

StimuLab
Pasientens helsetjeneste i et Helsefellesskap

Tjenestene sett gjennom brukernes og de pårørendes øyne

Innsiktsrapport

26. Mars 2021

Et samarbeid mellom:



Innhold

Bakgrunn

- Om prosjektet
- Prosess

Innsikt

- Hvem er brukerne
- Personvern
- Brukerinnsikt
- Ansattinnsikt
- Betraktninger rundt innsikten og eksisterende styrker

Mulighetsrommet

- Hvor er de største mulighetene?
- Hvilket problemområde skal vi jobbe videre med?

Gevinst

- Samfunnskostnader
- Gevinst av helsefellesskap
- Gevinstepotensiale i løsningsrommet

Neste steg

- Aktiviteter i neste fase

Vedlegg:

- Organisasjonskart for deltakende organisasjoner

1 BAKGRUNN

Om prosjektet

Prosjektets bakgrunn og formål

Et samarbeidsprosjekt mellom flere aktører

Prosjektet «Pasientens helsetjeneste i et helsefellesskap» er et samarbeidsprosjekt mellom Helse Bergen HF, Øygarden kommune, Askøy kommune og Nav Region vest. Prosjektet er finansiert av digitaliseringsdirektoratet og DOGA, og PwC er leid inn for å bistå med prosjektledelse og kompetanse.

Helsefellesskap som utgangspunkt

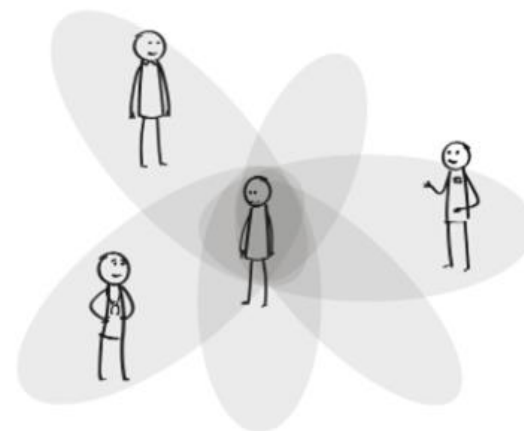
Helsefellesskap er utgangspunkt for prosjektet. Helsefellesskap handler om å skape mer sammenhengende og bærekraftige tjenester for brukere som trenger bistand fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I et helsefellesskap er det også viktig at kommuner og helseforetak ser hverandre som likeverdige partnere med felles eierskap og ansvar for pasientene.

Gjennom prosjektet skal det utvikles løsninger som kan styrke tilbudet for sårbare grupper

Prosjektet skal utforske hvordan helsetjenestene kan organiseres og utvikles for å sikre gode og helhetlige tjenester til brukere med psykiske lidelser og rusutfordringer.

Målgruppen er brukere som mottar helsehjelp fra både spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester.

Brukere som omfattes av dette prosjektet har mottatt tjenester fra Øyane DPS og fra en av de to kommunene. Noen av brukerne har også mottatt tjenester fra Nav Region vest, Nav Øygarden eller Nav Askøy.



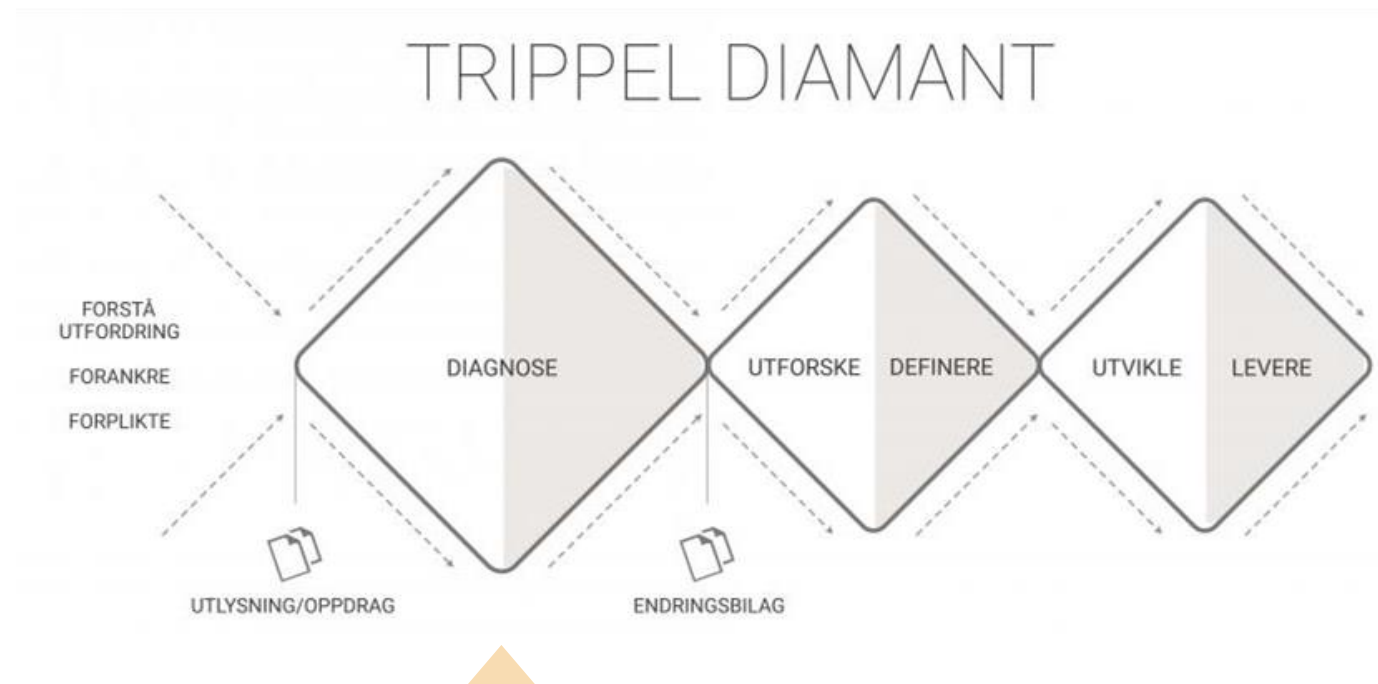
Om StimuLab ordningen

Prosjektet har fått økonomisk støtte fra [Digdir sin Stimulab-ordning](#). Mål med ordningen er å stimulere til innovasjon i offentlig sektor.

Gjennom StimuLab skal Digitaliseringsdirektoratet og DOGA stimulere til offentlig innovasjon fra brukernes perspektiv.

Prosjekter som får støtte fra StimuLab ordningen forplikter seg til å jobbe etter en innovativ arbeidsmetode som heter "Den triple diamanten". Den triple diamanten består av tre generelle faser. Hver diamant inneholder to trinn som viser hvordan prosessen åpner opp og utforsker, for deretter å definere og lukke.

Denne innsiktsrapporten oppsummerer det vi har lært i diagnosefasen (den første trekanten).



I diagnosefasen fokuserte vi på å forstå mer om følgende spørsmål:

- Hva er brukernes og de pårørendes behov?
- Hvordan ser de ansatte på samhandlingen?
- Hva er eksisterende styrker i samhandlingen?
- Hva er eventuelle hemmende faktorer for samhandling i mål - og strategier, organisasjonskultur og organisasjonsstrukturer?
- Hvilke gevinster kan oppnås?

Organisering

Prosjekteier for prosjektet er klinikkdirektør ved Øyane DPS.

I prosjektet er det fire organisasjoner involvert som sammen skal utvikle bedre helsetjenester for pasientene tilknyttet dette helsefellesskapet.

- **Øyane DPS** er en avdeling under Divisjon psykisk helsevern i Helse Bergen HF, og er en del av spesialisthelsetjenesten
- **Øygarden kommune** har enhet for rus og psykiske tjenester organisert under kommunalsjef helse og velferd
- **Askøy kommune** har organisert tjenestene innen livsmestring, psykisk helse og rus i enheten "Origo Askøy", som yter tjenester innen livsmestring, psykisk helse og rus
- **Nav** består av Arbeids- og velferdsetaten organisert gjennom Nav Region Vest. I tillegg de kommunale Nav tjenestene organisert i Askøy og Øygarden.

For å sikre en rasjonell arbeidsform, deltar en representant fra hver av de deltakende organisasjonene i en prosjektgruppe, sammen med prosjektleder. Prosjektgruppen møtes jevnlig og er viktige for progresjonen i arbeidet. Andre representanter fra organisasjonene blir involvert i workshops underveis.

Fra PwC deltar et kjerneteam på fire hvorav tre tjenstedesignere og en prosjektleder/forvaltningsekspert. I tillegg et utvidet team med eksperter på gevinst, organisasjonspsykologi og organisasjonskunnskap.

Prosjektgruppe:



Trude Senneseth
(prosjektleder)
"Samskaping i Vest".



Anne Hilde Bjøntegård
(Forvaltning)
Prosjektleder PwC



Vidar Sangolt
Øyane DPS



Lene Godager Kaas
(Leder tjenstedesign)
PwC



Therese Helgensen
Øygarden kommune



Lavrans Løvlie
(Tjenstedesign)
Ansvarlig partner PwC



Inger Jørgensen
Askøy Kommune



Rannveig Tobiassen
(Tjenstedesign)
PwC



Joakim Ophaug
NAV region Vest

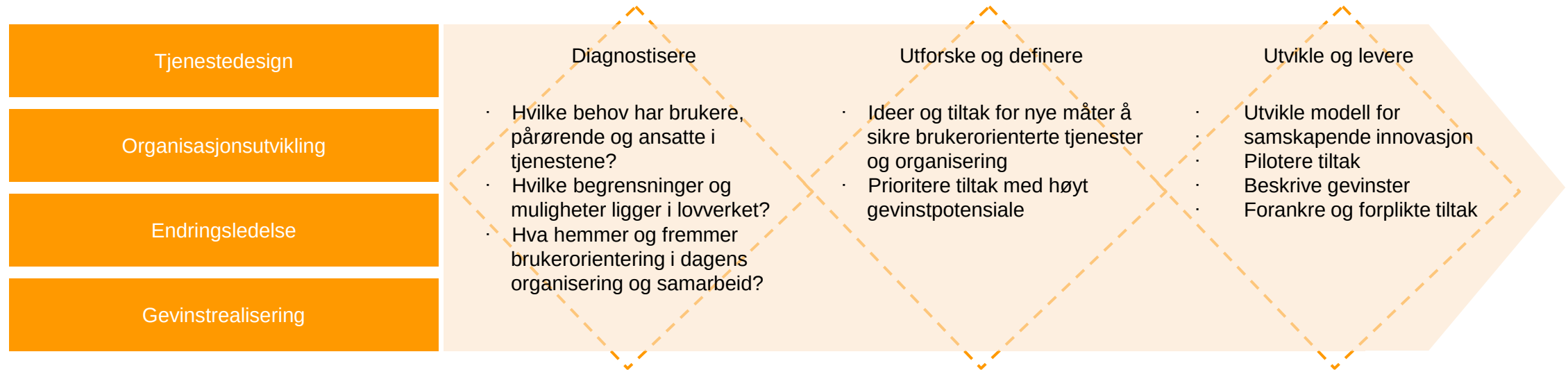


Fredrik Dingsør-Dehlin
(Gevinstidentifisering)
PwC

Prosess

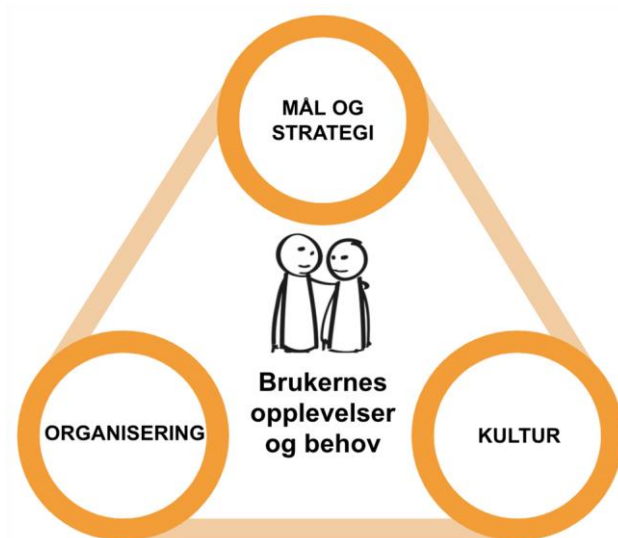
Metodisk tilnærming - tjenestedesign kombinert med organisasjonsutvikling

Tjenestedesign kombineres med organisasjonsutvikling, endringsledelse og gevinstperspektivet gjennom alle de tre fasene i den triple diamanten. I diagnosefasen er innsikten sett i sammenheng med organisatoriske begrensninger, muligheter og eksisterende styrker i organisasjonene.



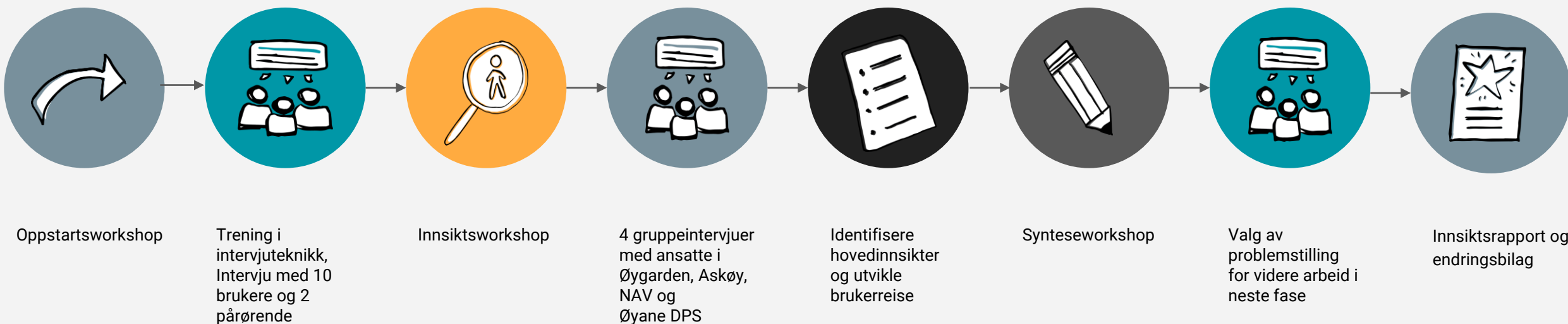
Brukerperspektivet settes inn i en organisatorisk kontekst

For å få til velfungerende helsefellesskap må det settes tydelige mål for samhandlingen, og kultur og organisering må legge til rette for realisering av målene. Brukerperspektivet vil hjelpe alle involverte til å forstå hva som må gjøres, se nytteverdi og være motivert for å gjennomføring endringer.



- Er brukernes behov i tråd med organisasjonenes mål og strategi?
- Har vi den rette organisasjonskultur for å kunne etablere og vedlikeholde god praksis?
- Har vi den rette organisering for å kunne endre måten vi samhandler på?

Aktiviteter gjennom diagnosefasen



Risiko- og sårbarhetsanalyse, kommunikasjonsplan og datahåndteringsplan

I oppstartsfasen i prosjektet ble det utarbeidet prosjektadministrative dokument som brukes og videreutvikles i hele prosjektperioden og alle fasene av den triple diamanten.

Kommunikasjonsplanen inneholder kommunikasjonsmål, roller, ansvar og oppgaver mellom partene i kommunikasjonsarbeidet, aktuelle kommunikasjonskanaler, oversikt over interessenter og logg over gjennomførte kommunikasjonsaktiviteter.

Risiko- og sårbarhetsanalysen inneholder identifiserte risikoområder for prosjektprosessen og for prosjektets måloppnåelse. Risikoområdene som er identifisert er personvern, tilstedeværelse, tid og kvalitet. Risikofaktorer er scoret på sannsynlighet og konsekvens, og det er beskrevet risikoreduserende tiltak. Analysen oppdateres jevnlig underveis i prosjektet.

Datahåndteringsplan ble utarbeidet og meldt i eProtokoll I Helse Bergen.



② INNSIKT

Hvem brukerne er og hvem vi har snakket med

Brukere	Metode
Brukere (pasienter)	Det er gjennomført dybdeintervjuer med 9 brukere (pasienter - videre i rapporten brukes ordet "bruker") som har eller har hatt tjenester fra Øyane DPS og fra en av kommunene. I tillegg har flere av de hatt tjenester fra Nav. Brukerne ble intervjuet om sine opplevelser av tjenesten, hva som har fungerte bra og hva som kan bli bedre.
Pårørende	Det er gjennomført dybdeintervjuer med 3 pårørende. Pårørende til psykisk syke og rusavhengige er i en vanskelig situasjon. Pårørendes historier og erfaringer med tjenestene har derfor vært viktig og verdifullt som del av innsiktsarbeidet.
Behandlere/fagpersonell	Det er gjennomført 4 fokusgrupper med til sammen ca 20 behandlere/fagpersonell i tjenesten, fordelt på de fire deltakende organisasjonene. De ble spurt om hvordan de samhandler på tvers, hva som hemmer og fremmer samhandling, samt hva de mener er viktigst å gjøre noe med for å forbedre samhandlingen. Intervjuene foregikk som gruppeintervjuer der ledere og behandlere/fagpersonell deltok. Gruppeintervjuene ble avholdt per organisasjon, og behandlere/fagpersonell var sammen i intervjuene.
Ledere	Det er intervjuet ca 10 ledere fordelt på de fire deltakende organisasjonene. Lederne ble spurt om hvordan de samhandler på tvers, hva som hemmer og fremmer samhandling, samt hva de mener er det viktigste å gjøre noe med for å forbedre samhandlingen. Intervjuene foregikk som gruppeintervjuer der ledere og behandlere/fagpersonell deltok. Gruppeintervjuene ble avholdt per organisasjon, og ledere og behandlere/fagpersonell var sammen i intervjuene.
Fastleger	Fastlegene er de som har ansvar for den medisinske oppfølging av bruker. Hvis fastlegen vurderer behov for spesialkompetanse innen psykisk helse henviser han/hun til spesialisthelsetjeneste eller kommunepsykolog. Fastlegene er foreløpig ikke involvert, men vil bli involvert i neste fase.

Ivaretakelse av personvern

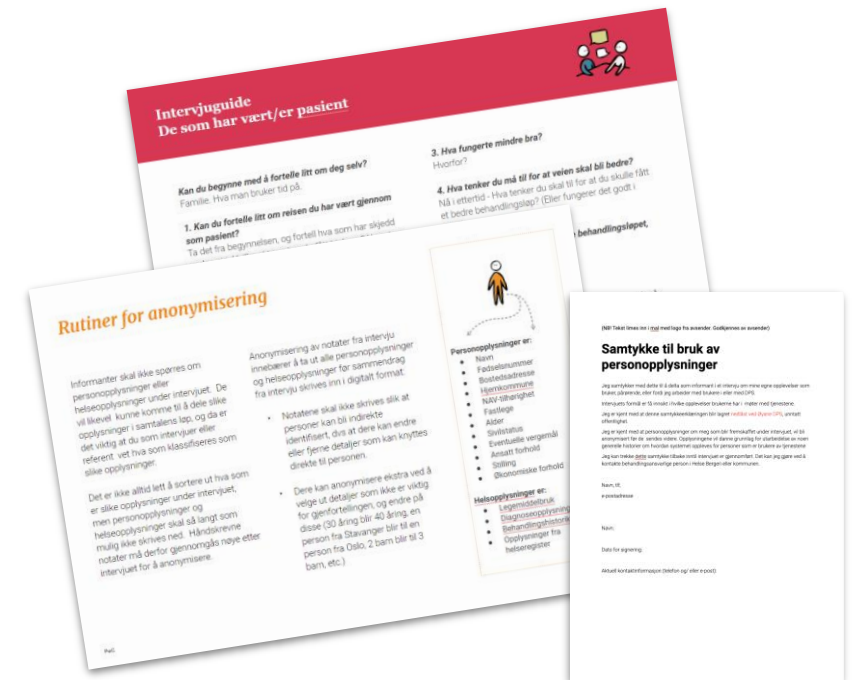
Innsikt i ulike brukergruppers opplevelse av hvordan tjenestene fungerer forutsetter samtaler med brukerne. Det er gjennomført 11 brukerintervjuer med brukere og pårørende, og fire gruppeintervjuer med ledere og ansatte i tjenestene i diagnosefasen.

Ivaretakelse av personvern har vært en viktig del av prosjektet. Det er sårbare brukergrupper, og i tillegg til personopplysninger har det også vært viktig å sikre at eventuelle helseopplysninger som framkom muntlig i brukerintervjuene ikke ble lagret eller delt. Som en del av kompetansebyggingen rundt hvordan man jobber brukersentrert har opplæring i hvordan man planlegger, gjennomfører og dokumenterer brukerintervjuer blitt gjennomført. Her var det særlig fokus på hvordan man dokumenterer og anonymiserer intervjuene i etterkant. Det ble også utarbeidet informasjonsskriv og samtykkeskjema som ble gitt informantene i forkant av intervjuet og som kan gjenbrukes til andre prosjekter.

Det er inngått databehandlingsavtale mellom partene som del av kontrakten. I tillegg er det utarbeidet en datahåndteringsplan som beskriver hvert steg i innsiktsarbeidet og hvordan hensyn til personvern er ivarettatt ved innhenting, deling og lagring av innsikten. Planen er utarbeidet i samarbeid mellom prosjektleder i Helse Bergen og prosjektleder i PWC. Planen er utarbeidet særskilt for dette prosjektet, men oppsett og innhold kan gjenbrukes til andre prosjekt der det er aktuelt å innhente innsikt fra brukere.

Datahåndteringsplanen kan derfor sees på som en del av innovasjonen i dette prosjektet.

Som en del av arbeidet med å ivareta personvernet har fokus i prosjektet har også vært kompetanseoverføring.





Utsagnene i dette dokumentet representerer individuelle opplevelser, observasjoner og følelser hos intervjuobjektene. Disse er ofte representative for større brukergrupper, men må fortsatt tolkes som subjektive.

Brukerinnsikt

Brukerreisen

Brukerreisen

Brukerreisen er et rammeverk som kan bidra til å gi en felles forståelse av hvordan tjenesten henger sammen. Tjenester utspiller seg over tid, og det er ikke bare nyttig å fokusere på hva som skjer under selve tjenesten, men også hvilke behov brukeren har eller hvilke utfordringer brukeren støter på før og etter han/hun er i kontakt med tjenesten. Ofte kan løsningen ligge et annet sted enn der utfordringen utspiller seg.

I dette prosjektet viser brukerreisen de stegene en bruker av tjenester innen psykisk helsevern og rusbehandling går igjennom. Brukerreisen gjør det enklere å forstå og identifisere hvilke behov

en bruker har når han/hun går igjennom de ulike stegene på veien mot å bli frisk.

I utformingen av helsefellesskap er det behov for å forstå hva som skjer *før* brukeren kommer i kontakt med hjelpeapparatet, *under* selve behandlingen og *etter* at behandlingen/tiltak avsluttes.

Før kontakt med hjelpeapparatet

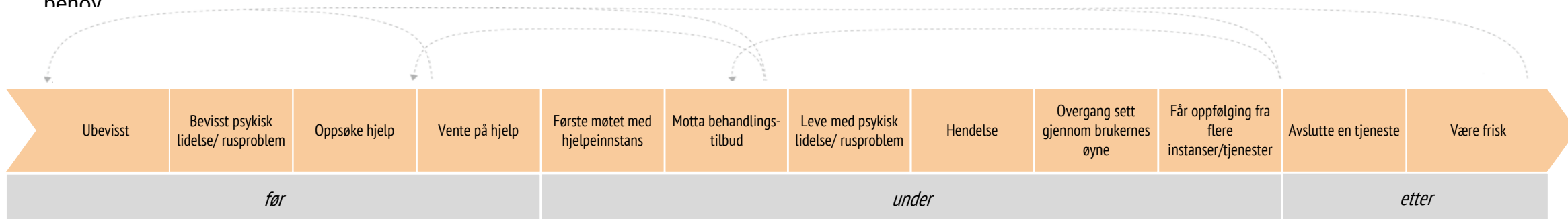
For at en person skal søke hjelp må han eller hun bli bevisst på at han/hun har en psykisk lidelse eller et rusproblem for så å forstå hvor man kan oppsøke hjelp.

Under behandling

Deretter er det viktig å forstå hva som skjer og hvordan det oppleves når tjenesten er i bruk. På hvilken måte hjelper tjenesten brukeren å komme i kontakt med riktig hjelpeinstans og å få god og riktig behandling; og på hvilken måte legges det til rette for at brukerne skal klare seg selv etter endt behandling/tiltak?

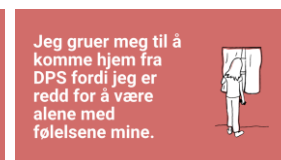
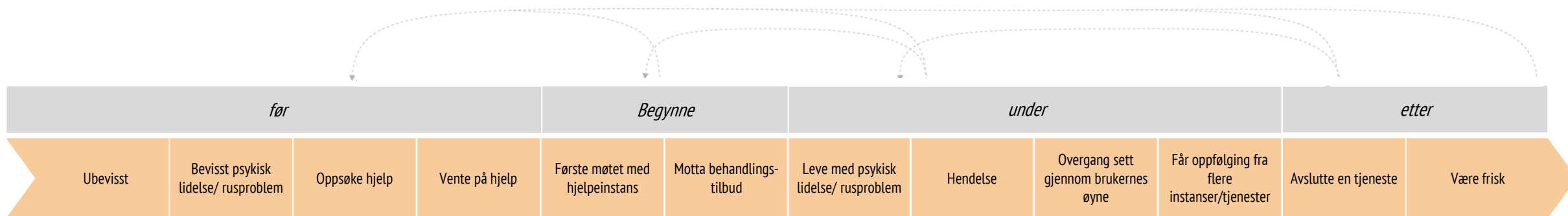
Etter avsluttet behandling/tiltak

Og til slutt: Fører behandlingen/ tiltaket til at brukeren blir frisk og kan mestre eget liv - eller greier å leve med sykdom?



Brukerreisen er ikke nødvendigvis en lineær prosess. Behandlingsløpet er ikke alltid er rett fram, brukere kan oppleve at det tar tid, og at de må starte på nytt.

Brukerreisen



Betraktninger rundt brukerinnsikten

De fleste brukerne ser ut til å være fornøyd med mye i møtet med tjenestene. Brukerne opplever tjenestene som gode de gangene man blir tatt på alvor, får god informasjon og involverte aktører "ordner opp" og koordinerer seg uten at brukeren må være involvert. Men det er når brukerne skal bevege seg på tvers av tjenester og aktører de kan oppleve friksjon.

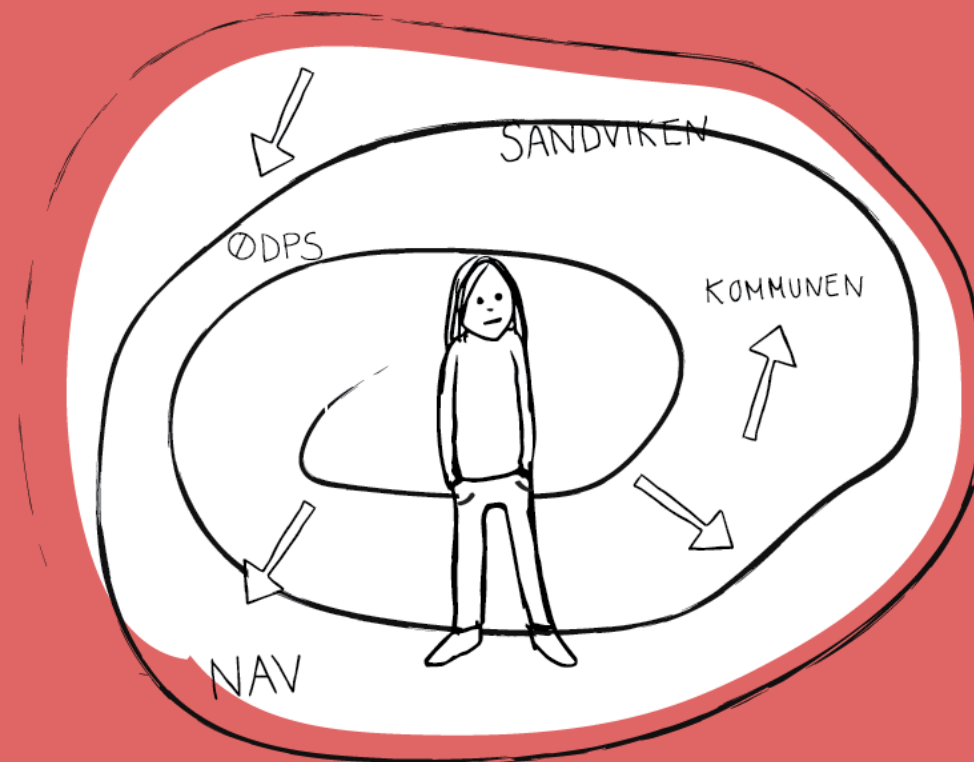
På de følgende sidene har vi oppsummert den viktigste innsikten fra brukerne. Det beskrives hva som er viktig for brukerne og hva de opplever som utfordrende.



SAMHANDLING & ROLLER

Samhandling består av overganger og samtidighet

Brukerne opplever samhandling (ofte som vanskelig) når de står i en overgang, og (ofte som bra) når de opplever at tjenestene vet hva de andre gjør i det daglige.



Når det fungerer er det ofte fordi hjelpeinstansene samarbeider uten at brukeren selv er involvert.

Samhandling sett fra brukerens perspektiv handler om å oppleve at ting fungerer, at de vet hva som skjer og føler seg ivaretatt. Dette merker de mest i overgangene mellom behandlinger eller når de har behov for bistand fra flere aktører samtidig. Brukerne tenker ikke så mye på samhandling når den fungerer, men merker det godt når de ikke blir fulgt opp.

Det kan være krevende å forholde seg til flere instanser og tjenester på samme tid.

I løpet av et brukerforløp vil det være flere aktører involvert. Da er det viktig at disse er samkjørt. Brukere som opplever at NAV har en plan samtidig som psykiater har andre mål, kan oppleves vanskelig. Med flere aktører involvert kan det også fort bli mange kontaktflater, alt fra muntlige beskjeder, til SMS til nettsider man må logge seg inn på.

Brukerne bryr seg lite om roller.

Brukere bryr seg ikke så mye om hvilke roller folk har. De er mest opptatt av å ha folk de stoler på rundt seg som kan hjelpe dem å navigere gjennom systemet.

«Feilkommunikasjon og rot er vanskelig når en ikke føler seg frisk. Ombestemmelser er utfordrende når man har det vanskelig.»

«Det som har vært det aller beste de siste 6 årene er at psykologen og den psykiatriske sykepleieren har begynt å snakke sammen.»

OVERGANG

Ventetiden er det vanskeligste - jeg trenger jo hjelp nå!

Når brukeren først har gått til det skrittet å oppsøke hjelp oppleves behovet akutt og man har en forventning om at man skal få hjelp umiddelbart. Da er det et slag i trynet å få beskjed om at ventetiden er flere måneder lang.

«Det vanskeligste er å vente når man opplever å ha et behov for hjelp her og nå. Det var en tung periode.»



Det er en terskel å be om hjelp. Når man først gjør det oppleves behovet å være akutt.

Utfordringer med rus og psykiske lidelser er i mange tilfeller noe som utvikler seg gradvis. Det kan ta tid å innse eller innrømme for seg selv og omgivelsene at man trenger hjelp. Det er også mye skam knyttet til det å slite psykisk. Mange prøver derfor å håndtere utfordringene de har på egenhånd. Å be om hjelp kan oppleves som en siste utvei og da oppleves behovet å være veldig akutt.

Ventetiden kan eksalere engstelse.

Ventetid gjør at brukeren får tid til å fundere over situasjonen og kan bli sittende mye alene med egne tanker. Disse tankene kan fort bli vonde og utvikle seg til en redsel for hva som kan komme til å skje, og hvordan det vil påvirke livet.

Ventetid kan påvirke motivasjonen negativt, slik at veien tilbake blir lengre.

Når brukeren først ønsker å få hjelp, er han/hun motivert for endring for å få livet på rett kjøll. Det er en stor nedtur dersom man da får beskjed om at ventetid på behandling er lang. Flere av brukerne har uttrykt at den lange ventetiden gjorde veien tilbake enda lengre, både fordi man ble mindre motivert og fordi man opplevde å bli dårligere.

Man trenger noe å se frem til mens man venter.

Noen opplever ventetiden som at livet står på pause, andre fyller ventetiden med mer rus. Flere av de vi snakket med etterspurte et mellomtilbud som kunne gjøre at de kunne hatt opplevelsen av å komme i gang slik at den opplevde ventetiden kunne reduseres.

«Det er vanskeligste er å vente når man opplever å ha et behov for hjelp her og nå. Det var en tung periode.»

“Før en vet hva som skjer kan en lage seg vonde tanker”

«Det tok 11 mnd fra jeg ba om hjelp til jeg fikk det. Da hadde alt satt seg helt fast inn til ryggmargen. Hadde jeg fått hjelp tidligere tror jeg veien ut av rusen hadde vært kortere.»

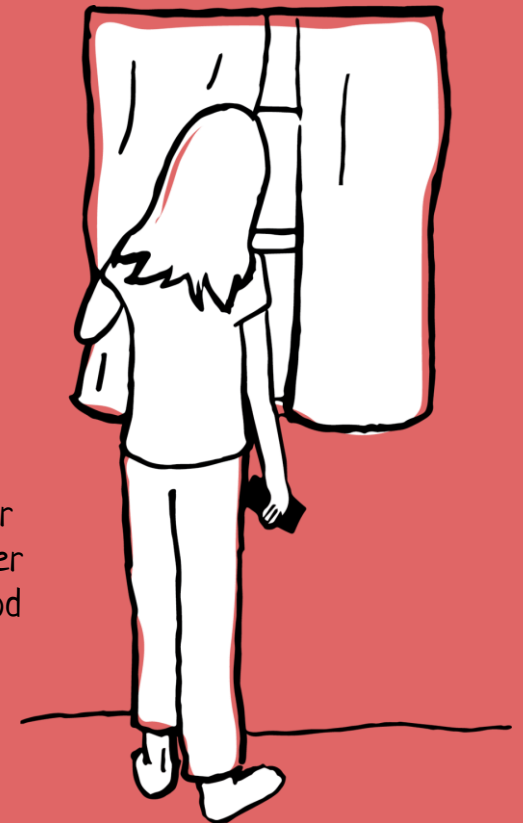
«Jeg måtte også stå i kø for hjelp fra kommunen – jeg synes det var håpløst. Jeg gikk mye alene, bare eksisterte.»

OVERGANG

Jeg gruer meg til å komme hjem fra DPS fordi jeg er redd for å være alene med følelsene mine.

Under innleggelse og behandling følger brukeren en dagsplan, og sover og spiser til faste tider. I tillegg har brukeren trygge personer rundt seg. Man føler seg sett og hjelpen er lett tilgjengelig. Kontrasten mellom innleggelse og hverdag kan være stor og overgangen kan virke skremmende.

«Bare det å vite at noen jeg har tillit til kommer og henter meg er avgjørende for om jeg får en god start hjemme.»



Overgangen mellom innleggelse på DPS og hverdagen hjemme er skremmende.

Mange innrømmet at det å skulle reise hjem fra DPS etter å ha vært innlagt var svært vanskelig. Selv om de i utgangspunktet følte seg klare var tanken på å skulle klare seg på egenhånd skremmende. Flere fortalte at de var redd for egne følelser og at de skulle falle tilbake i samme spor.

Hvem man blir hentet av på DPS og hvem man blir møtt av hjemme, kan ha stor betydning for om man får en god start hjemme.

Det å vite at noen man stoler på og som bryr seg om deg tar deg imot når du går ut døra på DPS ble sagt å være avgjørende for overgangen til hverdagen.

Jeg har behov for å debriefe med noen jeg er trygg på.

Etter en innleggelse har brukeren behov for å bearbeide det som har skjedd og forberede seg på det som kommer. Det handler om at noe skal avsluttes og noe skal begynne. Da trenger man å snakke seg gjennom det med noen man er trygg på. En «debrief» i bilen på vei hjem ble trukket frem som en god resept.

Å ha et tidspunkt for en avtale gjør det lettere å dra hjem.

Før man reiser hjem er det viktig for brukeren å vite hvor og når neste møtepunkt er. Det kan være vanskelig å forholde seg til "en eller annen gang i neste uke eller måned" da dette sees på som en milepæl fra brukernes ståsted.

«Tanken på å dra hjem er kjempeskummel.»

«At noen tar meg imot på andre siden. Bare det å vite at noen jeg er trygg på kommer og henter meg er avgjørende for om jeg får en god start hjemme. Helst støttekontakten. Det verste er om det er noen i familien.»

«Jeg skal egentlig ha faste planlagt innleggelser, men det blir aldri satt en ny dato for nye innleggelser. Det kunne gjort meg tryggere. At jeg hadde en plan for neste gang.»

«Å ha et tidspunkt for en avtale gjør det lettere å dra hjem.»

OVERGANG – BYTTE AV BEHANDLER/VEILEDER

Man kan lett føle seg som en prøvekanin der det skal prøves og feiles.

Flere påpeker at behandlere har «sine» metoder og verktøy de har tro på og benytter i behandling. Det kan føles som det er lite fokus på å bygge videre på det arbeidet som allerede er gjort når man må bytte behandler. Å bytte behandler kan fort stagnere rehabiliteringen fordi man opplever å måtte starte på nytt.



«Det er gjentakende at behandlere slutter og at jeg må starte på nytt. Hver nye behandler er en ny relasjon og de har forskjellige ting de prøver ut.»

Hjelp meg å gjøre overgangen mellom behandlere så sømløs som mulig.

Brukerne har forståelse for at de kan måtte bytte behandler av og til, men det oppleves som vanskelig dersom de blir overlatt til seg selv i overgangen. Overgangen oppleves mindre skummel og belastende dersom den kjente behandleren er med til den nye behandleren en gang eller to.

La meg slippe å fortelle historien min igjen og igjen.

For mange er det vanskelig å åpne seg og fortelle om det som er vanskelig og hva man har vært igjennom. Særlig i møte med nye og ukjente, selv om de er profesjonelle. Når bruker opplever at den nye behandleren har lest seg opp og kjenner sin situasjon er det lettere å etablere et tillitsforhold og fortsette rehabiliteringen.

Å bytte behandler kan føles som man må starte på nytt.

Det oppleves vanskelig nok å skulle bytte behandler enten det er innenfor samme tjeneste eller det er på tvers av tjenester. Det gjør det ikke enklere dersom behandlerne gir motstridende råd eller ønsker å prøve nye metoder eller teknikker uten å bygge videre på det som er gjort tidligere.

Dersom man henvises på nytt etter endt behandling får man ikke nødvendigvis den behandleren man hadde forrige gang. Det oppleves utfordrende å måtte starte på nytt og fortelle historien igjen.

Det er høy rullering av veiledere hos NAV.

Hos NAV er det lite kontinuitet. Mange av de vi snakket med fortalte om hyppige bytter. Dersom man opplever å få den hjelpen man trenger er ikke det noe problem. Det er når problemer oppstår dette kan oppleves vanskelig.

«Det hjalp at behandleren som kjente meg var med i overgangen.»

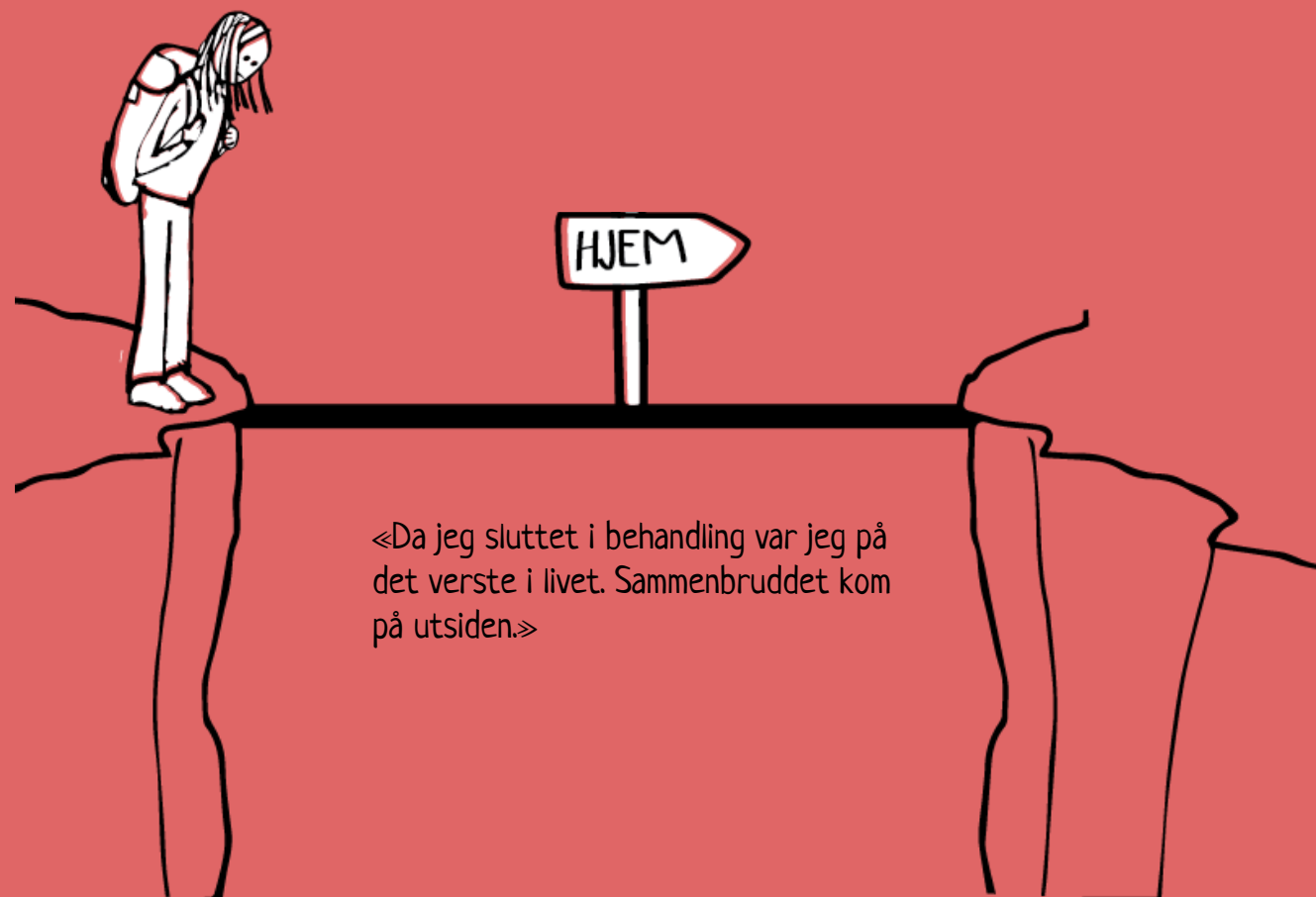
«Behandlere har forskjellige metoder de bruker og prøver ut, men når en slutter så prøver den neste noe nytt. Jeg har aldri følt det ble tatt et steg videre. Ikke følt at det var et felles prosjekt, det var mitt prosjekt, og så fikk jeg litt hjelp her og litt hjelp der.»

«Første time hos kommunepsykolog opplevdes vanskelig. Det virket som at han ikke hadde lest seg opp på saken min. Alt måtte fortelles på nytt.»

OVERGANG – AVSLUTTE BEHANDLING

Å avslutte behandling kan oppleves som skummelt selv om man er frisk.

Selv om man er friskmeldt trenger man å føle at man har et sikkerhetsnett rundt seg, både fordi det oppleves som en trygghet og for å bli fanget opp hvis man får tilbakefall



«Da jeg sluttet i behandling var jeg på det verste i livet. Sammenbruddet kom på utsiden.»

Det kan oppleves skummelt å avslutte behandling.

Selv om man er frisk så kan det oppleves skummelt å avslutte behandlingen. Dette handler om at man er redd for å havne i samme situasjon igjen. En av de vi snakket med fortalte at hun i 6 mnd etterpå kunne ringe til DPS om det skulle være noe. Hun hadde ikke behov for det, men det var en trygghet å vite at hun hadde muligheten.

Overgangen kan oppleves som brå - Flere etterlyste bedre ettervern.

Hvis man ikke har et sosialt nettverk eller man må finne et annet miljø kan det oppleves litt «tomt» å avslutte behandlingen. Særlig hvis de profesjonelle har vært dine nærmeste. Selv om man er erklært frisk kan man ha tyngre perioder der man lett kan bli litt motløs. Å kunne snakke med noen som har vært gjennom det samme ble fremhevet som noe som kunne få motivasjonen på rett vei.

Det kan være vanskelig å fange opp hvis man får tilbakefall når overgangen blir for brå

Flere av de vi snakket med hadde fått flere tilbakefall etter endt behandling. Selv om man føler seg frisk når man avslutter kan veien tilbake være ganske kort. Når man ikke lenger opplever å ha en lavterskel måte å søke hjelp kan barrieren for å be om hjelp igjen være stor. En bruker fortalte oss også at hun var på sitt verste i livet da hun avsluttet behandlingen. Fordi alle sa at alt så bra ut og at hun var frisk følte hun at hun måtte leve opp til det selv om hun egentlig ikke var det. I etterkant kom sammenbruddet.

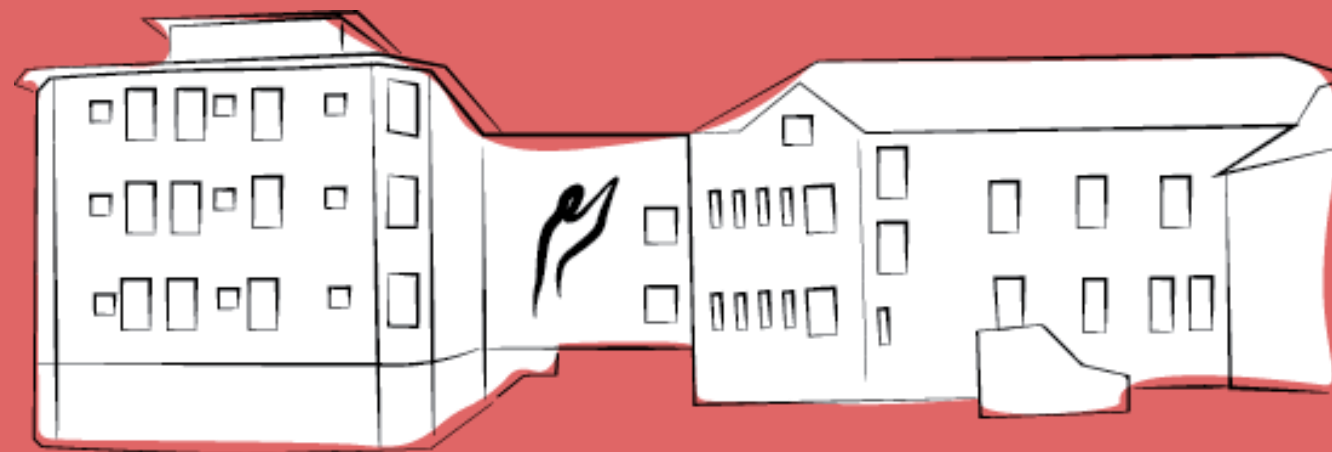
«Det var skummelt å skulle avslutte. Men jeg kunne ringe til DPS om det skulle være noe de neste 6 månedene. Jeg hadde ikke behov for det, men det opplevdes trygt å vite at jeg hadde muligheten.»

«Da jeg sluttet i behandling var jeg på det verste i livet. Sammenbruddet kom på utsiden.»

OVERGANG – SANDVIKEN KOMMUNENE/DPS

Det er ingen god overgang fra Sandviken.

Flere av brukerne fortalte om utfordringer knyttet til utskrivelse fra Sandviken. Overgangene karakteriseres av mangelfull og feil kommunikasjon.



«Det var veldig skummelt å bli sendt hjem, særlig uten å forstå hvorfor dette skjedde. Jeg var livredd for at det skulle skje igjen.»

Flere har dårlige opplevelser knyttet til opphold på Sandviken

Flere av de som har vært innlagt på Sandviken har opplevd at deres behov ikke har blitt tatt på alvor under selve oppholdet og at det har vært dårlig kommunikasjon rundt behandling, diagnose, og veien videre.

En av brukerne vi snakket med fortalte om et traumatisk opphold på Sandviken. Det var fravær av kommunikasjon med lege under oppholdet, og hun ble sendt hjem uten plan, diagnose, eller oppfølging til tross for at hun kom inn med psykose. Da hun kom hjem ble hun verre og måtte etter få dager tilbake. Da ble hun møtte med: «Vi visste at du ville komme igjen». Dette opplevdes som uverdig og uforståelig.

«Sandviken var veldig skummelt. På Sandviken får du ikke vite noe som helst. Jeg spurte de om hvor lenge jeg skulle være der og sånt. De svarte dette må du snakke med legen om, men legen kom aldri. De sa bare at han kommer i morgen.»

«Det var veldig skummel å bli sendt hjem, særlig uten å forstå hvorfor dette skjedde. Jeg var livredd for at det skulle skje igjen.»

«Da jeg kom fra Sandviken var det masse rot, dårlig kommunikasjon og feil i det som handlet om meg.»

HVERDAGEN

«Jeg har ikke fri fra sykdommen min etter kl halv 4.»

De små tingene i hverdagen betyr mer enn vi tror.

Hverdagen kan være vanskelig å takle og man kan føle seg både ensom og alene om «prosjektet» å bli frisk. De små, men hyppige kontaktene, utenfor «behandlingsrommet» er viktig får å føle seg sett og ivaretatt. Mange trenger også hjelp til å mestre og forstå at de kan få til ting.



«Det kunne være alt fra lange samtaler og turer, til bare korte sms-utvekslinger for å få svar og bekreftelser jeg trengte for å få ro hjemme.»

Små, men hyppige kontakter kan ha stor betydning.

Brukerne fortalte om betydningen av å kunne ta kontakt eller bli kontaktet av en tillitsperson, selv kun i små drypp i hverdagen. En sms kan gjøre at en bruker føler seg tryggere. En rusbruker føler seg sett, og at noen bryr seg, når en tillitsperson tar kontakt utenfor behandlingen. De små tingene i hverdagen betyr mer enn vi tror.

Aktiviteter som treffer på interesse og kompetanse gir tro på at man kan mestre livet igjen.

En ting er at det er viktig å ha noe å gå til som gir mening, men flere av brukerne fremhevet at å kunne gjenoppta aktiviteter man gjorde før man ble syk, eller å kunne holde på med ting man interesserer seg for gir håp om at man får til ting. Det er også viktig å ha arenaer der man kan være «frisk».

Jeg vil være sammen med folk jeg identifiserer meg med.

Et sosialt felleskap er viktig for de fleste, men for at det skal oppleves meningsfylt må fellesskapet bestå av folk man kan identifisere seg med, helst i samme alder og gjerne noen som har vært i samme situasjon. For andre var det godt med «fri» arenaer der andre ikke vet at de er syke, slik at de kan føle seg friske.

«Det var mest hun som tok kontakt om hun visste at jeg hadde det vanskelig. For jeg klarte ikke helt selv å si at jeg ville ha flere timer.»

«Jeg husker at jeg skulle ha helgeperm, og gruet meg veldig – men kontakten min ringte meg både lørdag og søndag, det føltes trygt.»

«Der jeg jobber frivillig er det ingen kjenner meg, ingen spør om sykdom så jeg kan føle meg litt frisk.»

HVERDAGEN

Jeg trenger ikke bare hjelp med «sykdommen», men har også andre grunnleggende behov jeg må ha orden på.

Hverdagen består av mer enn behandling, det er helhet som må ivaretas for å kunne bli bedre. I tillegg til «sykdommen» må det være orden på grunnleggende ting som økonomien, trygge relasjoner og et sosialt liv, og man må føle at man har en grunn for å stå opp.



For å kunne være mottakelig for hjelp med sykdommen trenger man å ha orden på andre grunnleggende behov.

For flere av disse brukerne er det ikke «bare» sykdommen de trenger hjelp til. De må også ha på orden ting som økonomi, bolig og trygge relasjoner. For mange kan dette også være en medvirkende eller forsterkende årsak til utfordringer med rus eller psykiatri.

Det å etablere en «ny» hverdag er heller ikke enkelt. For rusbrukere kan det innebære en hverdag med andre rutiner der man må bryte med et miljø og bygge et nytt nettverk med «sunne» relasjoner. For å få til varig endring krever det at «systemet» sammen ser brukeren i en kontekst.

DPS hjelper også med de andre tingene.

Flere av brukerne fremhevet at de hadde fått god hjelp på DPS med f.eks. å få betalt regninger og sendt søknad til NAV.

«På DPS hjalp de meg med lånekassen, der jeg hadde en forsinket betaling. Det ble ordet sånn at jeg fikk sendt søknad til NAV og fikk sykepenger. Jeg setter pris på det de menneskene gjorde.»

«De har vært fantastiske ift Nav! De har vært med meg hele veien og hjulpet med pc, søknader, med kommunal bolig osv. Vet at hvis jeg trenger støtte til praktiske ting så har jeg alltid et våkent hode som kan tenke for meg hvordan jeg kan gjøre ting.»

FELLES HOLDNINGER

«Jeg vil bli behandlet som et menneske.»

Brukeren opplever å bli sett og forstått når:

- de eier tempo
- de blir pushet når de trenger det
- de opplever at deres behov, opplevelse og symptomer blir tatt på alvor
- de ikke blir sett på som en diagnose/ et funksjonsnivå
- de kan uttrykke seg på alternative måter

«Alle har vært tålmodig med meg. Har aldri følt meg presset mer enn jeg var klar. Det har vært avgjørende for meg.»



Jeg trenger selv å bestemme tempo i behandlingen

For mange er det vanskelig både å fortelle historien sin, stole på andre og å akseptere at man trenger hjelp. Da er det viktig at man opplever forståelse og at man selv har kontroll på tempo. Særlig ble behandlerne på DPS berømmet for deres tålmodighet og forståelse for situasjonen. I tillegg er de flinke til å «lese» når brukerne trenger å bli “pushet”.

Ikke bare se på meg som en diagnose/ et funksjonsnivå

Flere har opplevd å ha blitt satt i «bås» fordi de har en bestemt diagnose. Behandlingen/tiltakene blir styrt ut fra diagnosen de har fått og de blir ikke hørt og trodd på sin opplevelse. Et eksempel som ble trukket frem var veilederen på NAV som fortalte en bruker at hun med sin diagnose ville bli ufør. Et annet var en bruker som ikke ble trodd på at tidligere medisiner fungerte bedre enn de nye. Fordi hun hadde en ny diagnose mente behandleren dette ikke kunne være tilfelle.

Symptomene kan også skyldes somatiske lidelser

Dersom det ikke blir gjort en somatisk utredning i starten av forløpet kan smerter og symptomer bli knyttet til den psykiske diagnosen man har fått. Altså blir man feildiagnostisert. En av de vi snakket med hadde levd med psykiske lidelser i mange år uten å få en somatisk utredning. Da hun først fikk det ble det oppdaget at hun hadde en alvorlig somatisk sykdom som trolig har forårsaket symptomene hun har hatt.

«Jeg kunne ønske at jeg blir sett ut fra hvordan jeg har det, og ikke bare en diagnose.»

«Jeg tenkte ofte, om de (veilederne) ikke har tro på meg – hvorfor skal jeg tro på meg selv?»

«Jeg tenkte jo at det er rart at ingenting fungerer på meg. Jeg er jo ikke så spesiell. Da var det en lettelse å få vite at de psykiske problemene skyldes noe annet.»

Jeg vil bli behandlet som et menneske

Selv om man er veldig syk har man behov for å bli møtt som et menneske. Et menneske som trenger informasjon og omtanke. Det kan handle om å bli møtt med vennlighet, og at behandler tar seg tid til å lytte fremfor å dra beslutninger i forkant.

Å kunne uttrykke seg på alternative måter

Når man har opplevd traumatiske ting i livet er det for mange vanskelig å snakke om. Da er det fint å kunne uttrykke seg på andre måter enn å måtte snakke. En av brukerne vi snakket med fortalte at hun hadde skrevet ned hele historien sin slik at hun slapp å fortelle om det. Det opplevdes som enklere.

De sier at jeg liker å være innlagt, men det er ikke det det handler om. Jeg ville ikke vært der om jeg ikke følte at trengte hjelp.”

Tillitspersonen kan være hvem som helst - det må bare være en jeg stoler på, som kjenner min historie og som er der over tid.

Hvem en bruker etablerer tillit til er ikke nødvendigvis den/de personene tjenestene definerer som tillitspersoner. Dette kan være en profesjonell aktør som en behandler, veileder i NAV eller fastlegen, men det kan også være en lærer, en pårørende eller andre som er i kontakt med brukeren.



«Jeg har tillit til deg fordi du har tillit til meg.»

Et tillitsforhold må bygges av to parter

Det å ha tillit til noen handler om gjensidig tillit og respekt. Hvem brukeren har tillit til kan ikke bestemmes av tjenestene. Det er noe som må opparbeides og handler også om kjemi. Noen ganger må man anerkjenne at behandler/veileder ikke har kjemien å bygge tillitsforholdet på.

Noen fellesnevnerer som går igjen som tillitsbyggende faktorer er:

- **Noen som stoler på meg og min historie.** En forutsetning for å bygge tillit er å bli forstått og trodd på. DPS blir av flere trukket frem som et sted der man blir trodd og forstått.
- **Forutsigbarhet rundt behandlere og kontaktpersoner.** Det oppleves tryggest når man kan ha «faste» folk man forholder seg til. I ferier er det mye vikarer. Dette kan oppleves som vanskelig fordi det oppleves som at de ikke kjenner brukerens behov.
- **Noen som "ser" brukeren også utenfor fastsatte avtaler.** Å bli kontaktet uoppfordret bygger tillit. Det viser medmenneskelighet og at man bryr seg på ekte.
- **Ofte er det de menneskene som oppleves å gjøre det lille ekstra** Det bygger tillit å vise at man kan stille opp å hjelpe til om det trengs selv om det ikke er en del av stillingsbeskrivelsen.
- **«En som ikke gir meg opp og orker meg over tid.»** Det er tillitsvekkende å vise at man ikke gir opp selv om situasjonen virker håpløs, man ikke responderer på behandling eller man ikke er klar for å ta i mot hjelp

«Jeg har tillit til deg fordi du har tillit til meg.»

«Fastlegen kjenner min historie . Jeg har hatt samme fastlege siden jeg var barn»

«Når det er ferie og det kommer vikarer opplever jeg at de ikke bryr seg om å forstå hvem jeg er.»

«XX i kommunen har fulgt meg lenge og kjenner meg godt. Det føles trygt. Hen kan jeg ringe hvis noe er vanskelig.»

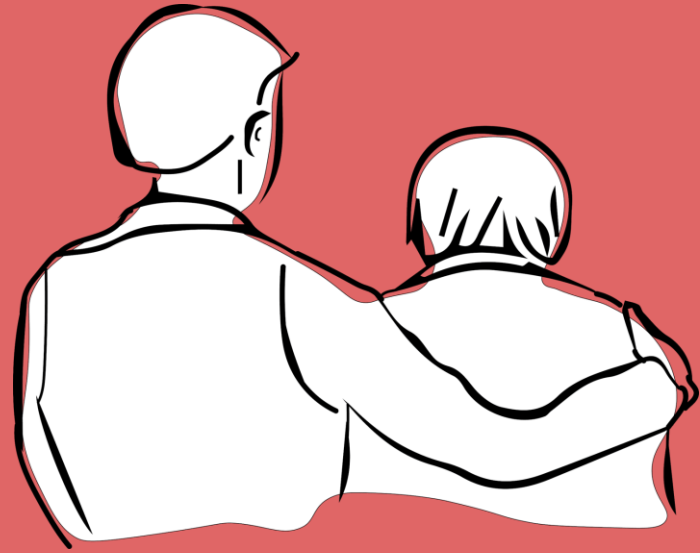
«Bare det å vite at noen jeg har tillit til kommer og henter meg er avgjørende for om jeg får en god start hjemme»

STØTTE OG RELASJONER – PÅRØRENDE

Pårørende har behov for hjelp og støtte for å kunne være en ressurs.

Pårørende er en enorm ressurs når de:

- ...opplever at systemet tar ansvaret for brukeren på alvor
- ...forstår situasjonen og diagnosen
- ...forstår hvordan de selv kan hjelpe
- ...har noen å kontakte om ting blir vanskelig
- ...få hjelp til å takle det å være pårørende



«Skulle ønske vi kunne litt mer om diagnosen. Det blir til at man ser på NRK-serier om dette. F.eks. “Helene sjekker inn”»

Selv om pårørende formelt sett ikke har ansvaret for brukeren kan det føles som man må ta det.

De pårørende vil som regel det beste for brukeren. Mange føler på et enormt ansvar for å følge opp dersom bruker selv ikke er i stand til å gjøre det. Selv om det formelt sett ikke er deres ansvar å følge opp at bruker kommer seg til behandling, tar medisiner eller deltar på tiltak kan det oppleves som at dette er et ansvar de må ta. De kan være redde for hva som vil skje dersom de ikke tar dette ansvaret.

De pårørende kan føle seg glemt.

Det kan være krevende å være nærmeste pårørende til en som sliter med rus og psykiske lidelser. Dette kan gå utover familien eller ekteskapet der alt til slutt dreier seg om brukeren. Pårørende savner et tilbud der de kan «debriefe» og dele erfaringer rundt det å være pårørende.

Det er vanskelig å vite om man gjør ting rett.

Pårørende kan i mange sammenhenger synes det er vanskelig å vite om man håndterer situasjoner rundt brukeren på riktig måte. Dette kan være grensesetting, døgnrytmeproblematikk eller at brukeren nekter å ta medisiner. Opplevd manglende kunnskap gjør at man starter å tvile på seg selv. I tillegg kan forholdet til den som er syk skades fordi man blir ei "vaktbikkje" fremfor en støtte.

Pårørende har mer behov for å ha oversikt og oppleve at det er en plan bak behandlingen en det brukeren har.

De pårørende er ofte opptatt av hvilke rettigheter brukeren har og hvilke muligheter som finnes. De har ofte behov for å se at det er en plan bak behandlingen/tiltakene som iverksettes, virkningen av den og det estimerte tidsperspektivet som ligger til grunn.

«Hun tok ikke medisin med mindre vi trøkka det i henne. Er det noe vi skal gjøre? Hvor mye skal vi pushe?»

«Vi vil jo at hun skal ha det bra, så det er vanskelig å sette grenser»

«Vi føler det har gått litt i stampe. Da blir man veldig usikker på om man gjør ting rett. Av og til lur jeg på hva som hadde skjedd hvis ikke vi var der. Hadde det vært bedre? Men det tør vi ikke. Har jo fått vite den dystre statistikken.»

«Der hadde vært bedre med en dårlig plan enn ingen plan»

Pårørende kan være hemmende for behandlingen når det er brukerens ansvar å holde dem orientert.

Manglende kunnskap hos de pårørende kan gjøre at de ikke har forståelse for brukerens atferd. Brukere har påpekt at det er belastende å måtte forklare og orientere pårørende om egen diagnose og behandling. Det kan også være vanskelig å forklare at man reagerer sånn man gjør eller hvorfor ting er vanskelig. Følelsen av skam og mangel på støtte kan hemme progresjon i behandlingen.

De som står personen nærmest er ikke alltid de man først tenker på som pårørende

Det er ikke alltid nærmeste familie er de som står brukeren nærmest. Av og til er det en kjæreste eller venner. Disse trenger også å forstå hvordan de best mulig kan være en støttespiller.

«Min bror skjelte meg ut en gang, sa at jeg fortjente ikke noe hjelp, jeg som bare ruset meg for egen forlystelse. Jeg leste til og med utdrag fra min egen epikrise til han for å prøve å få litt forståelse – men jeg fikk det ikke til.»

«Kjæresten min er den eneste jeg snakker om sykdommen til og han ser meg hver dag, både når jeg har gode og dårlige dager, men han har aldri fått noe oppfølging. Jeg ser at det kan være tøft for han når jeg er på mitt verste.»

Ansattinnsikt



Ventetiden er det vanskeligste - jeg trenger jo hjelp nå!

Jeg trenger ikke bare hjelp med «sykdommen», men har også andre grunnleggende behov jeg må ha orden på.

Jeg gruer meg til å komme hjem fra DPS fordi jeg er redd for å være alene med følelsene mine.

Man kan lett føle seg som en prøvekanin der det skal prøves og feiles.

Å avslutte behandling kan oppleves som skummelt selv om man er frisk.

«Jeg har ikke fri fra sykdommen min etter kl halv 4.»

De små tingene i hverdagen betyr mer enn vi tror.

Det er ingen god overgang fra Sandviken.

Bruker og ansatteinnsikter som er gjennomgående for hele brukerreisen

«Jeg vil bli behandlet som et menneske.»

«Tillitspersonen kan være hvem som helst - det må bare være en jeg stoler på, som kjenner min historie og som er der over tid.»

Pårørende har behov for hjelp og støtte for å kunne være en ressurs.

Samhandling består av overganger og samtidighet

Jeg vet hvem jeg skal kontakte og hvordan jeg skal gå frem fordi jeg har jobbet her lenge og kjenner folk.

Mangel på gode digitale samhandlings-verktøy er en barriere for samhandling.

Når vi kjenner hverandre så jobber vi med sakene på en helt annen måte. Vi jobber sammen.

Det gjøres mye bra, men det er mest personavhengig

Å sende en henvisning til DPS - som å kaste den ned i et sort hull.

Samhandlingen fungerer bra de gangene vi har lik oppfatning av tid og hastegrad.

Det er for liten kjennskap til hverandres tilbud og muligheter.

Overgangene fungerer de gangene vi tar oss tid.

FACT-teamene gjør overgangene mindre sårbare.

«DPS har tradisjonelt sett hatt en veilederrolle overfor kommunene, den rollen er ikke så interessant for oss lenger.»

Det er mange typer planer, men det savnes likevel en plan.

Jeg vet hvem jeg skal kontakte og hvordan jeg skal gå frem fordi jeg har jobbet her lenge og kjenner folk.

Hvem en skal kontakte i de andre organisasjonene for å samhandle og hvordan, er ikke skrevet ned noen sted. Det er noe man lærer seg etter å ha vært lenge i en jobb. Selv om en vet hvem en vil snakke med, kan det være at en ikke finner kontakthinformatjon.

“Vi har ofte direktenummer til behandlere i kommunen, men det har vi ikke på DPS. Da må vi gjennom resepsjonen. Det tar lengre tid.”

Ansatt i kommune



Noen få personer blir døråpnere for samarbeid.

Mange av informantene nevner navn på hvem de samarbeider med, lettere enn de nevner funksjonen til vedkommende. Det er ofte enkeltpersoner som blir døråpneren inn til en aktør.

Ansatte forholder seg til gamle telefonlister for å ha tilgang til kontaktinformasjon. Det kan fort bli et problem.

Mange ansatte i de ulike organisasjonene bruker telefonlister som ikke er oppdatert. Telefonnumre er ikke tilgjengelig eller søkbare noe sted, og derfor blir dette "knowhow" kunnskap som fort blir utdatert når personer slutter eller bytter stilling e.l.

Det er vanskelig å komme inn som ny når en ikke vet hvem en skal samhandle med eller hvordan en skal komme i kontakt.

Det er mye taus kunnskap som ligger i organisasjonene. Når du har jobbet et sted i lang tid har du kanskje kontaktene på plass, men som ny kan det være vanskelig. Du blir avhengig av å kjenne noen som kan fortelle deg hvem du kan kontakte, eller at man har jobbet med noen der veiene krysses og at det derfor skapes en relasjon.

«Det er ikke nedskrevet, men etter mange år i NAV vet jeg hvem jeg skal samhandle med.»

Ansatt i Nav

«DPS virker utilgjengelige - må ringe til sentralbord når en trenger å snakke med behandler - til sengepostene går det greit»

Ansatt i kommune

«Finner det alltid ut - men hvor mye tid orker du å bruke på å finne ut?»

Ansatt i kommune

PERSONLIGE RELASJONER

Når vi kjenner hverandre så jobber vi med sakene på en helt annen måte. Vi jobber sammen.

Samhandlingen er i stor grad basert på personlig kjennskap og relasjoner.

Samhandling er basert på møter og ansikter og ikke et navn på en liste. Mennesker som skal samarbeide må sees og treffes, det er så mye enklere å ta kontakt med noen en har møtt.



“Det er så mye enklere å ta kontakt med noen du har møtt..”

“Jo tettere du er på, jo oftere du samhandler, jo lettere blir det.”

Ansatt i
kommune

Samhandling handler om mer enn å bare gi beskjeder fram og tilbake. Når en kjenner hverandre, finner en ut av ting sammen.

Når en jobber og ser muligheter sammen med andre kan det skape stor verdi for bruker. Alle de fire organisasjonene snakket om hvor viktig det var å bli kjent for å få ned terskel for samarbeid. Når man kjenner noen og har samarbeidet tidligere er det enklere å diskutere løsninger på tvers og fordele ansvar og roller sammen.

De som fysisk har lokalisert seg sammen opplever at de jobber godt sammen om brukerne.

Enkelte medarbeidere hos NAV er fysisk lokalisert på DPS. For NAV er dette viktig for å få til et godt samarbeid. De opplever at terskelen for samarbeid går drastisk ned, fordi det blir en del av hverdagen. For brukere som skal ha tjenester fra begge aktørene er det en stor fordel og kunne diskutere muligheter i et møte med både behandler og veileder tilstede.

Å bli god på samhandling krever mengdetrening.

Flere trekker frem at man samhandler godt med de man ha samhandlet med før eller de man er vant til å samhandle med. For å bli god på samhandling må det bli en vane. Det må settes i system og det må legges til rette.

“Jeg skulle ønske at man finner en modell der man ikke skal forsvare eller skyve vekk ansvar, men gjøre det sammen”

Ansatt i kommune

“Det å være fysisk tilstede på DPS har alt å si! Behandlere kan huke tak i meg og jeg kan avklare noe der og da”

Ansatt i Nav

“Opprettelse av IPS var forløsende for samarbeidet”

Ansatt i Nav

“Kommunikasjonen og samhandlingen går lettere når en har truffet den andre part og når en kjenner hverandre”

Ansatt DPS

SAMHANDLING IKKE SATT I SYSTEM

Det gjøres mye bra, men det er mest personavhengig

Det er veldig mange flinke folk som strekker seg langt og får til mye, men det er i liten grad satt i system og det er litt tilfeldig om samhandlingen på tvers fungerer. Driver for samhandling oppleves i stor grad å være basert på personlig initiativ og på organisasjonskultur.



Dersom samhandlingen kun baseres på personlige initiativ er det lite bærekraftig.

Det er mange individer som forvalter rollen sin godt og som tar initiativ til samarbeid, og det er viktig å bra. Men det er sårbart når hele samhandlingen står og faller på enkeltindivider. Et eksempel på dette er en sosionom fra DPS, som “alle” ringer til. Han virker å strekke seg langt for å yte service til alle. Det fungerer nå, men hva om han bytter jobb eller slutter?

Corona har påvirket samhandling og igangsatte initiativ på en negativ måte.

Det kan virke som at Covid- 19 situasjonen fra mars 2020 har ført til at mange initiativ og påbegynt samhandling har stoppet opp eller blitt redusert. Hvis samhandlingsarenaer eller rutiner ikke er blitt satt godt nok i system, eller blir sett på som avgjørende for gode brukeropplevelser og oppnådde organisasjonsmål, kan det være at disse arenaene nedprioriteres i vanskelige situasjoner og til dels stopper opp.

«Vi hadde kommet i gang med faste møter, men så kom corona`n og siden har det ikke vært møter.»

Ansatt i kommune

«Vi var fysisk tilstede på sandviken før. Vi traff brukeren. De kom på besøk. De tingene har forsvunnet under corona.»

Ansatt i DPS

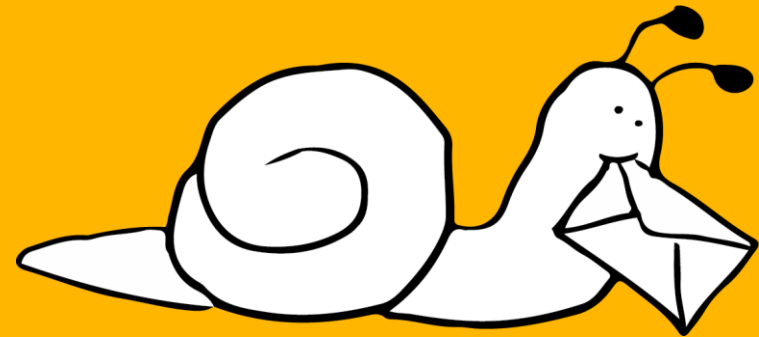
«Skal en få til noe som varer må en gjøre det på systemnivå.»

Ansatt i kommune

LIK FORSTÅELSE

Samhandlingen fungerer bra de gangene vi har lik oppfatning av tid og hastegrad.

Samhandlingen fungerer de gangene man har startet tidlig nok og at ting går passe fort. Det vil si at de rette personene finner hverandre og har samme forståelse av behov for framdrift og resultat av samhandlingen.



En felles forståelse for tidsfaktor er viktig i overgangene.

Noen ganger haster det og må gå fort, andre ganger må det brukes tid og planlegges godt. Tid blir løftet frem som en avgjørende faktor når det gjelder hva som hemmer eller fremmer samhandling. Ansatte forteller flere suksesshistorier der prosessen gikk "plettfritt", men dette oppleves å ha vært mest flaks. Fleste mener at overgangene kan bli bedre dersom man har tilstrekkelig med tid.

Egen tid - har jeg tid og orker jeg å følge opp?

Den andres tid - forstår den andre tidsfaktoren på samme måte som jeg?

De gangene vi kan jobbe sammen om brukeren på "riktige" tidspunkt fungerer det bra.

De gangene aktørene kommer sammen, og har mulighet til "å huke tak i hverandre" for å diskutere spørsmål som kommer opp der og da, fungerer det godt.

«DPS har et vanvittig trykk på seg og lider under det. De må jo ta inn og ha en turnover. Det er det de blir målt på.»

Ansatt i kommune

«Vi fikk sendt PLO melding og han fikk bolig. Tilfeldigvis ledig. Alt gikk så bra!»

Ansatt DPS

«Jeg tilbyr å være med brukeren i et overføringsmøte, eller at bruker kan få time hos meg igjen etter første time på DPS. Har ikke praktisert det ennå - vet ikke hvorfor.»

Ansatt kommune

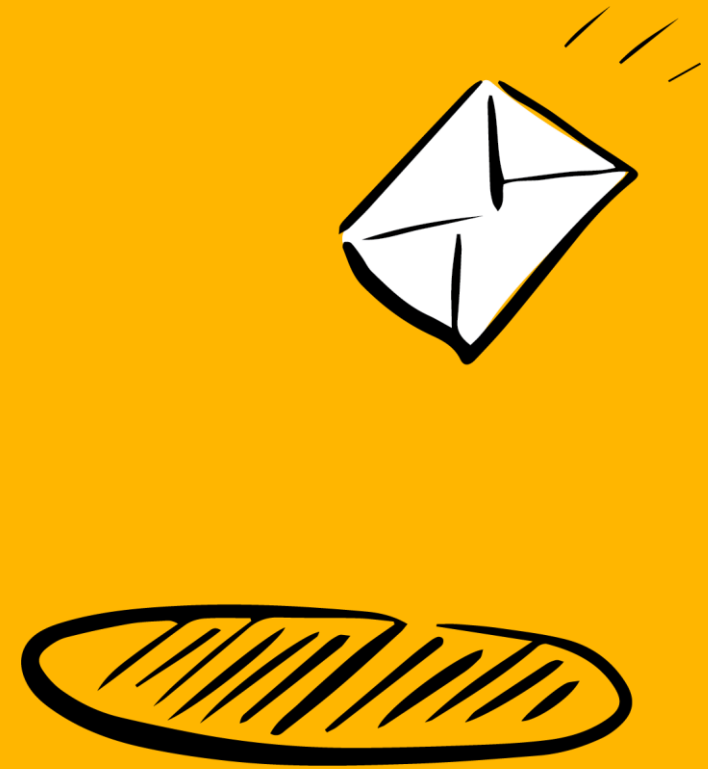
«Samhandlingen fungerte fordi henvisningen ble sendt den dagen de hadde inntaksmøte på DPS. Det var mest flaks.»

Ansatt i kommune

HENVISNINGSFLYT

Å sende en henvisning til DPS - som å kaste den ned i et sort hull.

For kommunepsykolog er det frustrerende å sende henvisning til DPS. Man vet ikke om den er kommet frem og hvor lang tid det tar før den blir behandlet. Svaret kommer i posten flere uker etterpå. Det oppleves vanskelig å ivareta brukeren, særlig når brukeren mottar en eventuell avvisning før den behandlende psykologen i kommunen.



Lite kontakt mellom kommunepsykolog og behandler på DPS.

Det oppleves frustrerende for kommunepsykolog å sende en henvisning til DPS. Den som skriver henvisningen blir sjeldent kontaktet av DPS, verken om at henvisningen er mottatt, for å kunne gi innspill til vurderingen av brukeren eller om resultatet av vurderingen. Det oppleves særlig frustrerende for kommunepsykolog de gangene brukeren får et avslag på henvisningen før den som har henvist. Da er det vanskelig å ivareta bruker, og man kan bli litt «tatt på senga» hvis bruker er frustrert og tar kontakt angående årsaken til avslaget.

Kommunikasjonskanal mellom kommunepsykolog og DPS er en utfordring.

Henvisning fra kommunepsykolog sendes elektronisk, men svar tilbake går i postgang fra DPS. Henviser hører ofte ikke noe før han/hun mottar epikrisen eller et brev om avslag etter flere uker. Dette oppleves frustrerende for kommunepsykolog.

Noen samhandler mer enn andre.

Det er forskjell på hvor mye en samhandler med de andre organisasjonene etter hva en jobber med i egen organisasjon. Noen samhandler mye og ofte, andre samhandler lite. Miljøterapeuter i kommunene og FACT teamene oppgir at de samhandler ofte. Kommunepsykologer opplever å samhandle mindre

Postgangen oppleves å gjøre samhandlingen vanskelig,, blir beskrevet som “sneglepost”.

«Jeg synes det er en krevende prosess. Det blir en brå overgang. Jeg sender en henvisning og ser det sjeldent eller aldri at jeg får noen tilbakemelding.»

Ansatt i kommune

«Brukerne får beskjed om avslag på henvisning til DPS før jeg selv får vite det.»

Ansatt i kommune

«Jeg henviser til noe, men vet ikke om de får et tilbud.»

Ansatt i kommune

«Vi blir kontaktet når noen skal hentes på DPS.»

Ansatt i kommune

ROLLEFORSTÅELSE

«DPS har tradisjonelt sett hatt en veilederrolle overfor kommunene, den rollen er ikke så interessant for oss lenger.»

Kommunene opplever at deres kompetanse og innsikt i brukernes utfordringer ikke blir etterspurt. Her ønsker de å bidra mer. De opplever sjelden at de på DPS spør dem om hva de tenker.



Kommunene opplever at DPS ikke etterspør deres kunnskap.

Kommunene kan ønske mer samhandling på lik linje, enn å bli veiledet. Oppgaver er blitt flyttet fra spesialisthelsetjenesten til kommunen, og kommunes fagpersonell opplever å ha kompetanse som ikke blir anerkjent eller etterspurt av spesialisthelsetjenesten. Kommune ønsker mer å være en likeverdig part med likeverdig kompetanse som DPS.

Hospitering blir nedprioritert

Fysisk tilstedeværelse hos den andre blir knyttet til hospitering, Hospitering blir trukket frem som en måte å bli kjent med hverandres oppgaver og kompetanse men dette prioriteres ikke. Det er et ønske om å få til hospitering men oppleves som vanskelig å få det til i praksis. Det er ikke sagt at dette er en bevisst nedprioritering, men det er en oppfatning om at det bare blir slik.

DPS kan oppleves av kommunene som lite mobile

DPS kan oppleves av kommunene som lite mobile, lite fysisk ute. Brukerne kommer til dem. DPS er ikke ute hos brukerne, og ser ikke hele konteksten rundt brukeren. Dette er en opplevelse som blir formidlet uten at det tas stilling til om dette er et problem, eller om DPS burde vært mer ute og mer mobile. Kommunene beskriver FACT-teamene som eksempel på tjeneste som er svært mobil, FACT teamene jobber med brukerne og følger de opp både i DPS og kommune.

«Det er sjelden de på DPS spør oss om hva vi tenker.»

Ansatt i kommune

«Vi kunne gjort ting i lag. Men fra gammelt av har de hatt en veilederrolle inn mot kommunen, og den er ikke så interessant for oss lenger. Det er noe av kjernen.»

Ansatt i kommune

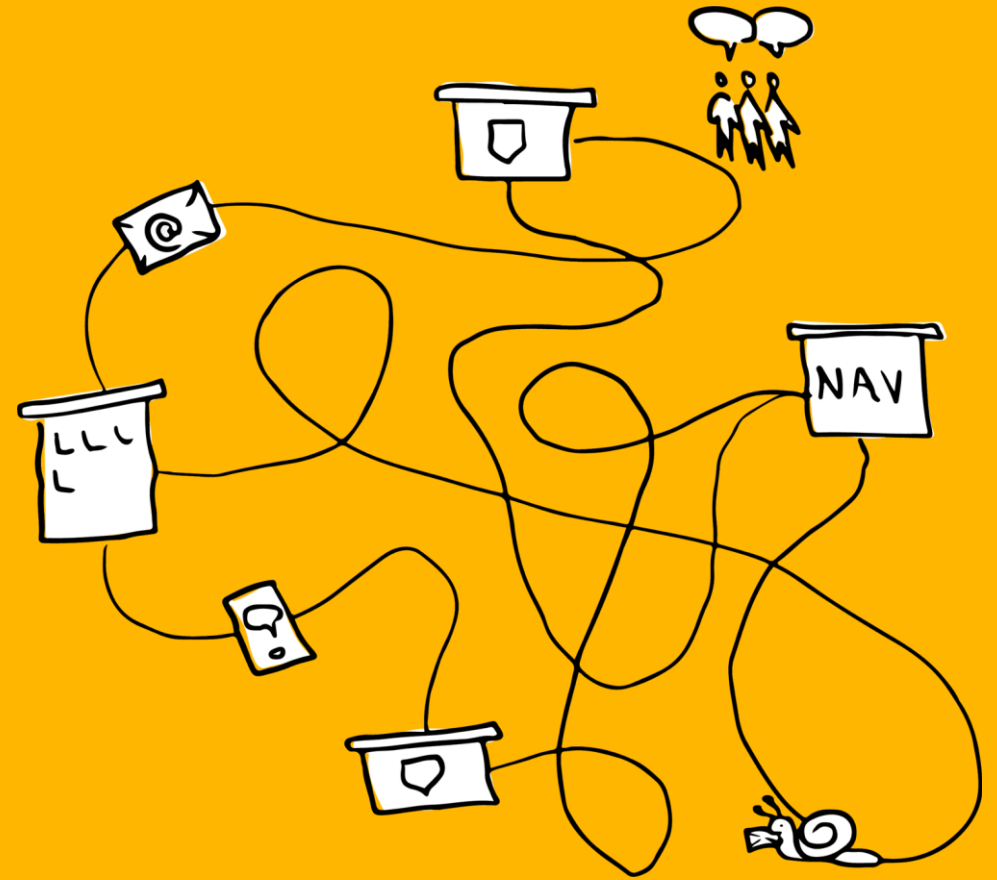
“Alle er interessert i hospitering men når det kommer til stykket er det ingen som vil”

Ansatt i DPS

Mangel på gode digitale samhandlingsverktøy er en barriere for samhandling.

Per i dag finnes det ikke ett system eller én kanal DPS, kommunene og NAV kan kommunisere via som er godkjent mtp pasientsikkerhet. Dette gjør kommunikasjonen til tider lite effektiv. At verktøy fungerer godt i eget hus, hjelper lite når flere skal få til noe sammen.

DPS har ingen måte å sende sikre digitale meldinger til NAV, det må gå via fastlege; PLO meldinger kan sendes når brukeren er innlagt, men ikke før og etter; E-post er ikke trygt mtp. pasientsikkerhet; "Sneglepost" - kan ta opp til 4 uker å komme frem; Noen bruker Skype, andre bruker Teams.



Mangel på gode digitale verktøyer oppleves som en tidstyv.

Det oppleves frustrerende å måtte bruke mye tid på å få tak i den du skal samhandle med. Det er mye ventetid for å få overført informasjon og for å få svar fra motparten. De ansatte savner en enkel måte å legge igjen en melding. All denne tidsbruken reduserer kommunikasjon mellom aktørene, og dette går ut over brukerne.

Organisasjonene har hver sine digitale system.

PLO meldinger oppleves som en god kanal mellom DPS og kommunene, men disse er bare aktive i forbindelse med innleggelser; E-meldinger kan bare brukes mellom behandlere; Modia brukes bare i NAV. Ellers er telefon og e-post vanlige kommunikasjonskanaler. Men fordi man ikke kan sende personopplysninger eller helseopplysninger på e-post blir e-post brukt til å be om kontakt. Deretter skjer dialogen per telefon.

Mye informasjon sendes som brevpost

Postgang er en stor utfordring og forsinker kommunikasjonen mellom partene og gir mye frustrasjon. DPS mangler direkte kom.kanal til NAV.

«Henvisning tar tid. Avhengig av prioritering og hvordan de prioriterer saken. Det blir sendt per Post. Bare der går det et par uker. Så skal prosessen gå derfra. Det tar god tid.»

Ansatt i kommune

«Har to-tre personer jeg har kontakt med, og når de ringer vet jeg ikke hvem som har ringt, for de har samme nummer ut.»

Ansatt i kommune

«Mangel på funksjonell teknologi er en barriere - vi må ha videoløsninger som er sikre for brukerne.»

Ansatt i DPS

«Sikker dialog med NAV hadde vært ufattelig bra! Saksbehandlingen hadde gått ned flere uker.»

Ansatt i DPS

PLANER

Det er mange typer planer, men det savnes likevel en plan

Det er enighet om at det trengs en mer konkret plan for hvordan det skal samhandles rundt den enkelte bruker. Det savnes en felles plan - en god plan for brukerne, men også alle rundt (poliklinikk og kommunen). Hva ønsker vi å oppnå og hvem gjør hva når?



Ingen av de eksisterende planene oppleves som tilstrekkelige som grunnlag for samhandling

De planene vi har hørt om:

Individuell plan, behandlingsplan, aktivitetsplan, kriseplan. Individuell plan gjelder brukere med særlig behov for koordinering av tjenester. Behandlingsplan er den medisinske og terapeutiske planen. Kriseplan inneholder beskrivelse av hvilke tiltak som skal gjøres av hvem ved forverrelse. Aktivitetsplan er utarbeidet i NAV.

ASKØY:

Individuell plan er et godt samhandlingsverktøy hvis det blir brukt av alle aktørene

DPS:

Individuell plan er for lite konkret og for lite nyttig

«IP fungerer ikke godt for oss- den er for lite konkret og for lite nyttig.»

Ansatt DPS

«Det er som å komme med Norgeskartet når du bare trenger å vite veien til nærmeste matbutikk.»

Ansatt DPS

«IP skulle vært brukt mye mer - når alle deltar og alle gjør det de skal fungerer samhandlingen og det er nesten ikke behov for møter.»

Ansatt kommune

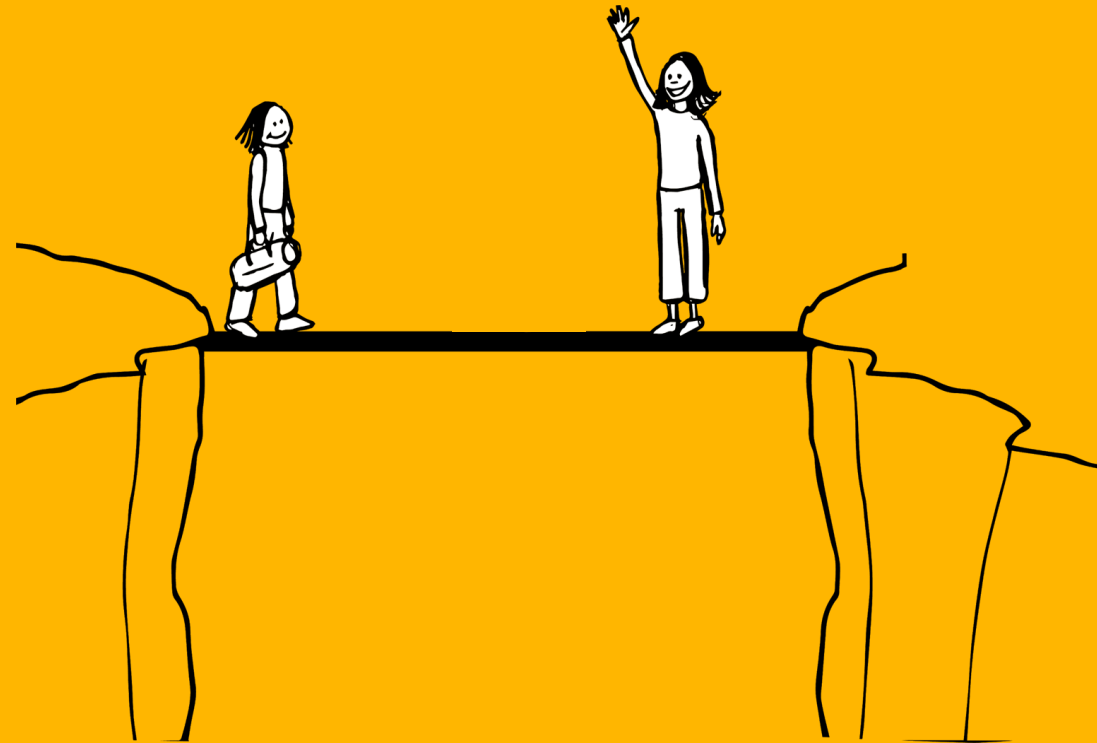
«Kriseplanen er viktig, den sier noe om hva som skal gjøres når det forverrer seg.»

Ansatt DPS

OVERGANGER

Overgangene fungerer de gangene vi tar oss tid.

Samhandlingen kommer til syne i overgangene og når noe skal fungere samtidig. Når det er stort arbeidspress kan det være at gode overganger nedprioriteres, både inn og ut.



Samtidighet myker opp overgangene.

Med samtidighet menes at bruker får tjenester overlappende tjenester fra DPS, kommune og eventuelt NAV istedenfor i sekvensielt. Det trenger ikke å være samtidighet i hele behandlingsforløpet (før, oppstart, under og etter), men samtidighet kan gjøre overgangene lettere.

FACT-teamene ser ut til å ivareta samtidighet på en god måte.

Når det snakkes om samtidighet trekkes FACT-teamene frem som et godt eksempel. FACT-teamene ivaretar både spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste for sine brukere og er organisert likt rundt brukeren uavhengig av hvor i behandlingsforløpet bruker befinner seg.

Overgang fra innlagt til utskrevet oppleves å være for brå.

Overgang fra innlagt til utskrevet beskrives som krevende både av brukere og av ansatte. Flere ansatte nevner det å opprette kontakt tidlig i innleggelsesperioden som en suksessfaktor for god samhandling. Ved tidlig kontakt og planlegging kan overgangen skje i samtidighet heller enn som en brå overgang der kommunen opplever å bli involvert ved "kom å hent".

Også overgang fra psykolog i kommunen til psykolog på DPS oppleves som krevende. Både av kommunepsykolog og av brukerne. Her nevnes også samtidighet (tilbud om overlapp i timer) som et virkemiddel for å gjøre overgangen bedre for bruker.

Overganger fra kommunepsykolog til DPS oppleves som krevende

Kommunepsykologer ønsker å ivareta brukerne sine bedre i overgangene og mener at kommunikasjon og samhandling med DPS ikke legger til rette for dette i tilstrekkelig grad slik det er i dag.

«Skulle ønske de opprettet kontakt kjapt når de ble lagt inn for å si hva de hadde tenkt å fokusere på.... Og at vi kunne minne de litt på hva som har blitt forsøkt før.

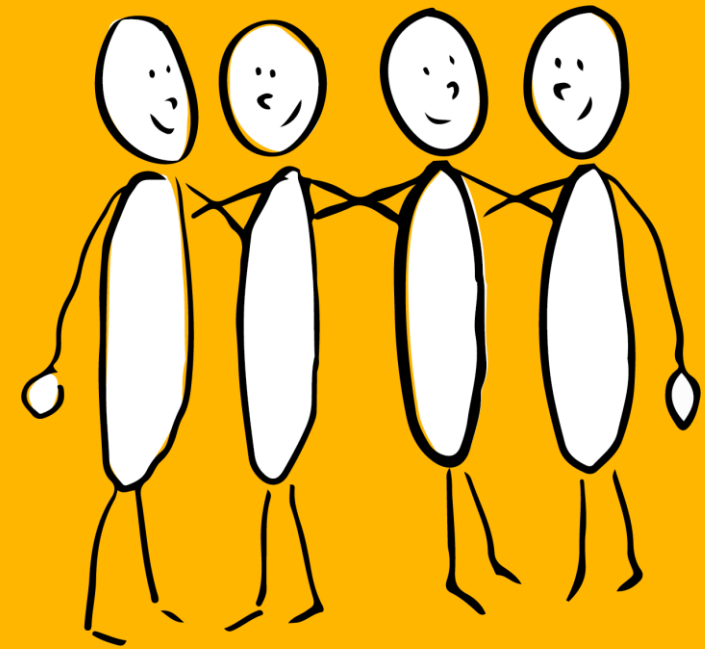
Ansatt kommune

«De gangene vi har tid fungerer samhandling. De gangene vi har lite tid er det vanskelig. Det er viktig at vi begynner tidlig nok og at vi finner riktige kontakter og kan gå igjennom det som er viktig.»

Ansatt DPS

FACT-teamene gjør overgangene mindre sårbare

Gjennom FACT-modellen bygges det et team rundt bruker. Her blir fagpersonell kjent på tvers og brukeren blir kjent med flere potensielle tillitspersoner. Da blir det mindre sårbart om en av tillitspersonene blir byttet ut og det blir bedre kontinuitet i arbeidet. De bruker god tid til å bygge relasjoner med brukerne, og møter de “der de er” både fysisk og psykisk.



FACT teamene er organisert forskjellig

FACT teamene en samhandlingsmodell mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner for å gi oppsøkende, samtidig og helhetlige tjenester til mennesker over 18 år med alvorlig psykiske lidelser. Ordningen finansieres delvis av prosjektmidler fra Helsedirektoratet. FACT teamene er organisert forskjellig - et kommunalt FACT team i Askøy og et FACT team med organisering i DPS som gjelder Øygarden.

Ca en tredjedel av brukerne i psykisk helse og rus i Askøy kommune er under oppfølging av FACT team.

FACT teamene oppleves som stimulerende for samhandling

FACT teamene har faste møter der team deltakerne treffes og fordeler oppgaver og samhandler rundt brukerne. FACT -teamene gir brukeren flere relasjoner å spille på. Gjør det mindre sårbart. I FACT teamet er det flere som kjenner bruker - dette letter skifte av tillitsperson. FACT teamene beskrives som vellykket og stimulerende for samhandling mellom kommune og DPS.

«I FACT-teamet klarte vi på kort tid å sortere hvor det er fornuftig å fortsette.»

Ansatt i kommune

«Vi gir mye av oss selv. Vi kan ta en spøk og bli personlige. Det er viktig at vi gir bruker nok tid.»

Ansatt i kommune

«I FACT-teamet kan vi ha flere som kjenner brukeren - lettere å skifte tillitspersoner.»

Ansatt i kommune

«I FACT-teamet har vi faste ukentlige møter med DPS - etter at faste møter er opprettet er det lettere å få kontakt.»

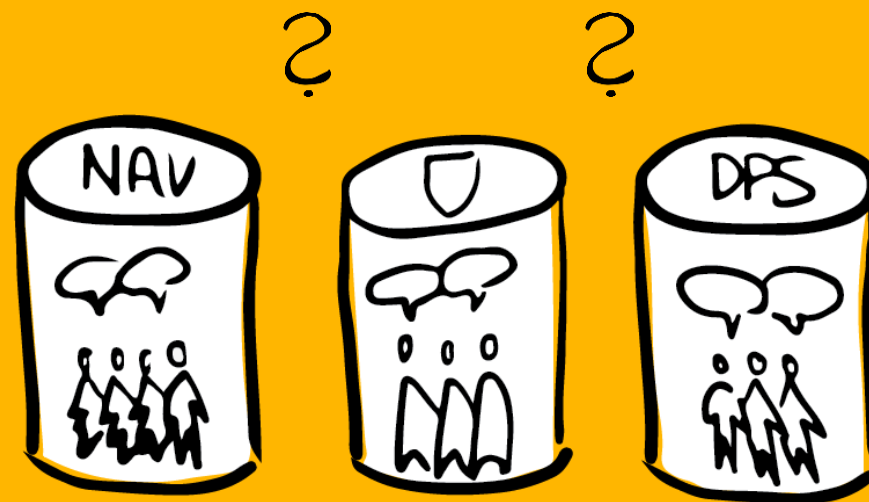
Ansatt i kommune

Det er for liten kjennskap til hverandres tilbud og muligheter

Det er potensiale for å kunne tilby bedre og mer helhetlige tilbud for brukerne. Per i dag kjenner man ikke godt nok til hvilke tilbud og muligheter som finnes hos hverandre.

Forholdet mellom behandling og arbeidsaktivitet skaper et dilemma mellom NAV og DPS.

“Behandlere tror ikke det finnes muligheter, og så har vi så mange muligheter også som del av et behandlingsløp. Behandling og tiltak må gå hånd i hånd, og der er vi ikke i dag. Vi kunne kommet lengre i behandlingen om vi hadde tiltak i tillegg.”



For liten kjennskap til andre organisasjoners tilbud.

Alle organisasjonene har uttrykt at de kjenner for lite til hverandre og hverandres tilbud. Kjennskapen og bruk av ulike tiltak og virkemidler er mye basert på erfaringer med hva som har fungert tidligere og relasjoner til enkeltindivider. Det er ekstra utfordrende å få oversikt for nye som kommer inn.

Nav opplever at det er krevende å kommunisere hvilke tilbud de har.

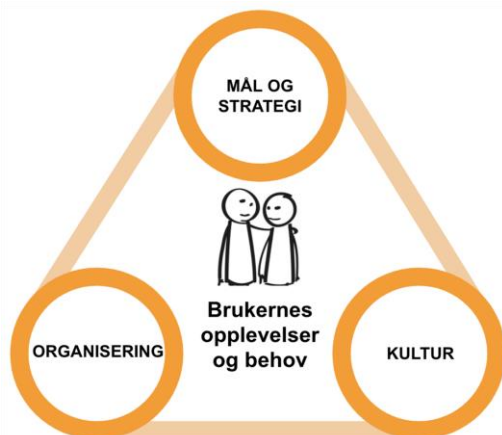
Nav har utrolig mange muligheter, men det oppleves som at disse er vanskelig å kommunisere ut til behandlere. Nav oppfatter at mangel på kunnskap om deres tilbud og muligheter gir urealistiske forventninger og dermed skuffelser når forventningene ikke blir innfridd.

Språk og begrepsbruk rundt tilbud fra Nav er også en utfordring i kommunikasjonen, og Nav jobber med å forenkle kommunikasjonen om sine tilbud.

**«Folk utenfor må forstå hva begrepene er.
Språk- stammespråk er et satsningsområde -
gjøre språket vårt forståelig.»**

Ansatt i Nav

Våre betraktninger rundt innsikten



- Er brukernes behov i tråd med organisasjonenes mål og strategi?
- Har vi den rette organisasjonskultur for å kunne etablere og vedlikeholde god praksis?
- Har vi den rette organisering for å kunne endre måten vi samhandler på?

MÅL OG STRATEGI

Lov- og avtaleverk, strategier eller målsettinger ser ikke ut til å være en flaskehals for samhandling.

Samhandling på tvers av tjenestene har høy prioritet i alle organisasjonene.

Det som finnes av mål og strategier for samhandling knyttet til brukere med psykiske lidelser og rusutfordringer er i hovedsak samhandlingsavtalene, tjenesteavtalene og enkelte prosedyrer og forløp for bestemte diagnosegrupper.

Innsikten fra brukere, pårørende og ansatte viser at det ikke er identifisert hindringer i mål- og strategier som ligger til grunn for samhandling mellom organisasjonene.

KULTUR

Viljen er stor for å få til bedre samhandling på tvers, men kommunene opplever fortsatt at spesialisthelsetjenesten ikler seg veilederrollen og ikke etterspør kompetanse og faglige råd fra kommunene.

Forholdet mellom tiltak og behandling skaper kulturelle dilemmaer mellom behandlere i organisasjonene og NAV.

Opplevelsen av likeverd ser i stor grad ut til å være knyttet til opplevelse av likeverd i kompetanse.

ORGANISERING

Det er få formelle samhandlings-strukturer eller møtepunkter mellom organisasjonene, men det er ikke identifisert organisatoriske utfordringer som hindrer samhandling.

Ny kommuneorganisering kan derimot bidra til at det er mer utfordrende å få oversikt som igjen påvirker samhandling på tvers.

Økonomiske rammer oppgis ikke som flaskehals, men mangel på tid blir nevnt av flere ansatte.

Eksisterende styrker

Samhandling og samarbeid er godt forankret i ledelsen, og medarbeiderne opplever å bli etterspurt av sine ledere om hvordan samhandling skjer.

Hver tjeneste i helsesektoren har sine egne strategiske planer og mål. Ledere rapporterer ofte på styringsparameter som er relatert til mål for ens egen organisasjon, men blir ikke etterspurt på hvordan samhandling mellom organisasjonene fungerer.

Ledere og medarbeidere i dette prosjektet forteller at de etterspørres av sine ledere på hvordan samhandling fungerer. Det som etterspørres får positiv oppmerksomhet og er ofte i seg selv motivasjon for forbedring.

Mange strekker seg veldig langt og er personlige både i samhandling og overfor brukere (personlig, ikke privat). Derfor fungerer det.

Arbeidsbeskrivelser og prosedyrer beskriver ikke "krav" til den mellommenneskelige relasjonen mellom bruker og medarbeider, heller ikke til hvor langt det forventes at ledere og medarbeidere strekker seg for å yte gode helsetjenester.

Brukernes historier vitner om medarbeidere som strekker seg langt og har mye empati. Når de ansatte også sier at det å strekke seg langt er en del av organisasjonskulturen er dette en solid eksisterende styrke i alt forbedringsarbeid.

Det er mange eksempler på god samhandling - kan det læres av de som får det til? (FACT-teamene, samhandling med BUP)

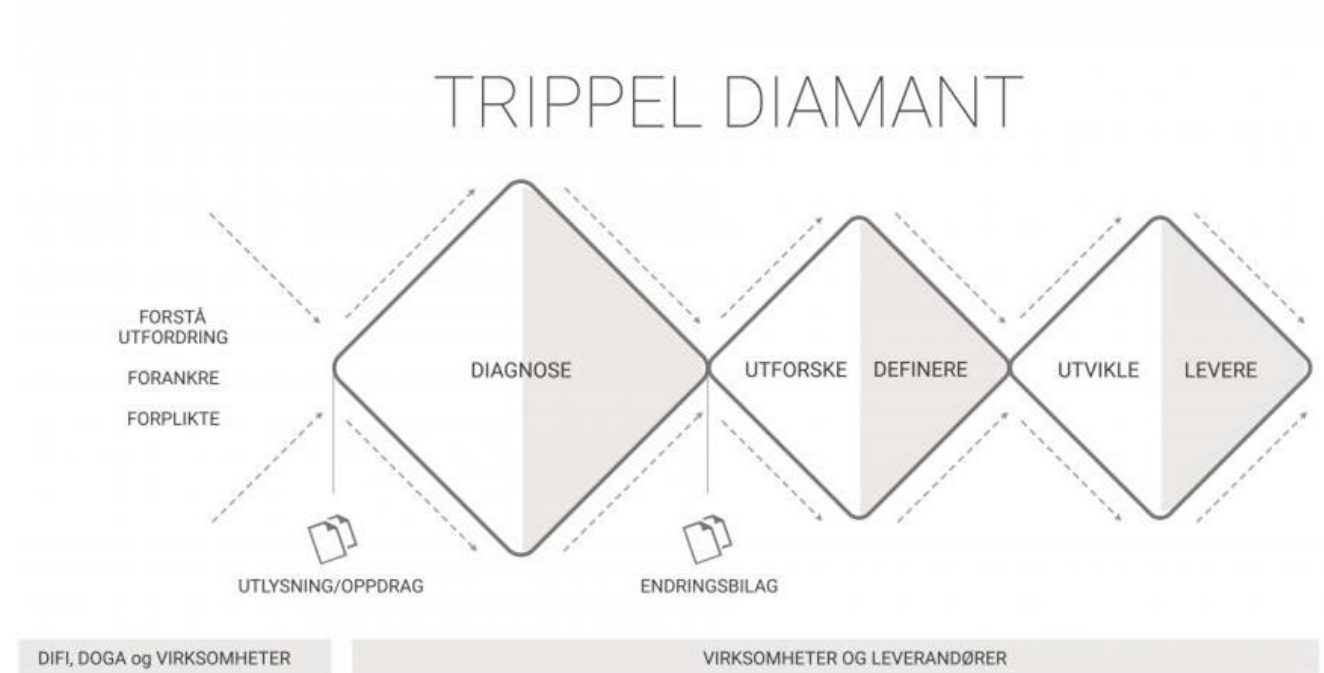
Når de ansatte skal fortelle om samhandling som er satt i system og fungerer bra blir dette i stor grad knyttet til faste samhandlingsstrukturer.

FACT-teamene blir stadig nevnt, som eksempel på tjeneste som fungerer sømløst på tvers av DPS og kommune, og som eksempel på organisering med faste møter og treffpunkter og høy grad av mobilitet. Null-avslagsarbeidet mellom Askøy kommune og Barne- og ungdomspsykiatrien blir også fremhevet som eksempel på samhandling som fungerer bra.

3 MULIGHETSROMMET

Hva skal vi jobbe videre med?

Diagnosefasen skal resultere i en **felles forankret problemforståelse** for det videre arbeidet, som sikrer at løsningen som skal utvikles er basert på reelle behov og ikke antakelser. Dette beskrives i et endringsbilag, og bidrar til at både oppdragsgiver og leverandør er trygge på hva sluttleveransen skal inneholde (ref. StimuLab metode).



Hvor er de største mulighetene?

Kritiske punkter i
brukerreisen

Oppstart

Overgangene

Opplevd
ventetid

Opplevelse av
tilgang på
tillitsperson

Samtidig
innsats

Smertepunkter i
tjenestene

Person-
avhengighet

Opplevd
mangel på tid

Behov for
økt kjennskap
til hverandres tilbud
på tvers

Manglende
samhandlings-
verktøy

Tjenestenes
opplevelse av å
være i samme båt

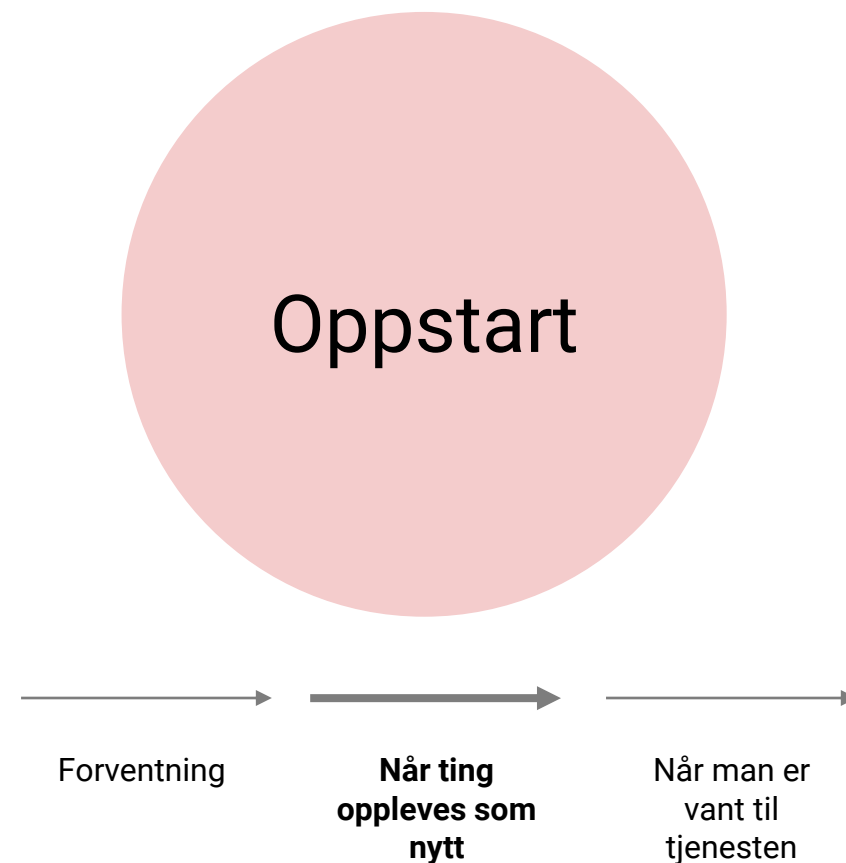
Hvilket problemområde skal vi jobbe videre med?

Hvordan kan vi samhandle for å sikre at brukeren opplever en god start, ved hver start?*

Herunder skal vi utforske:

- Selve oppstarten på forløp første gang.
- Oppstart knyttet til første gang brukeren skal i kontakt med en ny tjeneste /annen tjeneste.
- Prosesser, informasjon og roller knyttet til oppstart
- Tillitspersonens rolle ved en start.

* Med oppstart menes hver gang brukeren starter med noe nytt, enten det er første gang han/hun er i møte med en hjelpeinstans eller NAV, starten på et nytt forløp eller en overgang.



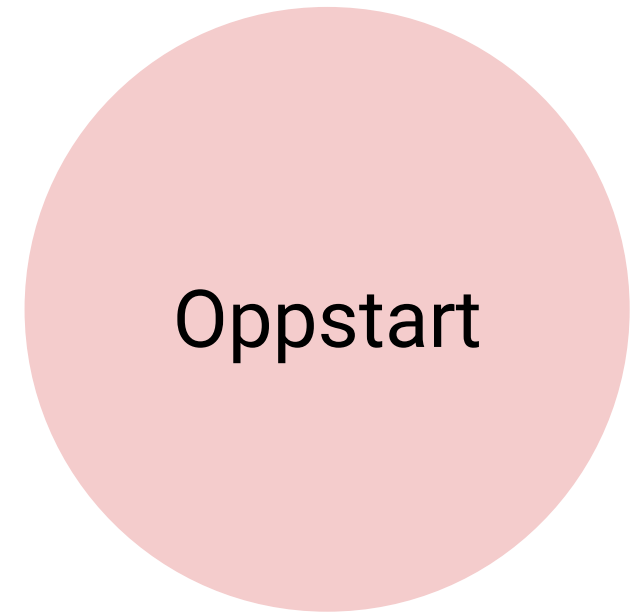
Hvorfor er dette et problemområde med høyt potensiale?

Brukerperspektivet: Oppstarten - Det er et kritisk punkt for brukerne når de møter en ny tjeneste eller et nytt tilbud. Sikrer man en god start hver gang, vil opplevelsen bli bedre, tilliten øke og brukeren vil bli en mer effektiv medspiller i behandlingen.

Ansattperspektivet: Oppstarter er overgangspunkter, hvor god samhandling er kritisk. Blir vi gode til å samarbeide rundt oppstart og overganger, vil dette drive god samhandling også i andre situasjoner.

Organisasjonsperspektivet: *Oppstart* vil treffe alle de fire involverte organisasjonene

Gevinstperspektivet: *Oppstart* vil på en eller annen måte treffe alle brukerne, ofte flere ganger. Hver man brukeropplevelsen knyttet til oppstart vil sannsynligheten for mer effektive forløp øke.



4 GEVINST

Psykiske lidelser har store samfunnskostnader

I rapporten *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015 Sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på sykdomsgrupper* har Helsedirektoratet beregnet samfunnskostnadene for ulike sykdomsgrupper.

Samfunnskostnadene ved sykdom og ulykker er i rapporten beregnet til å ha utgjort rundt 1 840 mrd. kroner i 2015. Av dette var 280 mrd. knyttet til psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser.

Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser er den sykdomsgruppen som har de største kostnadene. Til sammenligning har kreft en kostnad på 262 mrd. kroner.

Samfunnskostnadene i rapporten omfatter:

- Sykdomsbyrde herunder tapte leveår og helsetap
- Helsetjenestekostnader
- Produksjonstap herunder sykefravær, uførhet og død

**280
milliarder**

Samfunnskostnad for
psykiske lidelser

**Psykiske
lidelser**

har de største
samfunnskostnadene

Gevinster av et helsefellesskap

I 2019 inngikk regjeringen og KS en avtale om å etablere 19 helsefellesskap som skal få sykehusene og kommunene til å samarbeide bedre om pasientene. Helsefellesskapet som dette prosjektet springer ut fra er et av dem.

Helsefellesskap skal gi en mer sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I dette Stimulab-prosjektet utforskes utforming av helsefellesskap som en “co-creation” prosess*. Co-creation handler om å involvere brukerne, ansatte, ledere og samarbeidspartnere inn i prosessen med å utvikle tjenester, og for å skape kultur for ansvarlig innovasjon.

Hva er så mulige gevinster av en co-creation prosess I vårt tilfelle? Jo, først og fremst å skape ansvarlig innovasjon** i måten spesialisthelsetjenesten, NAV og kommunale helse- og omsorgstjenester jobber sammen på, for bedre tjenester for brukerne og bedre ressursutnyttelse i helsetjenestene. Organisatorisk læring og en felles kultur for innovasjon kan også bli en gevinst av arbeidet.

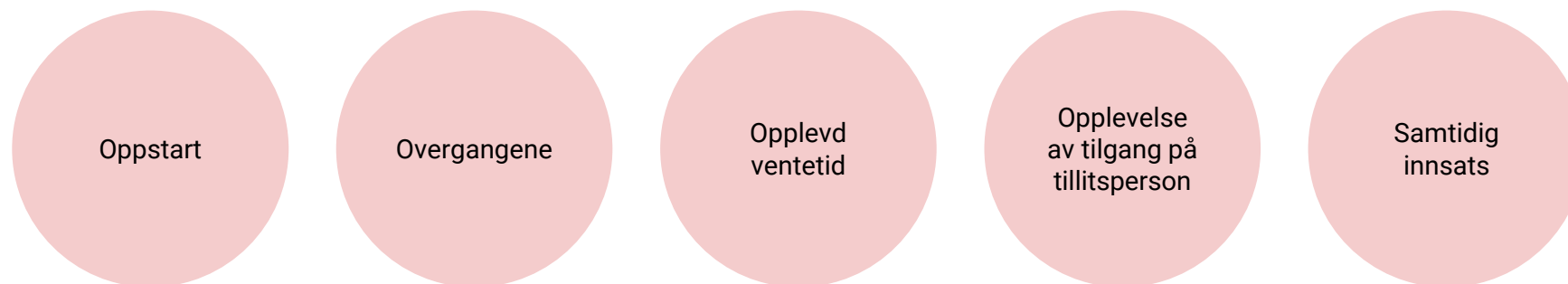
* <https://www.designcouncil.org.uk/sites/default/files/asset/document/red-paper-health.pdf>

**Ansvarlig innovasjon betyr å ta vare på fremtiden gjennom kollektiv forvaltning av kunnskap og innovasjon i nåtiden.



Gevinstpotensial i løsningsrommet

Kritiske punkter i
brukerreisen



Gevinstvurdering

Innovasjonsgevinster kan blant annet handle om kvalitet, effektivitet, kompetanse, økonomi, felles forståelse og samhandling. Ved å ta tak i alle disse kritiske punktene i brukerreisen vil man kunne gi bedre helse og livskvalitet for brukerne.. For de ansatte vil endringer innen alle problemområdene kunne gi endret og mer hensiktsmessig bruk av kompetanse og tid.

Veien videre

Den systematiske måten å jobbe med innovasjon på gjennom "den triple diamanten" gir rom for "samarbeidsinnovasjon" ved å flytte fokus fra tradisjonell tjenesteutvikling til en mer helhetlig systemtilnærming. Gevinster og gevinstpotensiale skal konkretiseres i dette perspektivet i de to neste fasene.

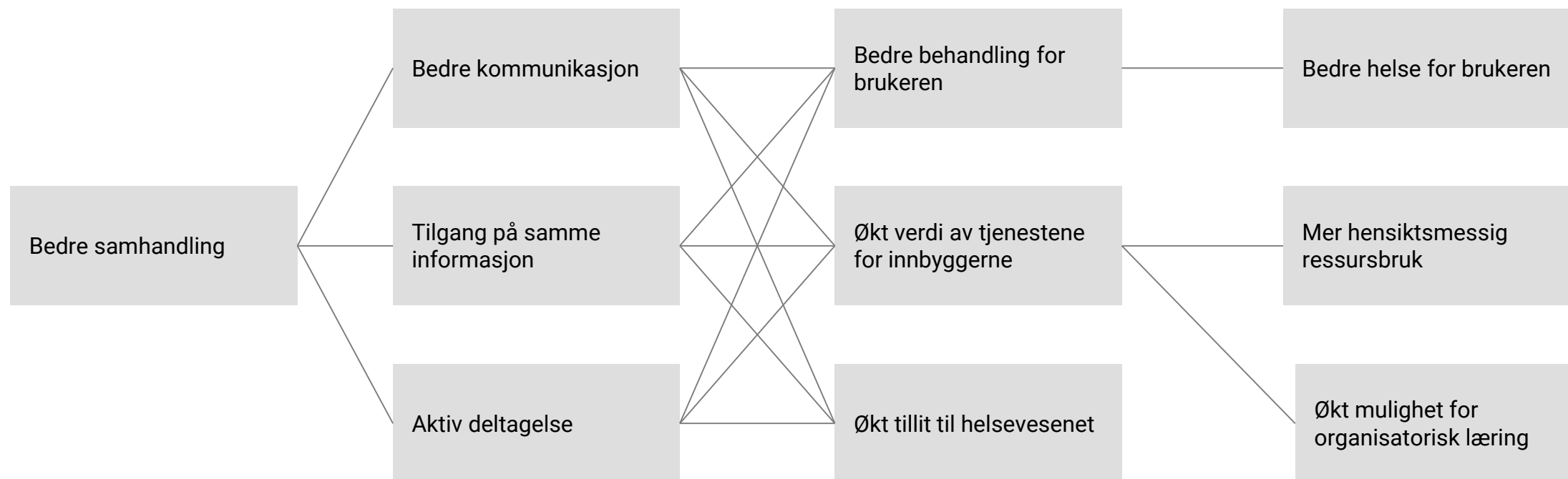
De kritiske punktene handler om samhandling

I prosjektet jobber vi med å finne tiltak som skal gi...

Bedre samhandling innebærer...

Som gir følgende mellomliggende gevinster...

Som gir disse gevinstene for bruker, virksomhet og samfunn...



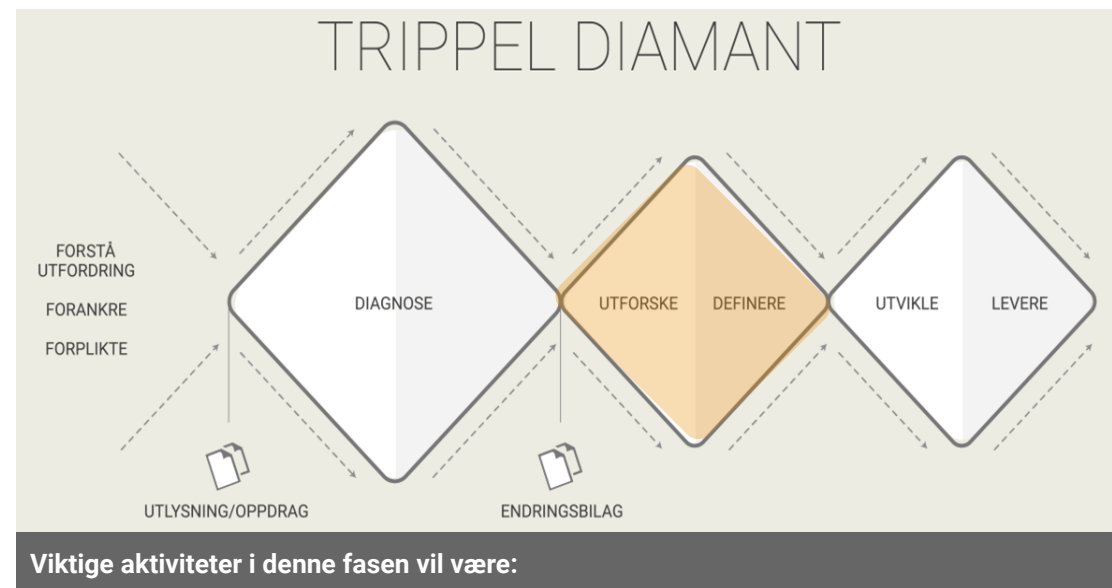
4 NESTE STEG

Aktiviteter i utforske og definere fase

I denne fasen vil vi utvikle idéer, identifisere forskjellige alternativer, teste og validere ideer med sluttbrukere og tjenestene, evaluere de økonomiske og organisasjonsmessige konsekvensene ved implementering og score dem opp mot gevinster.

Her vil læringen fra diagnosefasen sette føringer for arbeidet videre, slik at vi kan lykkes med å organisere rundt brukerbehovene. Endringsprosesser i helsesektoren kan være utfordrende. Det eksisterer mange gode initiativer for brukerretting og endring, men mange gode løsningsforslag dør ut i gjennomføringen. Derfor vil vi allerede i denne fasen gjøre tidlige brukertester på "skissenivå" for å forstå implikasjonene og i hvilken grad de treffer de identifiserte behovene.

Involvering av medarbeiderne er særlig viktig i helsesektoren, hvor fagene står så sterkt. Derfor ønsker vi å arbeide tett og samskapende med medarbeidere og ledere i tjenestene når vi utvikler, tester og definerer de gode idéene.

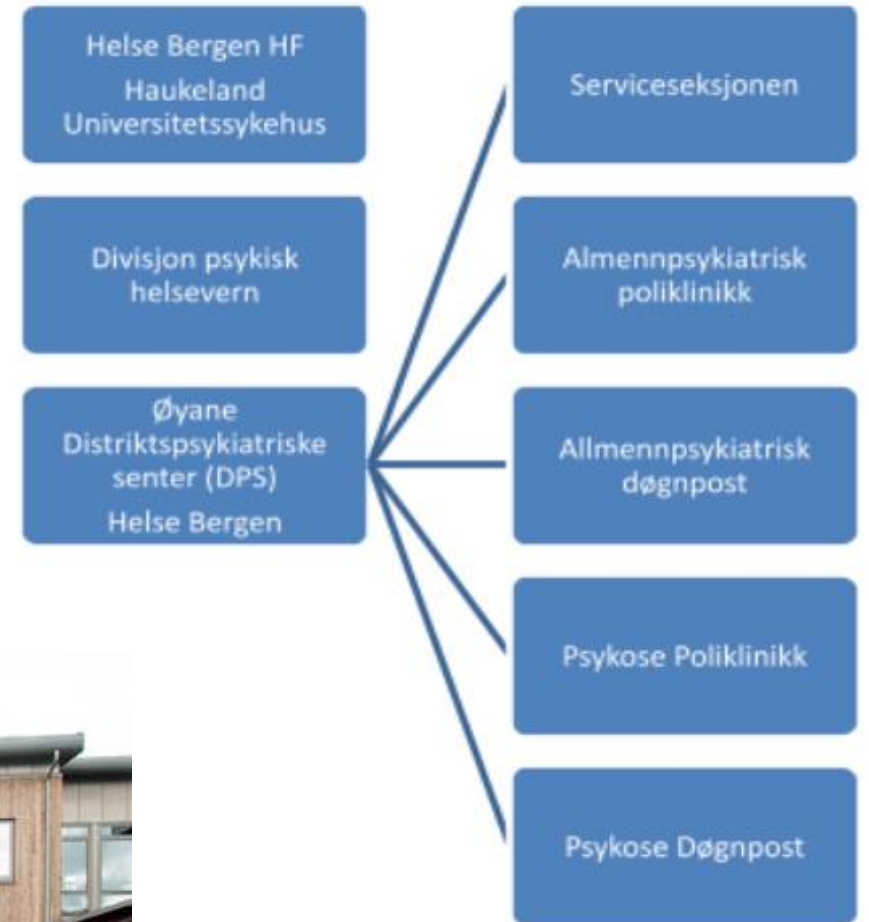


- Idéworkshop
- Dialog/test organisasjoner
- Konseptworkshop
- Beslutte konsept
- Tidlig brukertesting
- Beslutte tiltak for testing

Målet for fasen er å ha et tydelig og verifisert løsningsforslag som kan tas videre til testing.

Vedlegg

Organisasjonskart Øyane DPS

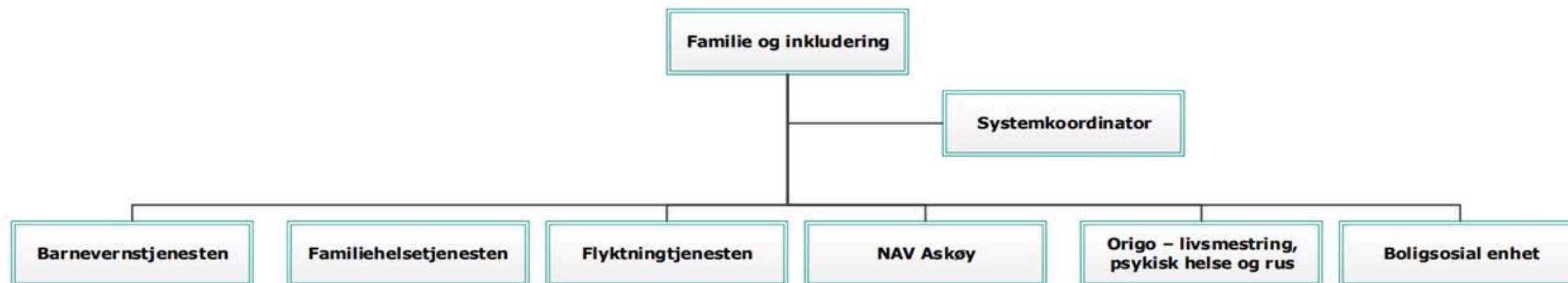


Organisasjonskart Askøy kommune i prosjektet «Pasientens helsetjeneste i et helsefellesskap»



Familie og inkludering

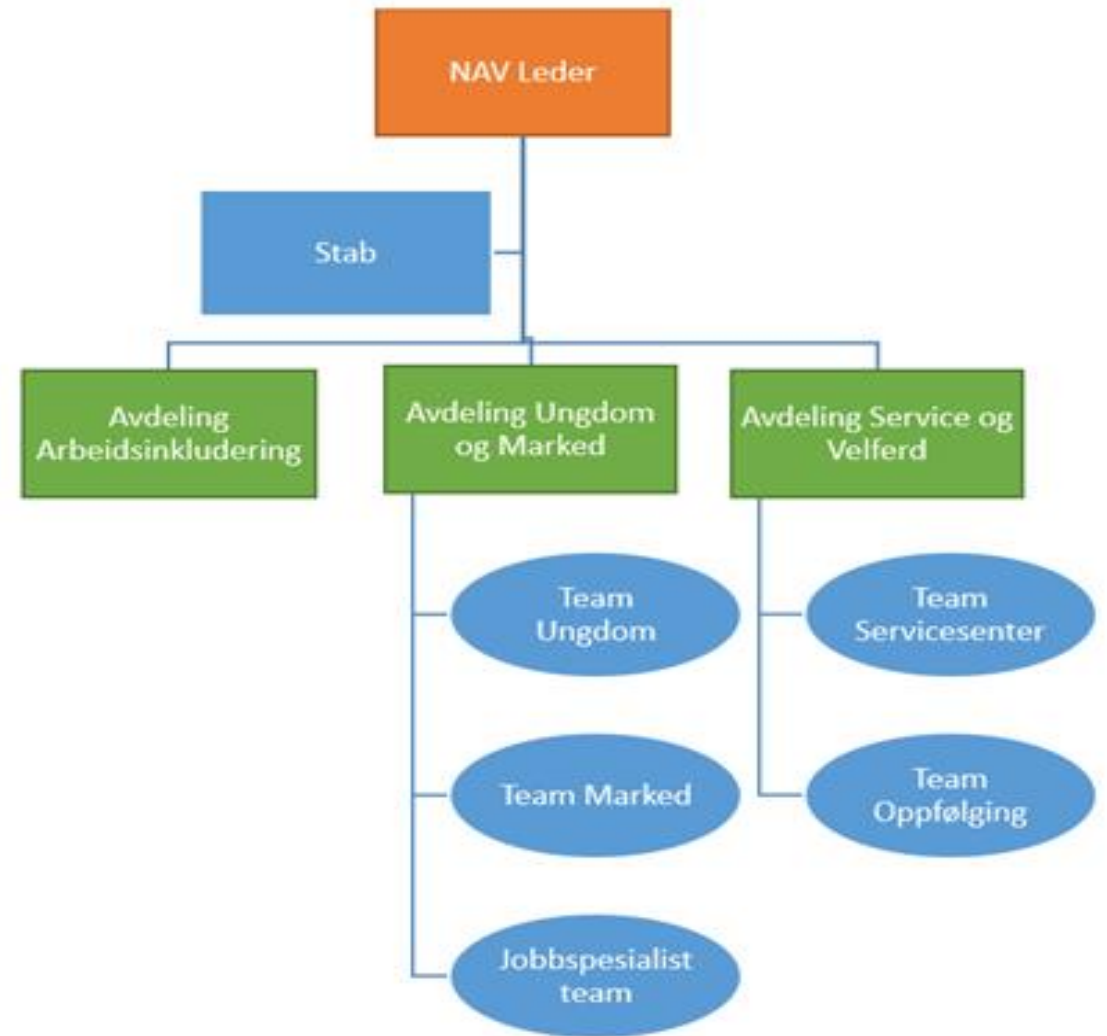
1. mars 2021



Organisasjonskart Nav Øygarden



Organisasjonskart NAV
Øygarden



Organisasjonskart Øygarden kommune i prosjektet «Pasientens helsetjeneste i et helsefellesskap»

