>

Helsedirektoratet. (2018b, 19. september). *Ivaretagelse og ansvar for oppfølging av somatisk helse og levevaner – pakkeforløp for psykisk helse og rus.*

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

Helsedirektoratet (2018c, 29. november). *Forløpskoordinering i spesialisthelsetjenesten og kommunen.*

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/tvangslidelse-ocd/henvisning-og-start-tvangslidelse-pakkeforlop/forlopskoordinering-i-spesialisthelsetjenesten-og-kommunen>

Helsedirektoratet (2019). *Geografiske forskjeller i tjenestetilbudet i det psykiske helsevern.*

Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/geografiske-forskjeller-i-tjenestetilbudet-i-det-psykiske-helsevernet/IS-2807%20Geografiske%20forskjeller%20i%20tjenestetilbudet%20i%20det%20psykiske%20helsevernet.pdf/> /attachment/inline/4ec6b9c0-3cfb-4d53-9b31-1da9d1c4366c:72725169d5e7ca4af7880cfe51601c88176c964e/IS-2807%20Geografiske%20forskjeller%20i%20tjenestetilbudet%20i%20det%20psykiske%20helsevernet.pdf

Helsedirektoratet (2020a, 3. mars). *Om Helsedirektoratets normerende produkter.*

<https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>

Helsedirektoratet. (2020b, 29. september). *Om pakkeforløpet.*

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

Helsedirektoratet (2020c, 4. desember) *Forløpskoordinering i spesialisthelsetjenesten og kommunen.*

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne/henvisning-og-start-psykiske-lidelser-pakkeforlop-voksne#forlopskoordinering-i-spesialisthelsetjenesten-og-kommunen>

Helsedirektoratet (2020d, 4. desember). *Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne.*

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

- Helse- og omsorgsdepartementet (2022). Oppdragsdokumentet 2022.
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>
- Helsenorge.no (2020, 9. Juli) *Hva er pakkeforløp for psykisk helse og rus?* Helsedirektoratet.
<https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/hva-er-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/#koordinert-oppfolging-hele-veien>
- Heinskou, T., Alberdi, F. & Jordet H. (2015, 21. september) Psykiatriske behandlingsspakker: Erfaringer fra Danmark. *Morgenbladet*.
<https://morgenbladet.no/ideer/2015/09/psykiatriske-behandlingsspakker-erfaringer-fra-den-danske-kliniske-dagligdag>
- Hoffart, A. & Urnes, S. J. (2015, 25. september) Bedre med pakkeforløp enn selvstandardisering. *Morgenbladet*.
<https://www.morgenbladet.no/ideer/debatt/2015/09/25/bedre-med-pakkeforlop-enn-selvstandardisering/>
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer* (5.utgave.). Fagbokforlaget.
- Kotter, J. P., & Cohen, D. S. (2002). Creative ways to empower action to change the organization: Cases in point. *Journal of Organizational Excellence*, 22(1), 73-82.
- Kvamsdahl, M. (2016). *Bruk av lean metode i pakkeforløp. En studie fra psykisk helsevern i Danmark*. [Masteroppgave, Universitetet i Oslo]. DUO Vitenarkiv.
<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/54007>
- Loftsgaard, L. S. (2020). Pakken er åpnet. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0427>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4.utgave). Universitetsforlaget.

- Melby, L., Brattheim, B., Das, A., Gilstad, H., Gjørund, G., Håland, E., Sand K. & Solbjør, M. (2021). *Pakkeforløp for kreft: erfaringer blant helsepersonell og pasienter. Sluttrapport fra den forskningsbaserte evalueringen av pakkeforløp for kreft.* (SINTEF 2021: 00278). SINTEF <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2735918>
- Michie, S., Johnston, M., Abraham, C., Lawton, R., Parker, D. & Walker, A. (2005). Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *BMJ Quality & Safety*, 14(1), 26-33.
<http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2004.011155>
- Michie, S., Van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation science*, 6(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- Mintzberg, H. (1979). *The Structuring of Organizations. A Synthesis of The Research.* NJ. Prentice Hall.
- Næs, S. (2019, 8. juli) Jeg kan hjelpe pasienten min, hvis jeg får tid. *Dagsavisen*.
<https://www.dagsavisen.no/debatt/jeg-kan-hjelpe-pasienten-min-hvis-jeg-far-tid1.1551400>.
- Ottesen, A. A. (2021, 1. februar). En sakte invasjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 128-131 <https://psykologtidsskriftet.no/kronikk/2021/02/en-sakte-invasjon>
- Pettersen, H. & Lofthus, M. A. (2018). Brukererfaringer med psykiske helsetjenester. Hva viser oppsummert forskning? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(2), 112-123.
DOI:[10.18261/issn.1504-3010-2018-02-03-03](https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-02-03-03)
- Pfeffer, J. & Sutton, R. I. (2006a). *Hard facts, dangerous half-truths, and total nonsense: Profiting from evidence-based management.* Harvard Business Press.
- Pfeffer, J., & Sutton, R. I. (2006b). Evidence-based management. *Harvard business review*, 84(1), 62.
https://abbaskhodadadi.com/files/post/G45m4g6PCQz9zgwWpfeffer_sutton_2006_evidence_based_management_hbr.pdf

- Riksrevisjonen (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester*. (3:13-2020-2021). <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf>
- Rossen, C. B., Buus, N., Stenager, E. & Stenager, E. (2015). The role of assessment packages for diagnostic consultations: A conversation analytic perspective. *Health*, 19(3), 294-317.
- Rossen, C. B., Buus, N., Stenager, E. & Stenager, E. (2016). Patient assessment within the context of healthcare delivery packages: A comparative analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 248-259.
- Svartdal, F. (2019, 17. desember). Korrelasjon (psykologi). I *Store norske leksikon*. Hentet 13. juni 2022 fra https://snl.no/korrelasjon_-_psykologi
- Self, D. R. & Schraeder, M. (2009). Enhancing the success of organizational change: Matching readiness strategies with sources of resistance. *Leadership & Organization development journal*.
- Stänicke, E., Oddli, H. W., Halvorsen, M. S. & Benum, K. (2015, 2. oktober). Psykoterapiforskningen støtter ikke pakkeforløp. *Morgenbladet*. <https://www.morgenbladet.no/ideer/debatt/2015/10/02/psykoterapiforskningen-stotter-ikke-pakkeforlop/>
- Stouten, J., Rousseau, D. M. & De Cremer, D. (2018). Successful organizational change: Integrating the management practice and scholarly literatures. *Academy of Management Annals*, 12(2), 752-788. <https://doi.org/10.5465/annals.2016.0095>
- Strand, N. (2016, 3.februar) Pakkeforløp på dansk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/na/2016/02/pakkeforlop-pa-dansk>
- Sæther, W. E. (2020). *Challenges and Barriers in Clinical Care Pathways: Patient and healthcare professionals experiences in the transitional process between primary to secondary mental health services*. [Doktorgradsavhandling, Norges teknisknaturvitenskapelige universitet] NTNU Open. https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2657603/S%c3%a6therEvaWalderhaug_PhD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Tessand, H. (2019, 22. juni) Helseminister, vi har gjort jobben for deg. *Dagsavisen*.
<https://www.dagsavisen.no/debatt/2019/06/22/helseminister-vi-har-gjort-jobben-din-for-deg/>
- Trojaborg, R.S. (2018) Enhanced quality or assembly lines? Psychiatric treatment packages in Denmark: knowledge definitions and governing tools. *Social Theory & Health* 16, 342–360.
- Vogt, H. & Pahle, A. S. (2015, 11. september) Likeverd på samleband. *Morgenbladet*.
<https://www.morgenbladet.no/ideer/kronikk/2015/09/11/likeverd-pa-samleband/>
- Wangsfjord, E. og Lassemo, T. (2020). *Hvilke erfaringer har ledere i Psykisk helse- og rusklinikken gjort i forbindelse med implementering av pakkeforløp ved Barne- og ungdomspsykiatrien i Nordland?* [Masteroppgave, Nord Universitet]. Nord Open Research Archive <https://nordopen.nord.no/nord-xmlui/bitstream/handle/11250/2685692/WangsfjordLassemo.pdf?sequence=1>
- Walderhaug, L. P. (2021, 1. mars). Standardisering har fremmet faget. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(3), s 214-215 <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2021/03/standardisering-har-fremmet-faget>
- Woll, R. L. (2019). *Pakkeforløp i psykisk helsevern barn og unge - ansattes opplevelse. En undersøkelse om ansattes opplevelse av tidsbruk ved innføringen av pakkeforløpene ved BUP Follo*. [Hovedoppgave, Universitetet i Oslo]. DUO Vitenarkiv. <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/73850/5/Pakkeforl-p-psykisk-helsevern-barn-og-unge.pdf>
- World Health organisation (2011). Patient Safety. 2011, WHO, Geneva.
<http://www.who.int/patientsafety/en/> (last accessed 27 June 2017).
- Aasen, R., Basma, F., Elgaen, S., Hermstad, I., Hidle, A., Johannesen, B. & Markhus, C. (2019). *Status pakkeforløp: En rapport om implementering av pakkeforløp i psykisk helse og rus på Oslo Universitetssykehus med fokus på forløpskoordinatorrollen*. Universitetet i Oslo, DUO Vitenarkiv.
<https://www.sv.uio.no/iss/om/samarbeid/prosjektforum/Oppdragsgivers%20erfaringer/2019/ous-endelig-rapport-.pdf>

Ådnanes, M., Kaspersen, L. S., Melby, L. & Lassemo, E. (2020). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus - fagfolks erfaringer første året* (SINTEF 2020:00064). SINTEF. https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/sintef-2020_00064-evaluering-av-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus.pdf

Ådnanes, M., Høiseth, J. R., Magnussen, M., Thaulow, K. & Kaspersen, S.L. (2021). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus-brukere, pårørende og fagfolks erfaringer* (SINTEF 2021:00090). SINTEF. https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/rapport-2_pakkeforlop_1.3.2021_signert.pdf

Figurliste:

Figur 1: COM-B

Figur 2: Atferdsendringshjulet

Figur 3: Forløpskoordinators oppgaver

Figur 4: Barrierer for at ordningen kan bidra til bedre pasientforløp

Figur 5: Ordningens betydning for bedre pasientforløp

Figur 6: Beskrivelse av prosess fra meningsbærende enheter til abstraherte hovedområder.

Tabell 1: Beskrivelse av materialet

Tabell 2: Koordinatorenes vurdering av utsagn presentert som gjennomsnitt

Tabell 3: Koordinatorenes vurdering av utsagn der mer enn 25% av respondentene skåret i skalaens ytterpunkt

Tabell 4: Utvalgte variablers samvariasjon med variabelen «I hvor stor grad mener du at innføringen av koordinatører har bidratt til å bedre pasientforløpene i tjenesten du arbeider i?» (nyttevariabel)

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjon til forløpskoordinatorer

Tittel på mail: Spørreskjema – Forløpskoordinering i psykisk helsevern og TSB

Hei

Du får denne mailen fordi du har rollen som forløpskoordinator i et helseforetak i Nord-Norge.

Prosjektet «Forløpskoordinering innen psykisk helsevern og TSB i Helse Nord» har som mål å undersøke implementering og organisering av forløpskoordinatorer i psykisk helsevern og TSB i Helse Nord. Vi håper du vil ta deg tid til å fylle ut skjemaet.

Undersøkelsen er en del av en masteroppgave i helseledelse ved Nord Universitet og består av en anonym spørreundersøkelse av alle foreløpskoordinatorer i Nord-Norge samt intervju av fire ledere. Undersøkelsen gjennomføres av Britt-Eva Hansen, konstituert avdelingsleder ved Salten DPS, Nordlandssykehuset og Kari Bøckmann, psykologspesialist og seniorrådgiver Helse Nord RHF. Vi har fått bistand av Kristin Johannesen, psykologspesialist UNN og Lill-Grethe Kjønås, kvalitetsrådgiver Helgelandssykehuset i utformingen av spørreskjema og intervjuguide.

Hva innebærer deltakelse i studien?

- Deltakelse i studien innebærer å svare på et elektronisk spørreskjema (questback) en gang. Spørsmålene omhandler din rolle som forløpskoordinator, og litt om dine erfaringer og vurderinger. Undersøkelsen vil ta ca. 10 minutter.
- Vi ber ikke om personsensitive opplysninger og kun aggregerte data vil benyttes i oppgaven. Det betyr at deltakelsen er anonym.

- Prosjektets to studenter, veileder og administrator av questback på Nordlandssykehuset vil være de eneste som har tilgang på materialet fra undersøkelsen. Mailadressen til informantene vil holdes avskilt fra øvrige data.
- Prosjektet skal etter planen avsluttes juni 2022, og datamaterialet blir slettet september 2022.
- Det er frivillig å delta i studien.

Studien er godkjent av NSD-Norsk senter for forskningsdata AS

Vi håper du tar deg tid til å svare på undersøkelsen. Erfaringer og vurderinger fra dere som har rollen som forløpskoordinatorer er avgjørende for å sikre oss god kunnskap om innføringen og organiseringen av forløpskoordinering i Helse Nord.

Vi vil gjerne presentere resultater fra undersøkelsen til forløpskoordinatorene i Nord-Norge etter at oppgaven er ferdigstilt.

Link til undersøkelsen https://response.questback.com/isa/qbv.dll/testquest?p=THGb-FFo3vuix5u2QsYzqFkgyDhY2W4BSuoTqODI8O6XNOBJ8q3a55fw7ep5ExUH4iPWEIGLJCfIcC43tB0qT4S-pghoNXY_1uhGgJWreBTPjlAsDZKm_tGk4uWcrC0

Svarfrist: 6. april

Vedlegg 2: Spørreundersøkelse forløpskoordinatorer

Spørreundersøkelse

- Forløpskoordinering i spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge

Denne spørreundersøkelsen er en del av en masteroppgave i Helseledelse på Nord universitet. Målet med undersøkelsen er å beskrive innføringen og organiseringen av forløpskoordinering i psykisk helse og rus i Helse Nord. Alle forløpskoordinatorer i regionen inviteres til å delta. Undersøkelsen er anonym og ingen data vil knyttes til det enkelte sykehus. Kun aggregerte data vil benyttes i masteroppgaven. Alle data vil slettes i juli 2022.

1. Din bakgrunn

Utdanningsbakgrunn innen helse:

- Videregående utdanning
- Høgskole/universitet 3 år
- Høgskole/universitet over 3 år

Antall år arbeidet i spesialisthelsetjenesten psykisk helse og rus: år

Antall måneder i rollen som forløpskoordinator: måneder

2. Om din rolle som forløpskoordinator:

Prosentandel av stilling avsatt til arbeid med forløpskoordinering:%

Foreligger det en stillingsbeskrivelse for rollen din: ja nei vet ikke

Foreligger det rutiner for forløpskoordinering i HF'et ditt: ja nei vet ikke

Organisatorisk plassering av stillingen:

- Rett under klinikkledelsen
- I Avdeling/Enhet/Seksjon

Ansvarsområde for koordinering:

- Døgn
- Poliklinikk
- Døgn og poliklinikk

Ca. antall pasienter du har ansvar for å koordinere forløpene til?

Rekruttert til rollen fra?

- Tildelt som tilleggsoppgave i inneværende jobb
- Omplussing
- Nytilsetting

3. Hvilke oppgaver har du ansvar for som forløpskoordinator?

(sett kryss på alle oppgaver du utfører mer enn en gang per måned)

- Være tilgjengelig for pasient, pårørende og andre fram til pasienten har fått tildelt egen behandler i spesialisthelsetjenesten
- Ha et overordnet ansvar for at forløpstider følges
- Ha et overordnet ansvar for at målepunkter blir kodet
- Følge opp og sette opp nye timer ved uteblivelse fra avtaler
- Informere pasienter om pakkeforløp psykisk helse og rus
- Veilede og gi råd til pasienter om pakkeforløp psykisk helse og rus
- Informere pårørende om pakkeforløp psykisk helse og rus
- Veilede og gi råd til pårørende om pakkeforløp psykisk helse og rus
- Kontakt med pasientenes fastlege
- Koordinere avtaler og samarbeidsmøter internt
- Koordinere avtaler og samarbeidsmøter eksternt
- Samarbeid med forløpskoordinator i kommunen
- Opplæring/veiledning av ansatte

Registrerer koder gjennom forløpet for en eller flere behandlere som ikke gjør dette selv

Annet

Beskriv:.....

4. Har du andre oppgaver/funksjoner samtidig?

Pasientbehandling

Sekretærfunksjoner

Ledelse

Administrasjon

Kvalitets/pasientsikkerhetsarbeid

Annet

Beskriv:.....

5. I hvor stor grad stemmer følgende utsagn om din rolle som forløpskoordinator:

(stemmer ikke (1) – stemmer helt (7))

Jeg har mulighet til å utføre mine arbeidsoppgaver i tråd med stillingsbeskrivelsen

Mine ansvars- og arbeidsoppgaver er avklart med min leder

Jeg har faste møtepunkter med ledelsen

Jeg har tilstrekkelig lederstøtte/oppfølging

Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i rollen

Jeg har mulighet til å være med å utvikle/påvirke rollen som forløpskoordinator

Min rolle og mine oppgaver er godt kjent på min arbeidsplass

Informasjon om forløpskoordinatorordningen er godt kjent for pasienter og pårørende

Jeg samarbeider med andre koordinatorene i eget helseforetak

Jeg deltar i regionalt nettverk for forløpskoordinatorer

Jeg bidrar til at pasienter får mer effektiv helsehjelp

6. På din arbeidsplass: Hvilke områder skulle innføring av forløpskoordinatorfunksjonen forbedre?

(sett max 3 kryss)

Sikre sammenhengende pasientforløp

- Unngå unødig ventetid
- Tilby informasjon og veiledning til pasient og pårørende
- Sikre riktig koding
- Opplæring/veiledning av behandlere om pakkeforløp
- Annet

Beskriv:.....

7. På din arbeidsplass: Hvilke områder er forbedret etter innføring av forløpskoordinator?

(sett max 3 kryss)

- Sikre sammenhengende pasientforløp
- Unngå unødig ventetid
- Tilby informasjon og veiledning til pasient og pårørende
- Sikre riktig koding
- Opplæring/veiledning av behandlere om pakkeforløp
- Annet

Beskriv:.....

8. I hvor stor grad mener du at innføringen av forløpskoordinatorer har bidratt til å bedre pasientforløpene i tjenesten du arbeider i?

(stemmer ikke (1) – stemmer helt (7))

9. Hva er etter ditt syn, de tre største barrierene for å at forløpskoordinatorer skal kunne bidra til bedre pasientforløp der du arbeider

(sett max 3 kryss)

- Kunnskap om pakkeforløp hos behandlere
- Kunnskap om pakkeforløp hos ledere
- Motstand mot koding
- Motstand mot pakkeforløp
- Uavklart ansvar og myndighet til forløpskoordinator
- Mangelfull lederstøtte/engasjement
- Tilstrekkelig tid

- Datatekniske utfordringer i DIPS Arena
- Informasjon om forløpskoordinatorrollen
- Oppfølging av fristbrudd
- Uklare samarbeidslinjer med kommunene
- Annet

Beskriv:.....

10. Tror du at du fortsatt jobber som forløpskoordinator om 2 år?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

11. Hvilke råd vil du gi andre som vurderer å søke jobb som forløpekoordinator i psykisk helse og rus i Helse Nord?

Åpent felt

12. I hvor stor grad vurderer du at pakkeforløpene er innført på din arbeidsplass
(stemmer ikke (1) – stemmer helt (7))

13. I hvor stor grad mener du at innføringen av pakkeforløp har bidratt til å bedre pasientforløpene i tjenesten du arbeider i?

(stemmer ikke (1) – stemmer helt (7))

Avslutningsspørsmål:

Har du andre kommentarer eller innspill til hvordan innføringen av forløpskoordinatorer har bidratt til å påvirke pasienttilbudet på din arbeidsplass? Åpent felt

Vedlegg 3: Intervjuguide

Semi-strukturert intervju om forløpskoordinatorfunksjonen i HFene

Ansvarlig: Kari Bøckmann og Britt Eva Hansen

Problemstilling: Innføring av forløpskoordinatorer i psykisk helsevern og TSB. Hvordan er ordningen implementert i Helse Nord og hvordan vurderer ledere betydningen av dette med hensyn til bedring av pasientforløpene i spesialisthelsetjenesten?

Anslått tidsbruk: 45-60 minutter

Innledende spørsmål

1. Hvor lenge har du vært leder og hvilket ansvarsområde har du (rolle og geografisk opptaksområde)
2. Fortell om dine erfaringer med innføring av forløpskoordinatorfunksjonen på din arbeidsplass
 - gode og dårlige erfaringer
 - Innføring av strukturer
 - Retningslinjer/ stillingsbeskrivelser
 - Rekruttering
 - Organisering og ledertilknypning (Hvorfor ble organiseringen slik den ble?)
3. Hvilke oppgaver har forløpskoordinatorene hos dere?
4. Hvilken erfaring, kompetanse og personlige egenskaper er viktig for å lykkes i rollen som forløpskoordinator, ut fra din erfaring?

Hovedspørsmål

5. Hvilke problemer var innføringen av forløpskoordinatorer ment å løse?
 - Hva var de viktigste forbedringsområdene hos dere?
6. Er problemene løst?
 - På hvilke områder ser dere eventuelle endringer/forbedringer?
 - Sett fra ditt ståsted
 - Sett fra pasient- og pårørendes ståsted
 - Sett fra samarbeidspartneres ståsted (internt og eksternt)
 - Så dere alternative måter å løse problemene på?

7. Hvordan vurderer du kost – nytte-effekten av ordningen med forløpskoordinatorer?
8. Kravene fra myndighetene ved innføring av forløpskoordinatorer innen psykisk helse og rus var overordnet beskrevet. Hvordan påvirket dette implementering og organisering av forløpskoordinatorfunksjonen på din arbeidsplass?
 - Fordeler og ulemper
9. Regjeringen har nylig varslet en gjennomgang av forløpsregistrering i Psykisk helse og TSB. Har du noen innspill til denne gjennomgangen?
 - bevaringspunkter
 - forbedringspunkter

Avsluttende kommentarer

Har du andre kommentarer eller innspill til hvordan innføringen av forløpskoordinatorer har bidratt til å påvirke pasienttilbudet på din arbeidsplass?

Vedlegg 4: Invitasjon til intervju og samtykkeerklæring

Bodø 20. mars 2022

Forløpskoordinering i psykisk helsevern og TSB i Helse Nord – invitasjon til intervju

Vi vil med dette invitere deg til å delta i undersøkelsen: Forløpskoordinering i Psykisk helsevern og TSB i Helse Nord. Vi ønsker å møte deg til et intervju. Intervjuet forventes å ha en varighet på ca. 45 minutter.

I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse innebærer for deg.

Formål

Undersøkelsen har som mål å framskaffe kunnskap om implementeringen av ordningen med forløpskoordinatorer i psykisk helsevern og TSB i Helse Nord. Vi ønsker også å innhente erfaringer og synspunkter med hensyn til organisering, barrierer for implementering og vurdering av nytteverdi av ordningen.

For å innhente kunnskap vil vi benytte to kilder:

1. Intervju av fire ledere fra helsetakene i Nord Norge. Du er en av disse.
2. Anonym spørreundersøkelse til alle forløpskoordinatorerne i Nord-Norge

Resultatene fra undersøkelser og intervju vil benyttes i en masteroppgave i helseledelse ved Nord Universitet og gjennomføres av Britt-Eva Hansen, konstituert avdelingsleder ved Salten DPS, Nordlandssykehuset og Kari Bøckmann, psykologspesialist og seniorrådgiver, Helse Nord RHF. Vi har fått bistand av Kristin Johannesen, psykologspesialist UNN og Lill-Grethe Kjønnås, kvalitetsrådgiver Helgelandssykehuset i utformingen av spørreskjema og intervjuguide.

Opplysningene som samles inn skal kun benyttes i denne masteroppgaven. Nord universitet, ved professor Pål Pedersen og professor Sverre Grepperud er ansvarlig for prosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Du vil bli intervjuet på Teams og samtalen vil tas opp og transkriberes.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen. Hvis du velger å takke ja, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet.

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun Britt-Eva Hansen, Kari Bøckmann og veileder som vil ha tilgang til opplysningene. Navn og kontaktopplysninger vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Personopplysninger og data/lydfiler slettes etter prosjektslutt, senest september 2022.

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. Informasjon om hvilket helseforetak du arbeider i, bosted, lederrolle eller andre personlige opplysninger vil ikke framkomme i masteroppgaven, men fagområdet du er leder på vil beskrives. Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

Hvor kan du finne ut mer?

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

- Nord universitet ved Britt-Eva Hansen tlf 4815 4827
- Nord universitet ved Kari Bøckmann tlf 911 96023.
- Veileder Sverre Grepperud tlf 92209297

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Sverre Grepperud Britt-Eva Hansen Kari Bøckmann
(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Forløpskoordinering i psykisk helsevern og TSB, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 5: NSD Vurdering

12.06.2022, 10:49 Meldeskjema for behandling av personopplysninger

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/621397ee-a7b2-4ff7-bdb4-b8711e03f909> 1/2

[Meldeskjema](#) / [master i helseledelse](#) / Vurdering

Vurdering

Referansenummer

334412

Prosjekttittel

master i helseledelse

Behandlingsansvarlig institusjon

Nord Universitet / Handelshøgskolen / Marked, organisasjon og ledelse

Prosjektansvarlig

Pål Andreas Pedersen

Student

Britt Eva Hansen og Kari Bøckmann

Prosjektperiode

27.01.2022

-

01.07.2022

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger.

Vår vurdering er at prosjektet legger opp til

et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan

dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf.

personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke

behandles til nye, uforenlige formål

- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med

prosjektet

- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17),

begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold,

jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og

konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av

Dato

14.03.2022

Type

Standard

12.06.2022, 10:49 Meldeskjema for behandling av personopplysninger

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/621397ee-a7b2-4ff7-bdb4-b8711e03f909> 2/2

databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig

institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å

oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å

melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!