

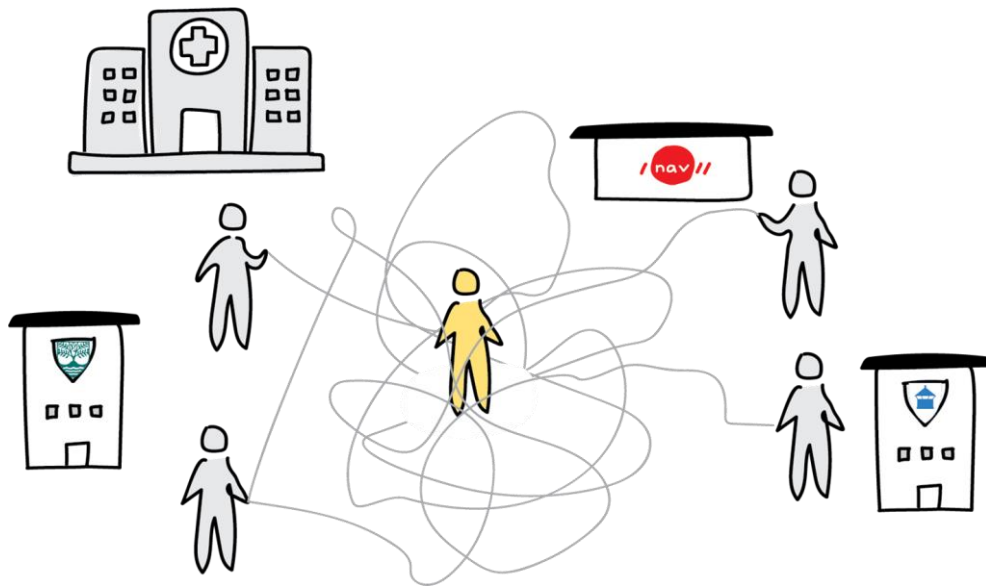
Rapport om SAMSKAPING I VEST 1.0

«Pasientens Helsetjeneste i et Helsefellesskap»

2019-2024

Et pilotprosjekt for samskaping av et lokalt faglig
helsefellesskap for psykisk helse og rus

- gjennom mobilisering av tjenesteøkosystemet rundt felles pasienter



Rapporten er skrevet av undertegnede som har vært programansvarlig for SAMSKAPING I VEST fra oppstart i 2019. Utviklingsarbeidet har vært en del av mitt PhD aksjonsforskningsprosjekt ved Handelshøyskolen ved Høgskulen på Vestlandet (HVL).

I rapporten har vi tilstrebet å gi nok informasjon til å vise leseren hvordan vi har søkt å samskape et Helsefellesskap med bærekraftige helse og velferds tjenester ved å beskrive

1. HVILKE PROBLEMER vi stod ovenfor
2. HVEM som deltok i å definere problemene og finne løsninger
3. HVA vi gjorde for å samskape nye løsninger
4. HVORDAN dette ble gjort i de ulike prosjekter og nettverk
5. ARENAER for styring og samarbeid
6. KONKRETE RESULTATER
7. og sist men ikke minst våre viktigste LÆRINGSPUNKTER

Rapporten er i hovedsak organisert kronologisk etter når aktiviteter som prosjekter, nettverk eller viktige hendelser fant sted/ble initiert. Rapporten representerer selvsagt et utvalg, og ikke alt som har skjedd eller alle som har vært med. Vi har i fellesskap vurdert at dette gir et godt bilde på prosess og innhold. Forhåpentlig vil leseren få et godt nok innblikk og dyp nok forståelse til å vurdere om dette kan være noe som er interessant og relevant for å prøve ut i eget domene, og for myndighetspersoner til å vurdere om det er relevant å støtte slike utviklingsprosjekter.

Jeg vil benytte anledningen til å takke for tilliten alle i SAMSKAPING I VEST har vist meg som programansvarlig, som aksjonsforsker og som prosjektleder i noen av prosjektene. Det har vært et helt unikt, inspirerende, godt, kreativt og utholdende samarbeid i disse svært lærerike årene! TUSEN TAKK! Og vi fortsetter med samme engasjement i SAMSKAPING I VEST 2.0 for årene 2025-2029.

15 oktober, 2025

Psykologspesialist Trude Senneseth, Programansvarlig for Samskaping i Vest

PhD kandidat, Handelshøyskolen HVL, doktorgradsprogram *Ansvarlig Innovasjon og Regional Utvikling*.

Tittel på aksjonsforskningsprosjektet er «*Ledelse av innovasjon og samhandling i et Helsefellesskap for psykisk helse, med mål om å øke verdien av tjenestene til innbyggerne*». Veiledere er professor Laila Nordstrand Berg, HVL, og professor Ottar Ness, NTNU WellFare.

PARTENE

Rapporten er godkjent av partene i SAMSKAPING I VEST

1.versjon, Oktober 2025

Liv Åse Dybdal, klinikkdirektør Øyane DPS, Haukeland Universitetssykehus	
Torill Svendsen, Askøy kommune	
Therese Helgesen, Einingsleiar Psykisk Helse og Rus Øygarden kommune	
Helga Torgersen, regionsdirektør NAV Region Vest	

INNHold

PARTENE	3
INNHold	4
BAKGRUNN FOR SAMSKAPING I VEST.....	7
STRUKTURER FOR SAMARBEID I HELSEFELLESSKAP	9
Områdeutvalg (tidligere samhandlingsutvalg)	9
Fagleg samarbeidsutval for psykisk helse og rus.....	9
Forskjellen på formelt Faglig samarbeidsutvalg og Samskaping i Vest	9
Ressurser for å lese mer	10
PROGRAMMET SAMSKAPING I VEST	11
Fra DPS råd til Samhandlingsråd (2018-2024).....	12
Dreamteam 2018.....	14
Den Store Samhandlingsdagen (Drømmedagen) 2019	14
Utvikling av vinnerforslaget IHelp 24/7	17
HVA GJØR VI NÅ?.....	18
SAMSKAPING SOM LOVENDE VERKTØY	21
NYE ARENAER FOR SAMARBEID OG RELASJONSBYGGING.....	21
Ny arena: Beslutningstakere (arbeidsutvalg) møtes hver måned	22
Ny arena: Ledernetverk som møtes kvartalsvis.....	23
Ny arena: Legenettverket.....	29
Ny arena: Nettverk for Erfaringskompetanse møtes kvartalsvis	31
ERFARINGSKOORDINATOR PÅ TVERS (2019-2022).....	33
Tiltaksutprøving: Nettside med oversikt over lokale tilbud	33
Tiltaksutprøving: Aktivitetsmesse «Fra A til Ø» 2021	34
Tiltaksutprøving: Erfaringskafe	35
Utvikling av rollen i samarbeid med studenter og andre faggrupper	35
TIDLIG AVKLARING/UTREDNINGS TEAM VED ØYANE DPS	36
STIMULABPROSJEKTET «PASIENTENS HELSETJENESTE I ET HELSEFELLESSKAP»	40
Samskapte leveranser	45
ØYANE MODELLEN FOR INNOVASJON I HELSEFELLESSKAP	48

KVALITETSIKRING AV ØYANEMODELLEN	51
FRA STIMULAB OG IHELP 24/7 TIL SVINGDØRSPROSJEKTET	53
SVINGDØRSPROSJEKTET	53
Samskapte leveranser	57
Videreføring og spredning av MULI modellen i SAMSKAPING I VEST 2.0	59
Forskning på MULI Tjenesten	59
Se webinar om Svingdørsprosjektet og utvikling av MULI tjenesten	60
FELLES KOMPETANSEHEVING OM VOLD	60
FACT: LOKAL TILPASSING BASERT PÅ ØYANEMODELLEN	61
IPS OG IPS RESSURSMILJØ	62
DATA PÅ TVERS- EN ITERATIV PROSESS SOM MÅ FORTSETTE	64
SAMARBEID MED PRIVATE LEVERANDØRER	67
Erfaringer med personvern i avtaler med nye leverandører	67
Samskappingsprosesser krever fleksibilitet i tempo	67
Leverandørers analyser er ikke den hele sannheten	68
INNOVASJONSØKOSYSTEMET RUNDT OSS	68
OPPSUMMERINGSKAPITTEL	71
INNOVASJONSKAPASITET OG -KOMPETANSE	71
SOSIAL INNOVASJON I PRAKSIS	72
FORSKNING	76
AKSJONSFORSKNINGSPROSJEKTET	76
FORSKNING PÅ MULI TJENESTEN	80
SAMSKAPING I VEST 2.0	81
Kort informasjon om nye større prosjekter i Samskaping i Vest 2.0	81
Ansvarlig håndtering av økt henvisningsmengde	81
Brobyggerne	83
MULI Vold	83
EN SÆRLIG TAKK TIL STUDENTER	83
FLERE RESSURSER FOR INFORMASJON	85
REFRANSELISTE	86

BAKGRUNN FOR SAMSKAPING I VEST

Samarbeid rundt felles pasienter og pårørende, mellom kommune, psykisk helsevern og NAV ble opplevd så dårlig, både nasjonalt og lokalt, at det hindret god behandling og hjelp til bedring av livskvalitet for en del av våre pasienter.

Ifølge Sintef (2021) var psykisk helse og rus det området med dårligst koordinerte tjenester og samarbeid om pasienter i Norge. Videre ble det i Nasjonal Sykehusplan 2020-2023 opprettet Helsefellesskap for å skape bedre tjenester for fire sårbare grupper; psykisk helse og rus, skrøpelige eldre, unge med sammensatte vansker og kronisk syke pasienter.

Lokalt opplevde aktørene ansvarsforskyvning og oppgaveoverlapping mellom organisasjonene som en betydelig utfordring. Når én organisasjon eller enhet iverksatte tiltak for å løse et problem, kunne disse tiltakene samtidig skape nye barrierer for andre aktører i deres tjenesteyting. Manglende koordinering og kommunikasjon førte til dobbeltarbeid, og pasientene måtte gjentatte ganger fortelle sine historier uten å få tilstrekkelig hjelp – eller i verste fall, uten å få tilgang til hjelp i det hele tatt.

Det var derfor behov for å øke samarbeid mellom tjenestene for å gi felles brukere/pasienter et bedre tilbud som gir mer verdi for felles brukere, sikrer nødvendig arbeid og unngå dobbeltarbeid. Imidlertid var ikke kjennskap til noen sikre metoder å gjennomføre dette på systemnivå. Nytenkning og innovasjon var derfor nødvendig. Denne utfordringen tok disse lokale aktørene på alvor.

En måte å starte dette arbeidet på var ved å gå grundig til verks for å mobilisere tjenesteøkosystemet rundt innbyggere med psykisk helsevansker. Videre har vi i perioden søkt tilgang på de beste ideer, metodikker og prosesser fra de ulike partenes kontekster og fra academia. Aktørenes deltakelse i aksjonsforskning og samskappingsprosesser har stått sentralt.

Vi mener med **samskaping en demokratisk og inkluderende prosess der ulike aktører – som innbyggere og fagpersoner og andre aktører– samarbeider likeverdig for å utvikle løsninger på komplekse samfunnsutfordringer.** Det handler om å dele makt, ansvar og kunnskap, og å skape verdi sammen gjennom gjensidig læring, tillit og relasjoner (Heimburg & Ness, 2021). Gjennom deltakelse, samskaping og aksjonsforskning kan vi skape sosial innovasjon (Senneseth & Ness, 2025).

Sosial innovasjon (SI) er en prosess der sosiale relasjoner endres, og involverer nye måter å skape kunnskap, å forstå, å gjøre og å organisere seg på;

“Social innovation is a process of changing social relations, involving new ways of doing, organizing, framing and knowing”. (Avelino et al., 2019)

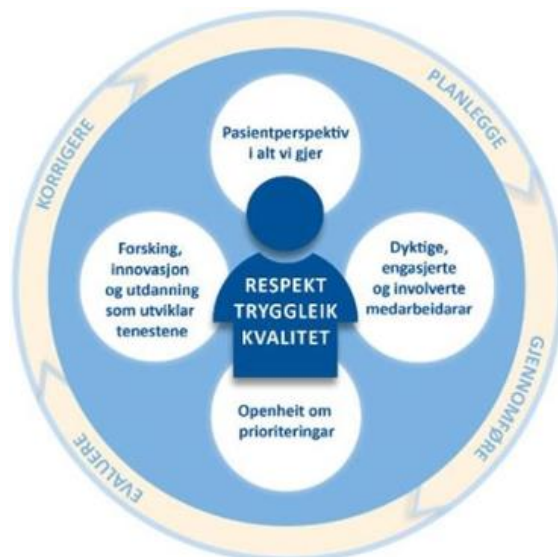
Vi vil i denne rapporten beskrive hvordan aktører ble mobilisert, deltok i og tok ansvar for å skape nye arenaer for relasjoner mellom mennesker i tjenesteøkosystemet rundt innbyggere med vansker knyttet til psykisk helse og rus.

Vi utviklet nye arbeidsformer og organiseringsmåter som la til rette for felles kunnskapsutvikling. Gjennom prosessen la vi vekt på å balansere, søke og respektere de ulike aktørenes perspektiver. Dette skapte rom for at hver aktør kunne ta i bruk egne ressurser og møte utfordringer på en måte som var tilpasset deres unike kontekst

Til sist vektlegges hvordan vi i fellesskap skapte og definerte nye utfordringsbilder. De samskapte utfordringsbildene opplevdes som meningsfulle og legitime for alle involverte aktører, og var samtidig konkrete nok til å danne grunnlag for målrettet handling og endring. Gjennom felles refleksjon og læring ble det mulig å ta nye skritt i utviklingen, noe som etter hvert etablerte en kontinuerlig forbedringsprosess i tilbudet til felles brukere og pasienter.

[Helse Bergen sin forskning og innovasjonsstrategi 2022-2025](#) «går langs to dimensjoner: Nye måtar å organisere tilbudet på og utvikling og innovasjon i medisinske metodar og teknologi» (Utviklingsplan 2022-2035 s. 30). I Samskaping i Vest har hovedfokus vært på den førstnevnte, selv om teknologiutvikling og digitalisering har vært en del av satsingen

Samskaping i Vest er gjennomført i tråd med Helse Bergens prinsipper om å sikre respekt, trygghet og kvalitet for mennesker og organisasjoner i tjenesteøkosystemet. Vi har hatt pasientperspektiv som viktigste fokus i alt arbeid. Vi har inkludert engasjerte og involverte medarbeidere. Vi har vært åpen om prioriteringer på tvers av organisasjoner og nivå. Vi har sikret at forskning, innovasjon og utdanning er sentralt i alt utviklingsarbeidet. Vi har i alt vårt arbeid planlagt sammen, gjennomført sammen og i hver enkelt organisasjon. Ikke minst har vi evaluert resultat av innsatser, og korrigert kurs basert på disse evalueringene, også det i fellesskap og i hver enkelt organisasjon.



STRUKTURER FOR SAMARBEID I HELSEFELLESSKAP

De formelle strukturene i Helsefelleskapene er Partnerskapsmøte, Strategisk samarbeidsutvalg, Områdeutvalg og Faglig samarbeidsutvalg. Vi gir her noen korte beskrivelser, mer utfyllende finnes på saman.no.

Områdeutvalg (tidligere samhandlingsutvalg)

I områdeutvalgene møtes divisjonsledelsen i Helse Bergen og representanter fra kommunene. Utvalget er på overordnet nivå, og har formelt ansvar for å utarbeide regionale samarbeidsavtaler og å iverksette Helsefelleskap i regionen. Utvalget der kommunene Askøy og Øygarden er representert heter Områdeutvalg for bergensregionen.

Kommunene er representert med kommunalsjefer. NAV er ikke part. Øyane DPS er representert ved nivået over i Divisjon Psykisk Helsevern. Dermed er ingen av de som arbeider direkte med vår pasientgruppe deltakere i utvalget.

Fagleg samarbeidsutval for psykisk helse og rus

Det er opprettet et faglig samarbeidsutvalg for psykisk helse og rus. Utvalget har fokus på fag, og representasjon beskrives slik: «Representasjonen i utvalet bør vere posisjonert slik at ein kan identifisere potensiale for forbetningsarbeid, dvs. tilstrekkeleg heilskapleg fagleg posisjon». Den ene kommunen er representert med en person i dette utvalget.

Forskjellen på formelt Faglig samarbeidsutvalg og Samskaping i Vest

Representasjon i det formelle Faglige samarbeidsutvalget er basert på representasjon av fag, og er ikke basert på relasjoner mellom parter som har samarbeid rundt pasienten i

det daglige. På denne måten skiller de formelle faglige samarbeidsutvalgene seg fra piloteringen vår av et lokalt faglig Helsefellesskap i Samskaping i Vest. Vår pilot fokuserte på å mobilisere alle relevante deltakere i tjenesteøkosystemet rundt felles brukere, der vi undersøkte hvem aktørene var, hvordan samarbeidet mellom disse fungerte (eller ikke) og hva felles brukere/pasienter opplevde var verdifullt, og hvilke endringer disse ønsket seg. Videre arbeidet aktørene, som har felles pasienter, med å realisere de ønskede endringene i sine organisasjoner.

Ressurser for å lese mer

www.saman.no

<https://www.saman.no/om-oss/fagleg-samarbeid/fsu-psykisk-helse-og-rus/>

<https://www.helse-bergen.no/avdelinger/psykisk-helsevern/oyane-distriktpspsykiatriske-senter/samskaping-i-vest>

PROGRAMMET SAMSKAPING I VEST

«Pasientens helsetjenester i et helsefellesskap for psykisk helse»

Samfunnsutfordring: I 2019 stod vi overfor store oppgaver, utfordringer som gap og barrierer mellom tjenestene truet pasientsikkerheten for mennesker med sammensatte vansker. Tidligere reformer som samhandlingsreform og NAV reform hadde ikke lyktes i å skape helhetlige tjenester til disse pasientgruppene. Nasjonalt ble det stilt krav om endring og innovasjon i tjenester som leveres til sårbare pasientgrupper med sammensatte vansker, og skapte helsetjenester basert på pasientens behov. Begrepet Helsefellesskap ble innført i Nasjonal Sykehusplan 2020-2023.

Pilotering av samskaping av lokalt faglig helsefellesskap: Samskaping i Vest fikk i 2020 tillatelse fra Helse Bergens samhandlingsseksjon til å pilotere en modell for lokalt faglig samarbeid skapt rundt felles pasienter, med fokus på hovedmålene fra nasjonal sykehusplan 2020-2023; å sette pasienten i sentrum for innovasjon mellom likeverdige parter. Vi har underveis rapportert til områdeutvalget og samhandlingsseksjonen i Helse Bergen.

Mål: Vi ønsket å bygge en fremtidsrettet og bærekraftig helsetjeneste. Ved innovasjon og endring skulle verdien av helsetjenestene økes, for individer, for organisasjoner og for samfunnet. Det krevde at spesialisthelsetjenestene i regionen arbeidet tett sammen med pasienter, pårørende, medarbeidere og samarbeidsparter som likeverdige parter.

Samskaping i Vest representerer en innovativ måte å realisere hovedintensjonene i helsefellesskap på. Vi tok utgangspunkt i pasientene i et område, og mobiliserte aktører i «tjenesteøkosystemet» rundt denne konkrete gruppen.

Tjenesteøkosystem: Med tjenesteøkosystemet mener vi de aktører som er avhengige av, eller direkte påvirker hverandre, når de leverer tjenester til felles brukere. På denne måten tas det hensyn til fag og organisasjonenes mandater, men også behovet for å skape en dypere kontekst spesifikk forståelse for hvem *aktørene* er og hvilke konkrete *utfordringer* vi står overfor. Da ble det viktig å forstå hvilke *relasjoner, dynamikker og interavhengigheter* som eksisterer mellom aktørene, og som påvirker pasientens opplevelse av helhetlige (eller fragmenterte) tjenester i helse- og velferdssystemet vårt. Aller viktigst var det å undersøke verdien av tjenestene, først og fremst for innbygger/pasient/bruker, men også for ansatte, organisasjoner og samfunn.

Nye måter å gjøre ting på og organisere oss på: Vi utforsket nye arbeidsformer og samarbeidsmodeller for å styrke felles innsats og læring. Med utgangspunkt i kunnskap og felles mål ble ideer mobilisert til mulige løsninger, som deretter ble utprøvd gjennom felles eksperimentering. Dette innebar å etablere strukturer og nettverk der prosjekter kunne fungere som plattformer for samskaping på tvers av organisasjoner. Nettverk og felles prosjekter bidro til å bygge relasjoner, utfordre etablerte praksiser og skape nye

handlingsrom. Samtidig ble institusjonelle rammer synliggjort, og dialogene ga aktørene innsikt i hvordan disse påvirket hverandre. Gjennom felles refleksjoner fikk aktørene både tilbakemeldinger og mulighet til å stille spørsmål som styrket læringen og forståelsen mellom mennesker og organisasjoner. Dette blir gjort mer rede for videre i rapporten.

Fra DPS råd til Samhandlingsråd (2018-2024)

I DPS rådet møttes representanter for kommuner og DPS. Flere deltakere var direkte involvert i å gi tjenester til pasienter/ pårørende/innbyggere, og/eller var ledere i førstelinje organisasjoner som gav tjenester.

Formål: Dialoger om lokalt samarbeid for å sikre helhetlige, sammenhengende tjenester. Styringsgruppe for programmet Samskaping i Vest.

Samarbeidsrelasjon og dynamikker: Samarbeidet opplevdes ikke effektivt og kvalitativt godt i 2018. Det var enighet om at det var behov for å øke kvalitet på samarbeid mellom aktører for å gi bedre, mer sammenhengende tjenester til pasienter. Siden det ikke var fasitsvar på hvordan dette kunne gjøres ble man enige om at dette skulle eksperimenteres med.

Mobilisering av gjensidig avhengige aktører som gir tjenester til lokale innbyggere: Det har i hele perioden 2018-2024 vært en kontinuerlig dialog om hvem som burde delta i Samhandlingsrådet for å oppnå formålet. De (selvstyrte) aktørene, i form av organisasjonene/partene, har selv hatt ansvar for å beslutte hvem som skal representere dem. Dette har aktivt vært tematisert gjennom perioden. Det er representanter fra DPS, fra kommunene, kommuneoverleger, enhetsledere for kommunale psykisk helse og rus tjenester, og kommunalsjefer for helse. I løpet av perioden ble det mobilisert flere andre aktører etter hvert som det kom frem at de leverte viktige tjenester i tjenesteøkosystemet rundt de lokale pasientene; fra helseforetaket kom Avdeling For Rusmedisin (AFR), BUP og Psykiatrisk Klinikk med. Nye representanter fra kommunene kom med. NAV leverer viktige tjenester, og leder for regionalt NAV kom med. Politiet viste seg å være en viktig lokal aktør, og ble med. Videre deltok to representanter fra Nettverk for Erfaringskompetanse i Samskaping i Vest, og programansvarlig for Samskaping i Vest.

Aktørenes opplevde endringer i forståelse og relasjoner: Evalueringer og forskning viste at de kommunale aktørene opplevde endring i relasjoner og dialoger. Tidligere opplevde kommunene at DPS råd var et sted de fikk rettet pekefinger mot seg, med beskjed fra sykehuset om hva de skulle gjøre, kombinert med lav interesse og respekt for kommunenes perspektiv og faktiske ressurser. Flere beskrev samarbeidsrelasjonen som frustrerende.

Alle deltakerne beskrev at det etter hvert ble utviklet nye måter å gjøre ting på og å organisere seg på, der praksis og kultur gav dialoger som bidro til innsikt i hvordan utfordringene så ut fra de forskjellige aktørenes sider. Dialogene utviklet seg til å handle

om læring, om hva de forskjellige selv mente de kunne gjøre for å bidra til løsninger, og om felles strategier for å håndtere utfordringene. Dette gav viktig informasjon og feedback mellom aktørene, og alle fikk mulighet til å mobilisere egne ressurser for å løse de delene av utfordringene som de hadde mandat, ansvar og mulighet for å gjøre noe med.

Alle representantene beskrev at samhandlingsrådet nå var blitt et viktig forum for å øke forståelsen for lokal kontekst, som for eksempel konsekvenser av organisasjonsendringer (kommunesammenslåing, omorganiseringer) og akutte eller langvarige kapasitetsendringer (for eksempel ved covid mm).

Videre fikk deltakende aktører raskt identifisert og kontekstualisert om/når felles innsatser gav resultater, som for eksempel nedgang i selvmordsforsøk ved de lokale broene, og om selvmordsforsøkene handlet om innbyggere eget distrikt eller utenfra. Det var betydningsfullt for aktørene å vite noe om, i forhold til å vite om / hvem som hadde ansvar for både forebygging og videre oppfølging.

Ikke minst opplevde aktørene det hensiktsmessig å raskt få kunnskap om utvikling av nye problemområdene, som for eksempel plutselige økninger i kriminalitet og vold i ulike nærmiljøer.

Deltakerne beskrev opplevelse av kulturendring fra «syndebukk-mentalitet» til nysgjerrighet, empati og respekt mellom partene ble beskrevet som viktig. Dette bidro til mindre skyving av ansvar, silo tenkning og energikrevende opplevelse av `kamp` og anklager mot hverandre. Deltakerne opplevde det meningsfullt og motiverende å mobilisere ressurser sammen for felles problemløsning. En dypere forståelse for hva man kunne gjøre for å skape endring utviklet seg, og også at det noen ganger var ganske fastlåste og krevende situasjoner som ikke raskt lot seg endre. Eksempel på dette var mangel på kommunale boliger til innbyggere med vansker innen psykisk helse og rus.

Å løfte dialogen om strukturelle utfordringer på overordnet nivå til samhandlingsråd, og ledernetverk, gav gevinster for behandlere for eksempel i ansvarsgruppemøter. Dersom det i ansvarsgruppemøter var fokus på organisasjonenes tilkortkommenheter, som behandlere ikke hadde mulighet / mandat til å gjøre noe med, opplevdes møtene ubehagelig for deltakerne, belastende for samarbeidsrelasjoner og de skadet pasienters tillitt til systemet som helhet. Når dialogene om de strukturelle tilkortkommenhetene ble tatt på ledernivå, kunne ansvarsgrupper osv ha fokus på det som de hadde mandat og mulighet til å gjøre noe med, noe som skapte et bedre samarbeidsklima.

Dreamteam 2018

I november 2018 satte DPS-rådet ned en gruppe de kalte Dreamteam. Oppdraget de fikk var å skape fremtidige scenarioer for hvordan man kunne utvikle gode tjenester for innbyggere med psykiske helseutfordringer. Medlemmene i Dreamteam besto av én representant fra hver av organisasjonene i DPS-rådet. Etter hvert så teamet behov for å involvere flere aktører og brukere av tjenestene, og initierte derfor Den Store Samhandlingsdagen.



Planlegging av Den Store Samhandlingsdagen. Visualisert av Kari Øritsland, VIS Innovasjon, april 2019.

Den Store Samhandlingsdagen (Drømmedagen) 2019

Formålet med dagen var å skape innsikt de lokale utfordringene fra alle nødvendige perspektiver, og hva man ønsket seg for fremtiden. Videre ønsket vi å forstå utfordringer og behov både fra tjenestebrukere (pasienter/pårørende), og fra de ulike tjenesteyterne og sist, men ikke minst, å forstå utfordringene i et systemisk helhetlig perspektiv.

Vi fikk fasiliteringshjelp av VIS Innovasjon, som er vårt lokale teknologioverføringsselskap (TTO). Ansvarlig var Kari Øritsland, som hadde spesialkompetanse på håndtering av Samfunnsutfordringer.

Hvem: Deltakere til workshop ble valgt ut sammen med representanter fra Askøy kommune, Øygarden kommune, DPS og NAV. De 100 deltakerne representerte brukere, pårørende, fastleger, ansatte, ledere fra kommuner, DPS og NAV i tjenesteøkosystemet for området Askøy og Øygarden og eksterne samarbeidsparter som avdeling for rusmedisin og psykiatrisk klinikk.

Hva vi gjorde: Det ble arrangert workshop, der 13 grupper med mennesker fra forskjellige bakgrunner satt sammen for å skape ny kunnskap sammen. Det ble brukt metodikk basert på «tjenestedesign». Tjenestedesign er en anbefalt metodikk for innovasjon i offentlig sektor. Mer informasjon om tjenestedesign finner leseren på nettsidene til StimuLab og InnoMed.



Foto: Privat

Hvordan: Tjenestedesign tar utgangspunkt i den som bruker tjenesten sine opplevelser; hva brukeren trenger, hva som oppleves bra, hva som oppleves utfordrende osv. På bakgrunn av 13 forskjellige konstruerte case, ble det kartlagt hvilke tjenester som oftest ble gitt, hva som manglet og drømmer for hvordan man kunne ønske seg for fremtiden for å ivareta brukers behov.



Foto: Privat.
Alle forslagene ble presentert på scenen

Noen grupper tok

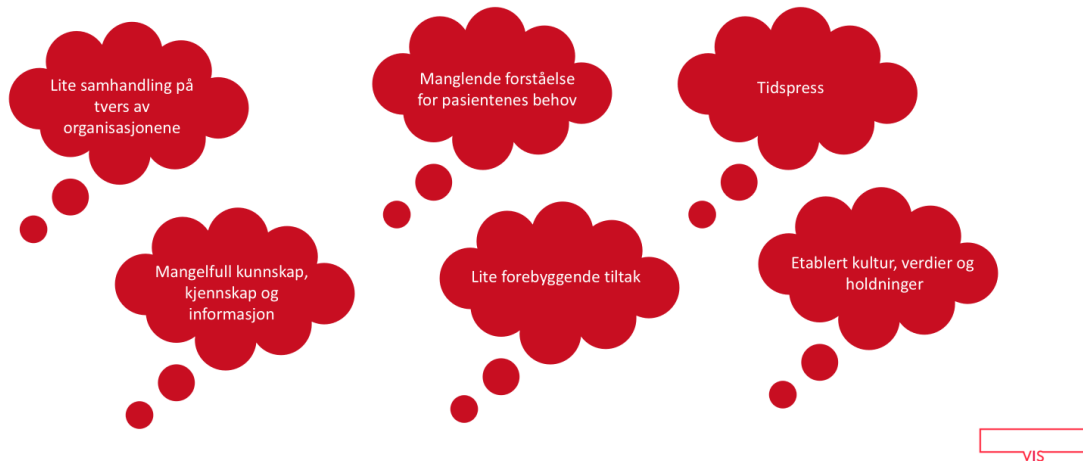
utgangspunkt i pasienter og deres familiers behov, både for barn, unge og voksne. Andre grupper så på utfordringene fra et systemperspektiv. Resultatet ble 13 inngående beskrivelser av både eksisterende utfordringer og drømmer for fremtiden, der mange ulike perspektiver ble gjort tydelige og visualisert og diskutert både i grupper og i plenum. Det ble gjort avstemming av hvilke av forslagene til drømmeløsninger som hadde størst gevinst-potensiale. Forslaget IHelp 24/7 fikk flest stemmer.

Samskapt innsikt

Vi fikk samlet beskrivelser av opplevde barrierer for å fremme psykisk helse, livskvalitet og mestring for alle innbyggere, med fokus på brukerperspektiv.

Hovedfunn barrierer, brukerperspektiv

Hvilke barrierer ser du for å fremme psykisk helse, livskvalitet og mestring for alle innbyggere i din kommune?

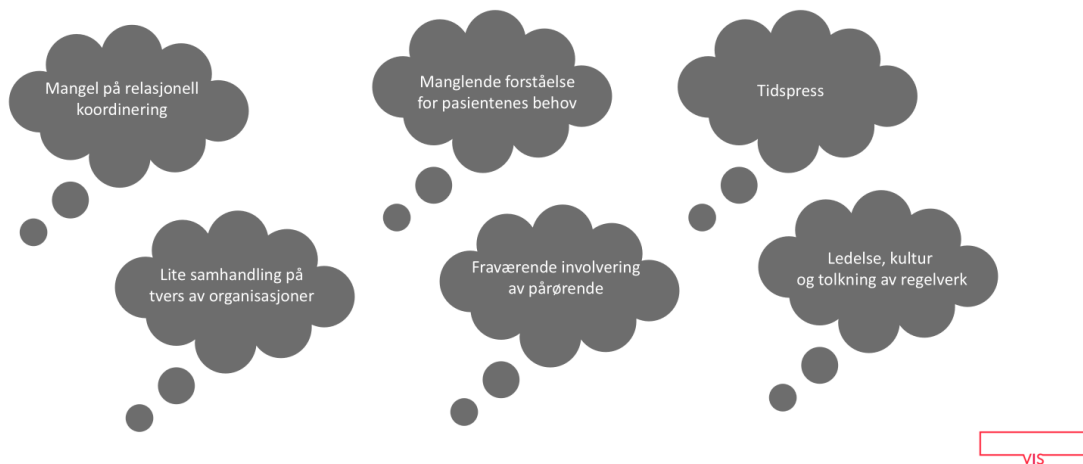


Fra «Enkel rapport fra Den Store Samhandlingsdagen»

Vi fikk også samlet beskrivelser av opplevde barrierer for å fremme psykisk helse, livskvalitet og mestring for alle innbyggere, med fokus på systemperspektiv.

Hovedfunn barrierer, systemperspektiv

Hvilke barrierer ser du for å fremme psykisk helse, livskvalitet og mestring for alle innbyggere i din kommune?



Fra «Enkel rapport fra Den Store Samhandlingsdagen»

Hva vi fikk ut av den store samhandlingsdagen

Samhandlingsdagen markerte starten på en større prosess der innbyggere, pasienter og pårørende med erfaring fra psykisk helse ble invitert til å samarbeide med fagfolk og



ledere. Sammen satte vi ord på utfordringene og utviklet drømmeløsninger for fremtidens tjenester i vår region. Brukernes stemme har stått sentralt – for den som har «skoen på» vet best hvor den trykker. Vi samskapte felles utfordringsbilder, der det var plass til alle aktørenes perspektiver, samtidig som vi så den systemiske helheten (eller mangel på helhet) og hvilke konsekvenser dette fikk for brukerne. Det gav verdifull kunnskap om, og oppslutning om, hva vi burde satse på å gjøre noe med fremover. Visualiseringsprosessen var betydningsfull, det gjorde det lett å forstå og lett å kommunisere med hverandre.

Gjennom refleksjonsprosessene ble folk bedre kjent med hverandre og ulike organisasjoners

institusjonelle rammer (som hva de hadde av tilbud eller ikke, lovverk mm). Det ble skapt nye relasjoner på tvers av organisasjoner og enheter. Innsikten som ble samskapt ble dokumentert visuelt og med ord i rapport etter Den Store Samhandlingsdagen (Drømmedagen). Kunnskapen fra dagen ble brukt for felles prioriteringer for hva vi skulle arbeide sammen om fremover.

Utvikling av vinnerforslaget IHelp 24/7

Vinnerforslaget fra Den store samhandlingsdagen, **IHelp 24/7**, handlet om behovet for at svingdørspasienter kunne ha mulighet til døgntkontinuerlig oppfølging. Formålet var å

skape trygge tilbud for pasienter, redusere usikkerhet hos pasientgruppen, og hindre unødvendige akutt-innleggelser.

Det vi gjorde: Med hjelp fra VIS innovasjon søkte vi forskningsmidler, innovasjonsmidler og utviklingsmidler for å kunne starte vårt felles vinnerprosjekt I Help 24/7.

Evaluerings: Vi fikk ikke tildelt midler, og hadde ikke kapasitet til å starte prosjektet fra egne ressurser på dette tidspunkt.

Beslutning: Ettersom vi ikke fikk tildelt midler, ble prosjektet satt på vent. Det skulle arbeides med å skape nye mulighet for å realisere prosjektet.



Foto:Privat Vinnerforslag IHelp 24/7

Videreføring: Intensjonene ble videreført og ivaretatt i SVINGDØRSPROSJEKTET som omtales senere i rapporten.

Læring: Det koster mye innsats å lage søknader. Det gjelder å ha utholdenhet og fokus over lang tid for å vente på mulighet for å skape nødvendig innovasjon, selv om alle organisasjoner er enige om at dette er det beste for våre felles pasienter/brukere.

HVA GJØR VI NÅ?

Bakgrunn: Etter den store samhandlingsdagen spurte vi oss, hva gjør vi nå? Hvordan skal vi jobbe for å sikre disse ønskede sammenhengende tjenestene? Hvordan realiserer ideene fra den store samhandlingsdagen? Vi lette etter modeller som kunne vise oss gode måter å skape sammenhengende tjenester på. En globalt utbredt modell for organisering av helsetjenester var Value Based Health Care, basert på Michael Porters verdikjedetankegang. Også i nordisk kontekst har modellen, eller deler av den vært forsøkt implementert på blant annet Karolinska Sjukehuset i Sverige og i Dansk kontekst.

Det vi gjorde: Klinikkdirektør Liv Åse Dybdal og Programansvarlig Trude Senneseth tok Executive utdanning i "VALUE BASED HEALTH CARE (VBHC)- The challenges of implementation", ved Copenhagen Business School i 2019.

Formålet var å finne ut om Porters VBHC modell og implementeringserfaringer så langt kunne gi oss kunnskap om muligheter vi kunne benytte, og negative erfaringer som vi kunne unngå å repetere. Vi inviterte samarbeidspartner til å delta sammen med oss. Det hadde de ikke mulighet til.

Utbytte: Utdannelsen gav oss oppdatert kunnskap om VBHC modellen, og om implementeringserfaringer globalt og i skandinaviske kontekster.

Læring: Porters modell utarbeidet primært for amerikansk helsevesen der blant annet forsikringsbransjen er en sentral og dominant aktør, måtte omarbeides kraftig for å tilpasses konteksten for helsesystemene i skandinavisk velferdsmodell der vi ha sykehus for alle innbyggere. Modellen hadde en del ideer som var meningsfulle, og som man hadde lykke med i norsk og finsk kontekst, men implementeringsforsøk hadde også skapt sterk motstand i enkelte miljøer (for eksempel Sverige).

Det er gode sentrale ideer i VBHC, som at pasient skal være i sentrum for endring og at ressursbruk i sum skal være effektiv og bærekraftig i systemet som helhet. For å lykkes med dette må derfor evne å se helhet og ikke bare delene i helse og velferdssystemer. For implementering av nye ideer er det svært viktig med kontekstsensitiv implementering, og ta hensyn til kultur og faktiske forhold, ellers blir det unødvendige konflikter og kamper, og man kan risikere å ødelegge verdier i stedet for å skape verdier.

Oppdagelser: På utdannelsen fikk vi kunnskap om ICHOMS, International Consortium for Health Outcome Measurement. Her var det gjort omfattende valideringsarbeid knyttet til vurdering av pasientsentrerte mål på outcome/nytte i helse på spesifikke parametere i forhold til ulike diagnoser.

ICHOMS var nyttig for å vurdere behandlingseffekt for eksempel innad i en organisasjon som spesialisthelsetjenesten. Det viste seg imidlertid at dette ikke fungerte godt som kommunikasjon mellom ulike organisasjoner, da denne tenkning og vurdering fungerte best innad i spesialist helsetjeneste som vurderer frisk/syk akse, og ikke så godt i kommunal setting som vurderer funksjonsakse.

Læring: det er vanskelig å redusere verdi eller nytte til ett tall eller en enkelt verdi i ett verktøy, da dette ikke er egnet til kommuniserer på tvers av de ulike kontekster med ulike institusjonelle logikker i forskjellige organisasjonene.

Oppdagelse: Stykkprisfinansiering kan gi perverse effekter: Forskning fra Ålborg Universitetssykehus viste at pasienter som fikk det som ble vurdert som medisinsk vellykket behandling (ortopedi), ikke tilførte verdi for en stor del av pasientene. Dette var på bakgrunn av krevende rehabilitering som krevdes for å få funksjonsbedring etter operasjon. Pasientene hadde ikke kunnskap om dette på forhånd. Ved implementering av gode samvalgs prosesser, viste det seg at en stor andel av pasientene valgte å ikke ta operasjonen når de var klar over den påkrevde rehabiliteringsinnsatsen. Man unngikk på denne bakgrunn overbehandling med operasjoner som det var medisinsk indikasjon for å gjennomføre (legevurdering), men som krevde mer innsats enn pasientene var i stand til å gjennomføre (pasients egenvurdering). Pasienter kunne derfor velge bort operasjon med relativt likt funksjonelt resultat, som operasjon med manglende rehabiliteringsforløp. Det var altså verken nyttig for pasient eller for samfunn å

gjennomføre operasjon på medisinsk indikasjon alene, uten å sjekke ut verdi sett fra pasientens eget perspektiv.

Foto: Privat, CBS Executive VBHC kull 2019



Læring: Når pasient får god informasjon om muligheter og prognoser, og kan delta i valg av behandling, så velger de ikke nødvendigvis mer eller dyrere behandling. Ved å ta verdi for pasienten på alvor, betyr det altså ikke at det koster «helsesystemet» mer. Ved å ta verdi for pasienten på alvor kan man tvert imot redusere kostnader og unødvendige intervensjoner, samtidig som pasienten får velge det alternativet som passer best for seg, i sitt liv og sin kontekst. Stykkprisfinansiering og verdikjedefokus der det medisinsk har forrang, kan derfor drive institusjoner og medisinske fagmiljø til å gjøre mer av det som står i oppdrags dokumentet/retningslinjer. Det kan være, men er altså ikke nødvendigvis etterspørsel fra pasient som er driver for vekst i helsetgifter, men et system med kapasitet og logikker som driver både tjenester og kostnader i systemet. Dette må systemet selv ta ansvar for å endre, det kan ikke pasientene endre selv uten å inviteres inn i en beslutningsprosess der alle faktorer som for eksempel egeninnsats tas med i beslutningsgrunnlag for iverksettelse av behandling (som operasjon). Dette må vi ta med hjem.

Beslutning: Vi må utforske mer hvordan vi kan få pasienters medbestemmelse inn i våre tjenester. Vi må fortsette å utforske hvordan vi skal finne gode måter å kommunisere på tvers om det som er verdifullt og hensiktsmessig for alle aktører.

SAMSKAPING SOM LOVENDE VERKTØY

Bakgrunn: KS og andre aktører formidlet at samskaping var et verktøy for å skape fremtiden tjenester sammen. Vi ønsket derfor å lære mer om hva samskaping var, og hvordan vi kunne gjøre det i vår kontekst.

Det vi gjorde: Vi brukte snøballmetoden og fikk kontakt med professor Ottar Ness, ved NTNU og senter for livslang læring. Han hadde ry på seg til å være en spydspiss innen samskaping og samfunnsutvikling der innbyggere tas på alvor. Vi hadde flere inspirerende samtaler om hvordan vi kunne starte, og etter hvert ble vi enige om at det kunne være hensiktsmessig å bruke aksjonsforskning for å støtte denne utviklingen. Ottar var villig til å være PhD veileder for programansvarlig for Samskaping i Vest, Trude Senneseth. Trude gikk i 2020 i ang med en PhD utdannelse ved Høyskolen på Vestlandet med formål om å øke verdien av tjenesten for innbyggerne. Partene/deltakeren i prosjektet ble de fire organisasjonene, Øyane DPS, Nav Region Vest, Askøy kommune og Øygarden kommune.

Læring: Det er viktig å tørre å ta kontakt med spydspisser, de er kompetente og ofte villige til å dele av sine kunnskaper, og bidra med hjelp til oss for å komme videre!

Vi fortsatte arbeidet med å finne ut mer om HVA SOM ER MENINGSFULLT å kommunisere om på tvers av organisasjoner i dialoger i ledernetverk og i DPS råd/Samhandlingsråd.

NYE ARENAER FOR SAMARBEID OG RELASJONSBYGGING

Den Store Samhandlingsdagen viste at vi manglet arenaer for å skape de nødvendige endringer som alle mente vi trengte for fremtiden. Derfor ble det opprettet

- en **beslutningstakerarena** (arbeidsutvalg) for overordnede beslutninger og styring
- et **ledernetverk** for dialog, skape relasjoner, forståelse og felles styring
- et **legenettverk** for å styrke kommunikasjonen og samarbeidet mellom DPS og fastleger i regionen.
- et **nettverk for erfaringskompetanse** for å sikre at vi hadde tilgang på essensiell kompetanse for videre utvikling av tjenester til felles brukere.
- flere **felles forskning, innovasjons- og utviklings prosjekter** for å arbeide sammen om konkrete felles utfordringer

Vi beskriver de nye arenaene i denne rapporten.

Ny arena: Beslutningstakere (arbeidsutvalg) møtes hver måned

Bakgrunn/utfordring: Aktørene beskrev at de var usikre på hva som var viktig for andre organisasjoner, hva andre prioriterte osv. Det var derfor vanskelig for lederne å kommunisere rett budskap ut i egen organisasjon, om retning og innhold i samarbeid med andre aktører. Det var vanskelig å få tilgang på nødvendig og korrekt info i tide, noe som gav slitasje i relasjoner mellom aktørene. En konsekvens av dette var at det ble utydelig, både for innbyggerne og for personale, hva de kunne forvente seg av ulike aktører. Dette ble ekstra tydelig i perioden med pandemi og samtidig store omorganiseringsprosesser i kommunene, som medførte raske endringer i kapasitet, arbeidsform og behov for samarbeid med andre aktører.

Hvem deltok: Ledere/beslutningstakere for hver av de fire organisasjonene Askøy kommune, Øygarden kommune, NAV, DPS og programansvarlig for Samskaping i Vest deltok. Styringsgruppe er godt forankret i de bredere strukturene (DPS-råd, Samhandlingsråd, ledernetttverk), noe som er viktig for legitimitet.

Hva vi gjorde: ca. 30 minutters digitalt månedlig møte.

Innhold: Informasjon om hva som skjedde i egen organisasjon/kontekst som var viktig for andre å vite/forholde seg til. Feedback og avklaringer; er det noe spesielt som er viktig eller som endrer seg, hva satser vi på, hvilken kapasitet har hver enkelt organisasjon, skal vi kompensere for hverandre, er det noe vi trenger fra hverandre, noe som skal inn eller ut av fokus akkurat nå?

Nytte: Utvalget gjør det mulig å ta raske beslutninger, håndtere konkrete utfordringer og avklare søknader om prosjektmidler med korte frister. Alle saker vurderes opp mot hvilke som bør løftes til DPS-rådet eller samhandlingsrådet for bredere forankring, samt hvilke tema som skal inn i ledernetttverket. AU bidrar til smidighet, fremdrift, tydelig ansvar og bedre koordinering, samtidig som større fora avlastes for detaljer. Dette sikrer transparens og læring på tvers av organisasjonene.

Ny arena: Ledernettverk som møtes kvartalsvis

Bakgrunn: I 2019 besluttet aktørene å starte et ledernettverk for å skape felles forståelse, og styre sammen for å skape mer verdifulle helse og velferdstjenester for felles pasienter/innbyggere gjennom innovasjon og endring. De skulle ta utgangspunkt i nasjonale utfordringer, slik regjering, KS og Helseforetak beskrev det. Videre skulle det kontekstualiseres slik det viste seg i lokale utfordringer rundt våre felles pasienter.

Vi ønsket med dette utgangspunktet å utforske hvordan vi kunne skape felles ledelse av ` mellomrommet mellom kommuner og spesialisthelsetjenester `.

Formålet var å skape sikrere og mer nyttige tjenester for *pasienter* ved å øke tilfredshet av tilbudene, bedre tilgang til helsetjenester og forbedre grad av helbredelse / helsetilstand ved pasientforløp.

For *medarbeidere* var formålet å øke kompetanse om egen og andres organisasjoners rolle i behandling av innbyggere/pasienter, og hvordan dette påvirket behandling.

For *organisasjoner og samfunn*, ønsket vi å øke den relasjonelle kapasiteten og innovasjonskapasiteten. Vi ønsket å skape bedre omdømme for alle organisasjoner. Vi ville sikre at vi brukte ressurser på en bærekraftig måte ved å sette i gang hensiktsmessige prosjekter og tiltak, og unngå å bruke ressurser på unødvendige/ikke hensiktsmessige/ikke effektive tiltak. Vi ønsket også å unngå dobbeltarbeid/sløsing.



Nødvendige endringer ble beskrevet som etablere arena for dialog, og arbeide for samskaping, forståelse og gjensidige forventninger til ulike roller. Videre skulle vi ta i bruk metodikk for kvalitetsforbedring på tvers av organisasjonene, inkludert nye metoder som gav mulighet for innovasjon gjennom eksperimentering, prioritering/ felles valg av endringsarbeid.

Prosjektetablering: Styringsgruppen for prosjektet er DPS rådet/samhandlingsrådet. Prosjektleder er Liv Åse Dybdal, klinikkdirektør DPS. Prosjektstøtte er Trude Senneseth, programansvarlig i Samskaping i Vest.

Hvordan vi mobiliserte deltakere: Beslutningstakere/ arbeidsutvalg hadde ansvar for hver organisasjon sin deltakelse, og hver organisasjon valgte selv hvem de mente nettverket angikk, og hvem som skulle delta fra dem. Dette har vært en iterativ prosess der aktørene har gjort endringer etter hvert som de har opplevd nytte/behov.

Hvem deltok: Ca 20 personer har deltatt til enhver tid, og det har variert hvilke roller de har. Fra spesialisthelsetjenesten deltok seksjonsledere, klinikkoverlege, klinikkdirektør fra DPS, Fra Barne og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) deltok leder, Avdeling for

rusmedisin (AFR). Fra NAV deltok kommunale og regional leder. Fra kommunene deltok kommunalsjefer, kommuneoverlege, ledere i ulike enheter som direkte knyttet til psykisk helse og rus tjenester, barn, unge og familietjenester, legevakt, barnevern, folkehelsekoordinator og boligjenester.

Frekvens: Ledernetverket har i perioden møttes ca. kvartalsvis, enten halvdag eller heldagsmøter. Det ble tilstrebet å møtes fysisk, men i forbindelse med pandemisituasjonen ble det flere ganger gjennomført digitale møter.

Innhold: Dialoger og refleksjoner om samarbeid og status. Oppdateringer om de ulike organisasjoners mandater, roller, prioriteringer, felles prosjekter i Samskaping i Vest osv.

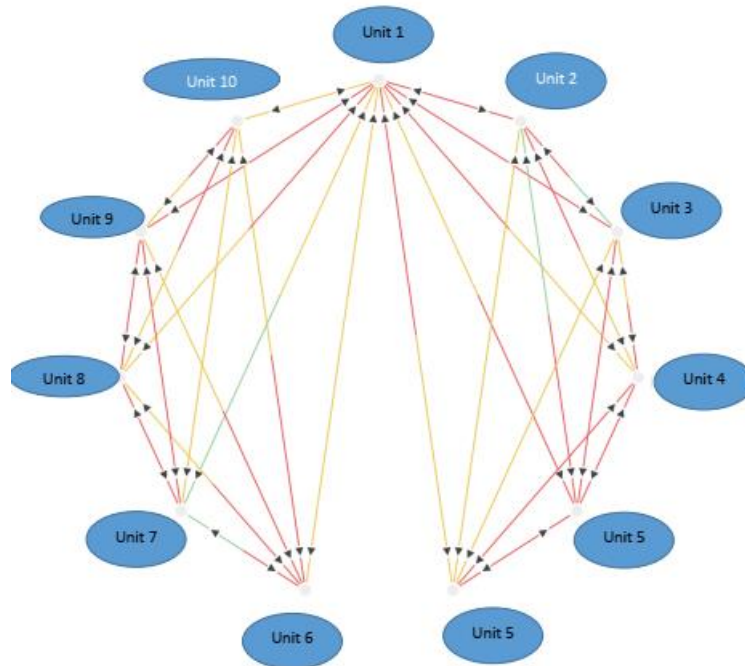
Eksterne ressurser / leverandører

Vi har fått viktige bidrag fra flere eksterne aktører for å lære nye metodikker, og for å fasilitere gode prosesser. Vi nevner noen av de mest sentrale:

Joint Action Analytics er en metodikk for å måle samarbeidsrelasjoner, som lærte oss å se deler og helhet samtidig. Det danske firmaet, representert ved Jacob Storch (bilde) leverte opplæring og sertifisering i bruk av et elektronisk survey verktøy for måling av samarbeidsrelasjoner i perioden 2019/2020, og bruke av verktøyet i 2020/2021. Deltakere fra hver av organisasjonene deltok i opplæringen, og dette skapte en felles forståelse av viktigheten av samarbeidsrelasjoner og hvordan vi kunne utforske dette konkret. Joint Action Analytics er en skandinavisk omarbeidelse av Jody Gittells omfattende forskning på det validerte verktøyet «Relational Coordination». Måling av samarbeidsrelasjoner ble utført årlig i perioden 2020-2023.



Under er en figur som er eksempel på en av målingene av samarbeidsrelasjoner mellom aktørene. En grønn pil betyr opplevd sterk samarbeidsrelasjon. En gul pil betyr opplevd middels samarbeidsrelasjon, og en rød pil betyr opplevd svak samarbeidsrelasjon, som trenger oppmerksomhet dersom den skal få ønsket funksjon. Både planlegging, gjennomføring og resultat av målingene gav godt og transparent utgangspunkt for dialog mellom aktører om status på samarbeidsrelasjoner og hvordan man kunne følge opp for forbedring.



Evaluering: Målingene viste at de fleste samarbeidsrelasjonene var for svake til å forvente at oppgaver skulle løses kvalitativt godt, effektivt og med fornøyde medarbeidere.

Oppfølging: Det ble fasilitert dialoger og handlinger for å følge opp resultatene, med formål å skape bedre samarbeidsrelasjoner på tvers av enheter. Organisasjonene hadde selv ansvar for dette, men fikk fasiliteringshjelp av programansvarlig i Samskaping i Vest ved ønske/behov. Flere organisasjoner valgte å besøke hverandre, fortelle om sitt mandat, og reflekterte sammen om utfordringer og hva aktørene kunne gjøre for å forstå hverandre bedre og samarbeide bedre.

Læring: Et samskapt, felles, transparent utfordringsbilde mellom aktørene ansvarlig gjorde alle aktører, og man unngikk syndebukk-problematikk der enkeltpersoner eller enkeltenheter ble påført ansvar for dårlige samarbeidsrelasjoner.

Forskning: Et vitenskapelig fagfelleverdert forskningsarbeid evaluerte hvilken nytte lederne opplevde av bruk av verktøyet. Funnene i studien viser at ledere effektivt brukte verktøyet som målte samarbeidsrelasjoner for å øke kunnskapen om (mangel på) samarbeid mellom aktørene. Ved å engasjere seg i felles refleksjoner over de målte samarbeidsrelasjonene, genererte ledere en dyp kontekstspesifikk forståelse av gjensidig avhengighet og tilkorkkommenheter. De økte sin evne til å *mentalisere*, dvs sette seg inn i hvordan andre aktører opplevde egen situasjon og sitt handlingsrom. På denne bakgrunn økte forståelse og empati for hverandre. Lederne beskrev en *endringsprosess* som beveget seg fra å lete etter andre, enkeltpersoner eller

organisasjoner, som syndebukker, og til å omtale utfordringer som kollektive. Dette fremmet en følelse av ansvar og økte eget handlingsrom: Lederne følte seg myndiggjorte, og klarte å identifisere tiltak de selv kunne iverksette for å skape mer sammenhengende tjenester.

«Aktivt engasjement i bruk av verktøy som målte samarbeidsrelasjoner resulterte i endringer i prosesser som kan tolkes som sosial innovasjon og institusjonell endring. Denne tilnærmingen kan legge til rette for at ledere kan engasjere seg i transformasjoner og institusjonell endring mot mer sammenhengende og sikre helse- og velferdstjenester for fremtiden» (egen oversettelse fra engelsk)(Senneseth & Berg, 2025, s. 69). Se referanse i slutten av dette kapitlet.

Fasiliteringstøtte: I 2021/2022 fikk vi fasiliteringsstøtte fra organisasjonspsykolog Claus Harald Jebsen (bilde). Jebsen var PhD kandidat ved BI, foreleser på Helselederutdannelsen på BI, og med i forskningsnettverket **Relational Coordination**. På denne måten fikk vi god hjelp til å skape rammer, kultur, forventninger og tiltak sammen i ledernetverket. Det ble i nettverket iverksatt og gjennomført tre lokale prosjekter knyttet til det lederne selv opplevde var spesielt viktig, innen temaene Barn som pårørende, ROP tjenester, og Akuttforløp.



Gevinstavtrykk: Professor og leder ved Center for Connect Care (C3), Kari Kværner, viste hvordan Gevinstavtrykk kan brukes til å skape forståelse for hva som er viktig for ulike aktører og felles pasienter, og til å støtte felles prioriteringer. Dette verktøyet har vært brukt ved flere anledninger videre i prosjektarbeider, der det har vært viktig å identifisere utfordringer og forventningene til gevinst hos alle aktører. Gevinstavtrykket differensierer mellom gevinster for brukere, for organisasjoner, for klinisk arbeid og økonomiske gevinster.

Evaluering – et komplekst utviklingsarbeid – vi har søkt og fått hjelp:



Professor Kari Kværner
CEO and professor at C3 Centre for Connected Care
at Oslo University Hospital
Professor II ved BI Institutt for strategi og entrepenørskap



Gevinstavtrykk

Kari har vært med oss i ledernetverket og vi har jobbet med gevinstavtrykk – dette er datagrunnlag som vil bli brukt i evalueringen



Professor James Barlow
Chair in Technology and Innovation Management



«Quadruple aim» et rammeverk for utvikling av bærekraftige helsetjenester

Vi har lagt frem arbeidet vi har gjort og søkt råd om hvordan vi kan evaluere effekt og resultat av arbeidet



Kontinuerlig evaluering og tilpassing

Det har vært kontinuerlige evalueringer av hva deltakerne opplever som nyttig, utfordrende og hvordan vi skal fortsette arbeidet i ledernetverket. Her kommer noen eksempler:

Hva er det utfordrende med å lede på tvers?

Eksempel på deltakerne i ledernetverkets opplevelse av utfordringer med å «lede på tvers» beskrevet i MENTI i 2022



Eksempler på ledernettsverkets nytteverdi for deltakerne

I 2022 delte deltakerne egne erfaringer av nytte av deltakelse i ledernettsverket: «Få bekjenskaper om andre samarbeidspartnere, og skaffe seg et bilde av hvordan de ulike partene arbeider», «Relasjonsbygging, fokus på helhetlige tjenester -ikke silo» «Få bedre kjennskap til andre etater og deres utfordringer og satsinger». Under følger flere sitater fra deltakerne:



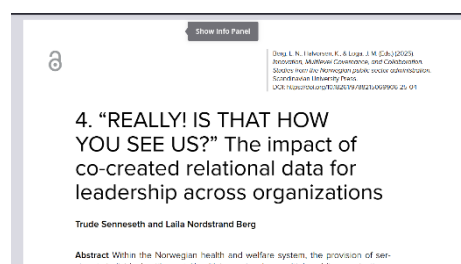
Ressurser / mer om prosjektet Ledernettsverk i Samskaping i Vest

Film: Lederne forteller om deltakelse i Ledernettsverket [Samskaping i Vest](https://www.youtube.com/watch?v=cVfz8bFZDrI).

<https://www.youtube.com/watch?v=cVfz8bFZDrI>

Vitenskapelig publisering / bok kapittel med OPEN ACCESS

Senneseth, T., & Berg, L. N. (2025). "REALLY! IS THAT HOW YOU SEE US?" The impact of co-created relational data for leadership across organizations. In *Innovation, Multilevel Governance, and Collaboration: Studies from the Norwegian public sector administration* (pp. 69-89).



Ny arena: Legenettverket

Bakgrunn: Legenettverket ble etablert som en arena for å styrke kommunikasjonen og samarbeidet mellom DPS og fastleger i regionen. Nettverket hadde sitt utspring i et prosjekt mellom fastleger, DPS og BUP ledet av overlege Øystein Elgen, som hadde som mål å utvikle bedre dialog og samhandlingsrutiner på tvers av nivåene i helsetjenesten. Prosjektet ble avsluttet i 2020, og videreføringen ble etableringen av legenettverket.

Hva vi gjorde: Legenettverket ble organisert som korte månedlige digitale møter (30 minutter) mellom klinikkdirektør og kommuneoverlegene i perioden 2020–2024. Andre ble invitert inn i møtene ved behov.

Innhold: Temaene varierte, men dreide seg ofte om felles utfordringer i grenseflatene mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Sentrale saker var:

Håndtering av pandemi, oppfølging av flyktninger fra Ukraina og håndtering av økt press på tjenestene. Hvordan initiere DPS deltakelse på fastlegemøter for å sikre tettere kobling mellom fastleger og DPS. Møtene ble også brukt til å holde hverandre oppdatert på status for rekrutteringsutfordringer av psykiatere og fastleger, og drøfting av hvordan man i fellesskap kunne møte disse. Legenettverket gjennomførte blant annet en pilot der målet var å bidra til å rekruttere både fastleger og psykiatere. Legenettverket har gitt kortere kontaktlinjer, tettere relasjoner og felles struktur for oppdatering og samordning mellom DPS og kommuneoverlegene. Dette gjør det mulig å løse utfordringer og problemer som oppstår raskere og med større grad av tillit.

Nettverket avsluttet de faste møtene høsten 2024, da prosjektet Ansvarlig og bærekraftig håndtering av økt henvisningsmengde, ble igangsatt. Det nye prosjektet initierte andre strukturer for samarbeid mellom fastleger og DPS. Det er fortsatt korte veier mellom aktørene, det er lett å ta opp telefonen og ta kontakt når det oppstår utfordringer og problemer som må løses raskt.

FAKTABOKS – Læringspunkter fra legenettverket

Korte kontaktlinjer bidrar til å skape gjensidig tillit.

Jevnlige møter og felles oppdatering, bidrar til god struktur og forutsigbarhet

Korte veier muliggjør raske avklaringer og bedre problemløsning.

Innspill til fremtidig samarbeid: Vår erfaring er at det er en styrke med de korte veiene for dialog og at beslutninger kan tas raskt. Nettverket viste seg også å være en viktig og aktiv problemløsningsarena. Ved å kombinere relasjonell koordinering med tydelig struktur for bærekraft, vurderer vi at en arena der fastleger og DPS deltar vil være avgjørende når vi skal gå videre med Samskaping i Vest 2.0.

Erfaringer fra pilot med delte stillinger

I pilotprosjektet fikk to kandidater tilbud om delte stillinger (50 % ALIS og 50 % LIS-psykiatri). Begge gjennomførte ordningen og gikk videre i psykiatriløpet, noe som ga en positiv erfaring med rekruttering. Samtidig viste piloten flere utfordringer som gjorde at ordningen ikke ble videreført.

FAKTABOKS - Erfaringer fra piloten

Positiv rekrutteringseffekt: begge kandidatene gikk videre i psykiatriløpet.

Ordningen ble opplevd som krevende for kandidatene og en ser klart behov for bedre tilrettelegging dersom et lignende prosjekt skal testes ut.

Behov for bedre koordinering og reduksjon av overlapp i undervisning.

Pilotprosjektet viser potensial, men krever justeringer for bærekraft

Ny arena: Nettverk for Erfaringskompetanse møtes kvartalsvis

I forbindelse med den Store samhandlingsdagen opplevde arrangørene at det var krevende å få tak i tilstrekkelig med erfaringsstemmer. Samtidig viste det seg at når vi først kom i dialog hadde deltakerne med egenerfaring veldig lyst til å bidra med sin kompetanse for å gjøre tjenestene bedre.

Samfunnsproblem: Innovasjon i helsetjenestene har blitt kritisert for å ikke ta tilstrekkelig hensyn til pasienters behov og opplevelser, og at de dermed ikke skaper nødvendig nytteverdi.

Formål: For å sikre hovedfokus og utgangspunkt i å løse pasientenes behov, og ikke bare organisasjonenes behov, var det essensielt å ha tilgang til relevant erfaringskompetanse.

Det vi gjorde: Vi etablerte Nettverk for erfaringskompetanse slik at vi skulle få øket kunnskap om hva som var viktig for våre brukere, både i dialoger i nettverket, og ved å få deltakere med erfaringskompetanse som deltakere i alle prosjekter. På denne måten kunne vi sikre å ha mennesker med erfaringskompetanse som ønsket å delta, og vi kunne tilpasse mulighet til å delta etter ønske og kapasitet.

Mobilisering av deltakere: Vi inviterte alle med bruker/pårørendeerfaring som deltok på Den Store Samhandlingsdagen til å delta. På denne måten fikk vi deltakere fra begge kommuner, med erfaringskompetanse fra psykisk helse- og rus som pasienter og som pårørende. Vi inviterte brukte videre `snøballmetoden` og rekrutterte flere deltakere. Vi inviterte også leder og noen deltakere fra Helse Bergens erfaringspanel til å delta i en periode, da disse hadde samlet kompetanse om brukermedvirkning i organisasjonen i en årrekke. I etableringsfasen og de første årene ble nettverket koordinert av programansvarlig for Samskaping i Vest. Fra 2022 ble nettverket koordinert av erfaringskonsulent.



Foto: Privat. Fra møte i nettverk for erfaringskompetanse 2020

Representasjon i prosjekter, råd, utvalg og dialoger med studenter fra UiB

Representanter fra Nettverk for Erfaringskompetanse deltok fast på DPS råd/samhandlingsråd, og i DPS sitt utvidede lederteam. Deltakere deltok i prosjektene «Pasientens helsetjeneste i et helsefellesskap», og i Storbrukerprosjektet, som ble omdøpt til «Svingdørsprosjektet», og i det videre arbeidet med utvikling av MULI tjenester, inkludert utvikling av ny teknologisk støtte. Deltakerne var også viktige sparringspartnere og medhjelpere til Erfaringskoordinator på tvers prosjektet.

Nettverket hadde dialoger med flere puljer av samfunnspsykologistudenter som utforsket hvordan erfaringskompetanse kan tas i bruk i tjenestene.

*Foto (privat):
Psykologistudenter
intervjuet deltakere fra
Nettverk for
Erfaringskompetanse til
samfunnspsykologi-
oppgave om
brukermedvirkning.*



Hva har vi oppnådd og lært

Vi har hatt en langsgående prosess der vi har skapt kunnskap og erfaringer sammen om hva som er ønskelig og hva som er mulig å få til ved hjelp av erfaringskompetanse. Vi har utviklet større forståelse for viktigheten av erfaringskompetanse i egne organisasjoner, og i akademia.

Alle prosjektene i Samskaping i Vest har fått tilgang på erfaringskompetanse både på systemnivå og fra `fersk` brukererfaring i prosjekter og nettverk. På denne måten har vi kunnet ta utgangspunkt i reel og fersk brukererfaring fra vår region når vi har skullet forstå problemer og utfordringer slik som de utspiller seg i vår egen kontekst. Vi har gjennomført flere store tjenestedesign prosjekter, som er spesielt egnet til å skape kunnskap om hva som er viktig for sårbare brukere, og til å ta utgangspunkt i brukeres behov når nye tjenester utvikles. Det har vært helt essensielt, spesielt i de store satsingene med tjenestedesignprosjektene «Pasientens helsetjeneste i et helsefellesskap» og i «Svingdørsprosjektet».

Deltakerne i Nettverk for Erfaringskompetanse har bidratt til øket forståelse for hva som er viktig for våre innbyggere, og hva som rører seg av dialoger og viktige smertepunkter.

ERFARINGSKOORDINATOR PÅ TVERS (2019-2022)

Ett av forslagene fra Samhandlingsdagen 2019 var etablering av en erfaringskoordinator som kunne jobbe på tvers av kommune og DPS. Dette ble identifisert som en nøkkelfunksjon for å styrke samhandling, kontinuitet og brukermedvirkning i tjenestene.

Begrunnelsen for prosjektet var ønsket om å styrke pasientenes mulighet til å mestre livet etter utskrivelse. For å oppnå dette er det avgjørende å legge til rette for mening og mestring i hverdagen. Aktiviteter og sosiale møteplasser spiller en sentral rolle i denne prosessen, og da er det behov for god informasjon om hvilke tilbud som finnes lokalt. Erfaringskonsulenter representerer en betydelig ressurs i psykisk helsevern. De styrker pasientperspektivet, og fremmer håp og mestring. Samtidig krever deres rolle tydelig avklaring, støtte og integrering i organisasjonen for å unngå utfordringer knyttet til rolleforvirring og strukturelle begrensninger.

Prosjektetablering: Vi etablerte i 2019 en prosjektstilling på Øyane DPS for «Erfaringskoordinator på tvers». Prosjekteier var Liv Åse Dybdal, klinikkdirektør, prosjektleder Katrine Mydland – Aas, erfaringskonsulent, og prosjektstøtte var Trude Senneseth, programansvarlig i Samskaping i Vest.

Det vi gjorde/mobilisering av aktører: Aktivitetstilbud i regionen ble kartlagt, og aktører ble invitert til en aktivitetsmesse. Erfaringskafe ble startet lokalt, basert på inspirasjon fra andre DPS.

Tiltaksutprøving: Nettside med oversikt over lokale tilbud

«Erfaringskoordinator på tvers» laget en nettside med oversikt over aktivitetstilbudene i regionen. Dette gav en god oversikt over *tilgjengelige tilbud*, og direkte kontakt med organisasjoner og mennesker som kjente området godt.

Evaluerings: Det ble for krevende praktisk og teknisk å drifte nettsiden.

Beslutning: Nettsiden ble ikke videreført av Erfaringskoordinator på tvers. Det ble fortsatt kommunenes oppgave å oppdatere oversikt over egne tilbud og mulige samarbeidsparter på sine egne nettsider.



Illustrasjon til «Fra A til Ø» laget av Cato Johannessen

Utbytte og læring: Det ble skapt bevissthet i alle organisasjoner om viktigheten av at tilgjengelige tilbud for våre pasienter er lett tilgjengelige og synlige. Kjennskap til lokale tilbud er avgjørende.

Tiltaksutprøving: Aktivitetsmesse «Fra A til Ø» 2021

Det vi gjorde: Erfaringskoordinator på tvers mobiliserte aktører til en aktivitetsmesse der organisasjoner presenterte seg og tilbudene på stands. Brukere, tilsatte i organisasjonene, næringsliv og politikere ble invitert som gjester.

Evaluering: Det var viktig at Erfaringskoordinator på tvers hadde oversikt og dialog med ulike lokale tilbydere av tilbud som kan være aktuelle for pasienter. Selv om messen var nyttig, og mange nye kontaktpunkter ble etablert, var det ikke tilstrekkelig ressurser i sykehuset til å fortsette med å arrangere selve messen lokalt.



Foto: Privat, fra Aktivitetsmessen fra A til Ø i 2021

Det ble avdekket at flere tilbud som var lokalisert og driftet i Bergen kommune, med støttet fra Helse Bergen under premisse av at det skulle være til innbyggere i regionen, ble praktisert slik at ikke våre innbyggere kunne delta. Helse Bergen formidlet at støtten de gav skulle være til innbyggere i andre kommuner, mens ansatte i Bergen kommune som driftet tilbudet opplevde det som et kommunalt tilbud kun til sine innbyggere. Dette bør adresseres videre.

Beslutning: Erfaringskoordinator på tvers kunne ikke fortsette med å arrangere messe. Selv om det ikke var optimalt, ble en lignende messe i Bergen kalt «Fyll dagene» vurdert å ivareta behovet tilstrekkelig, selv om det her ble presentert tilbud som ikke var tilgjengelig for våre pasienter som ikke bor i Bergen kommune.

Læring: Det er viktig å skape kunnskap om hvilke tilbud som finnes lokalt i våre kommuner. Videre er det viktig å skape relasjoner mellom ulike aktører.

For å skape realistiske forventningsavklaringer må vi ha oversikt over hvilke tilbud som finnes i Bergen kommune som er mulig, eller ikke mulig, å bruke for innbyggere i Askøy og Øygarden. Dersom Helse Bergen gir ulik støtte til de ulike kommunene til drift av viktige kommunale tilbud, bør dette tas opp til vurdering om dette er rettferdig/likeverdig fordelt mellom kommunene. For fremtidens DPS, der pasienter i vår region skal ha behandlingstilbud ved DPS`er lokalisert i Bergen kommune, har Helse Bergen et særlig ansvar for å sikre at DPSene har god oversikt over dette.

Tiltaksutprøving: Erfaringskafe

Bakgrunn: Inspirert av lignende tiltak ved andre DPS, og innspill fra Den Store Samhandlingsdagen, ble det prøvd ut å lage en Erfaringskafe.

Formål: Erfaringskafeen skulle skape en inkluderende arena hvor pasienter kunne møte andre med lignende erfaringer, få støtte og oppleve fellesskap – uten krav om påmelding, diagnose eller aktiv deltakelse. Tilbudet skulle senke terskelen for sosial kontakt og bidra til økt livskvalitet, mestring og håp i hverdagen, og være en lavterskel møteplass også for pasienter som har utfordringer med å benytte seg av de aktivitetstilbudene som allerede finnes.

Det vi gjorde: Kort tid etter oppstarten måtte tilbudet settes på pause grunnet smitteverntiltak. Det ble forsøkt å videreføre kafeen digitalt, men dette viste seg vanskelig da mange pasienter manglet tilgang til nødvendig teknologi. Etter pandemien ble Erfaringskafeen gjenopptatt og har vært et verdsatt tilbud frem til erfaringskonsulenten avsluttet sin stilling ved DPS.



Bilder fra Facebooksiden til Erfaringskafe

Evaluerings: Erfaringskafeen ble opplevd nyttig for de som var eller hadde vært pasienter ved DPS. Det er krevende å starte nye tilbud, og det må legges ned stor innsats for å tilpasse tilbud til lokale behov.

Beslutning: Tilbudet videreføres i ordinær drift. Status er at Erfaringskafe ikke er et tilbud pr 2025, men oppstart vil bli prioritert så snart ny erfaringskonsulent er tilsatt.

Læring: Tilbudet var avhengig av erfaringskonsulent som driver. Det er krevende, men verdifullt å starte opp nye tilbud. Det er personavhengig å klare å etablere nye tilbud.

Utvikling av rollen i samarbeid med studenter og andre faggrupper

Erfaringskonsulentrollen ble utviklet i dialog og samarbeid med alle andre faggrupper på sykehuset; brukere, behandlere og ledere. Her fikk vi utviklingshjelp av samfunnspsykologistudenter ved Universitetet i Bergen (UiB). Studentene skrev en samfunnspsykologi oppgave av dette arbeidet.

Erfaringskonsulet gjennomførte sammen med psykologistudenter fra UIB workshop med en fokusgruppe bestående av erfaringskonsulenter, tidligere pasienter, pårørende og ansatte i psykisk helsevern. Studentene utarbeidet praksisrapport som dannet grunnlag for videre arbeid med erfaringskonsulentrolla og prosjektet.

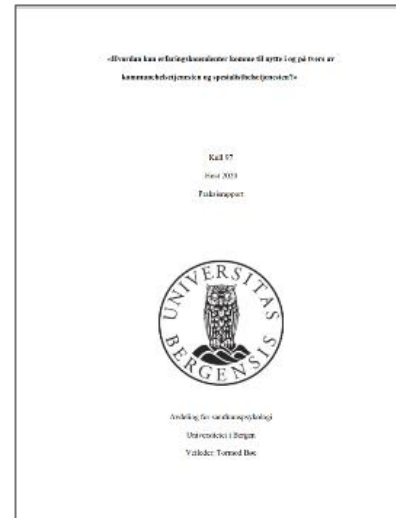
Prosjektleder gjennomførte en lignende prosess med ansatte på DPS, der tema ble tatt opp på personalmøter i alle seksjonene.

Evaluerings: Delprosjektet har vist at samarbeid på tvers er mulig – og nødvendig – for å skape helhetlige og brukervennlige tjenester. Det er pr 2025 tilsatt flere erfaringskonsulenter i de andre organisasjonene sine tjenester, som også arbeider med målsettingen om at erfaringskompetanse skal inn i tjenester for å øke håp og mestring for innbyggere. Prosessen har bidratt til økt bevissthet, felles forståelse og konkrete tiltak som kan videreutvikles i den lokale konteksten. At brukere og mange faggrupper har deltatt i prosessene for utvikling av tilbudet har bidratt til dyp forankring, legitimitet og øket forståelse for nytte av erfaringskompetanse. Flere av tiltakene som ble testet ble imidlertid for ressurskrevende til å videreføres. Dette sees også som verdifull læring, som bidrar til å avklare / oppgi urealistiske forventninger til hva en rolle skal kan utøve.

Det har vært nyttig for oss å få hjelp av studenter til å fasilitetere prosesser som skaper innsikt, og at de dokumenterer dette i sine oppgaver. Videre har studentene gitt tilbakemeldinger om at dette har gitt verdifull erfaring og innsikt i hvordan erfaringskompetanse kan øke kvalitet i tjenester, og håp og mestring for pasienter.

Beslutning: I 2022 avsluttet vi prosjektet. Vi utarbeidet en konkret stillingsbeskrivelse for erfaringskonsulent ved DPS basert på læring fra prosjektet. Videre vil vi fortsette å ta imot studenter som kan gi oss innsikt, og som selv kan ta med kunnskap tilbake til universitetet og med seg i sine roller når de skal ut i arbeidslivet.

Læringspunkter: Selv om det er økt bruk av erfaringskompetanse i systemene, er det fortsatt behov for koordinering som kan bygge bro mellom nivåene i tjenestene. Vi må arbeide videre med å finne bærekraftige modeller for dette.



TIDLIG AVKLARING/UTREDNINGS TEAM VED ØYANE DPS

Bakgrunn/utfordring:

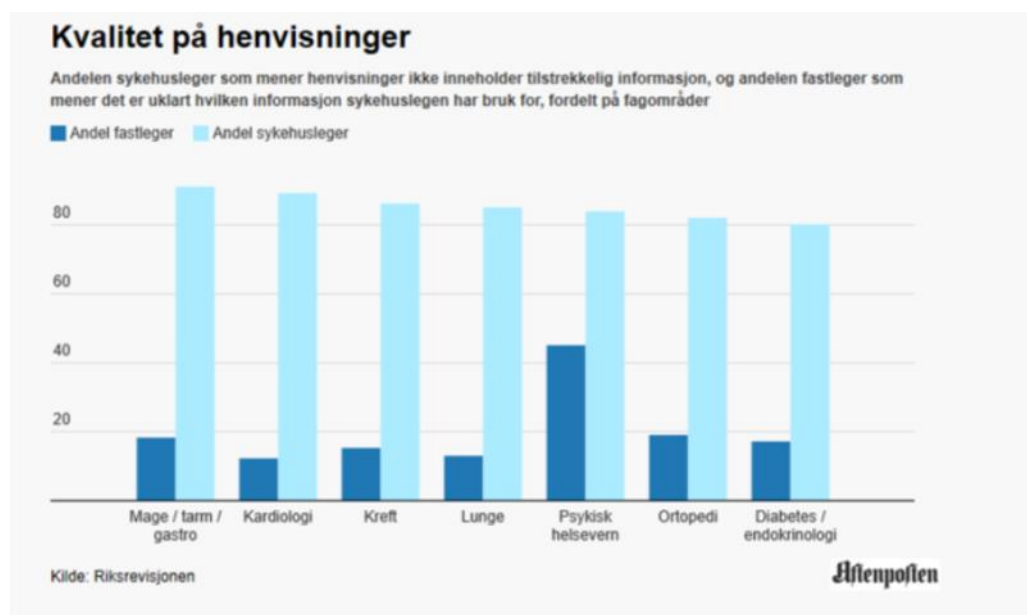
DPS-rådet besluttet å følge opp innspillene fra samhandlingsdagen 2019, «Samspill for fremtiden», der det kom tydelig frem at det finnes mange barrierer for god samhandling i

regionen. Flere av innspillene pekte spesielt på at DPS fremsto som lite tilgjengelig – både for pasienter og samarbeidspartnere. Som respons på dette foreslo DPS-rådet flere tiltak for å styrke helheten i tjenestetilbudet, blant annet etablering av et tidlig avklarings- og utredningsteam.

Samtidig hadde psykisk helsevern vært gjenstand for kritikk, blant annet knyttet til ulik praksis ved vurdering av henvisninger mellom ulike DPS. Riksrevisjonens undersøkelse fra 2017 av henvisningspraksis til spesialisthelsetjenesten avdekket både unødvendige henvisninger og henvisninger med mangelfull kvalitet. Rapporten påpekte også at uklare ansvarsforhold mellom primær- og spesialisthelsetjenesten bidrar til at pasienter med behov for psykisk helsehjelp ikke får et godt nok tilbud.

Drøyt to av tre fastleger opplever at det er ulik forståelse mellom fastleger og sykehusleger om når det er behov for spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern. Tilsvarende andel sykehusleger innen psykisk helsevern rapporterer det samme.

Forsker Per Arne Holman har dokumentert et betydelig sprik i hvordan henvisninger vurderes. Denne kritikken gir grunn til bekymring for om pasienter med alvorlige tilstander blir avvist eller må vente lenger enn det som er faglig forsvarlig.



Grafen over viser at over 40 % av fastlegene mener det er uklart hvilken informasjon sykehuslegene trenger innen fagområde psykisk helsevern.

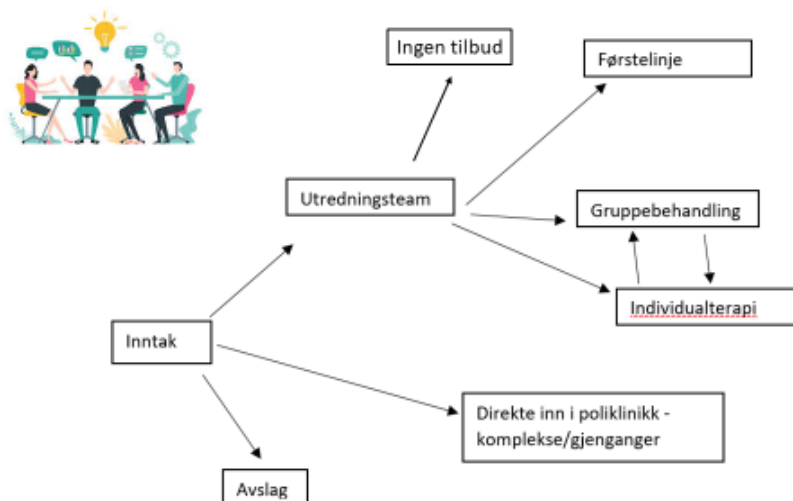
Hentet fra Riksrevisjonen sin rapport

Formål: Øyane DPS ønsket å øke tilgjengeligheten for pasienter og samtidig forbedre grunnlaget for vurdering av henvisninger. Ambisjonen var at flere pasienter skulle vurderes på et mer helhetlig og informert grunnlag enn kun basert på skriftlig henvisning. Målet med prosjektet var å styrke pasientsikkerheten ved å legge til rette for vurdering

ved fysisk oppmøte, redusere både vurderingstid og ventetid, og sikre at pasientene får rett hjelp til rett tid på riktig omsorgsnivå. Et viktig mål var også å redusere behovet for akuttvurderinger, ved å gi raskere hjelp og dermed forebygge forverring. I tillegg ønsket man å forbedre informasjonsflyten til både pasienter og samarbeidspartnere.

Det vi gjorde: For å realisere dette ble det etablert et inntaksteam og et tidlig avklarings/utredningsteam. Inntaksteamet fikk ansvar for å effektivisere inntaksarbeidet og sikre at pasientene ble satt opp til en tidlig avklaring/utredning dersom inntak var i usikre på alvorlighetsgraden i henvisningen. Tidlig avklarings/utredningsteam ble organisatorisk tilknyttet akutt-teamet, som samtidig ble styrket med flere stillinger. Prosjektgruppen identifiserte flere områder som måtte forbedres for å sikre en mer effektiv og sammenhengende prosess.

Digitalisering av kommunikasjon mellom merkantil/inntakskoordinator og inntaksansvarlig: All kommunikasjon mellom inntakskoordinator og inntaksansvarlig om pasient skal utføres i DIPS ved bruk av gule lapper.



Alle pasienter ble vurdert av inntaksteamet, hvor det ble gjennomført en grovsortering. Pasienter med kjent problematikk og tidligere behandlingsforløp ble sendt direkte til poliklinisk behandling. Dersom henvisningen tydelig viste at pasienten ikke hadde et lidelsestrykk eller funksjonstap som tilfredsstiller kriteriene for rett til helsehjelp, ble henvisningen avslått. De øvrige pasientene ble henvist videre til utredningsteamet for nærmere vurdering. Etter utredning ble pasientene triagert videre til enten kommunal oppfølging, gruppebehandling og/eller individualterapi, eller ingen tilbud dersom kriteriene ikke var oppfylt.

Digitalisering og effektivisering av inntaks og utredningsfasen i pasientforløpet: Inntaks- og utredningsfasen i pasientforløpet ble digitalisert og effektivisert. All

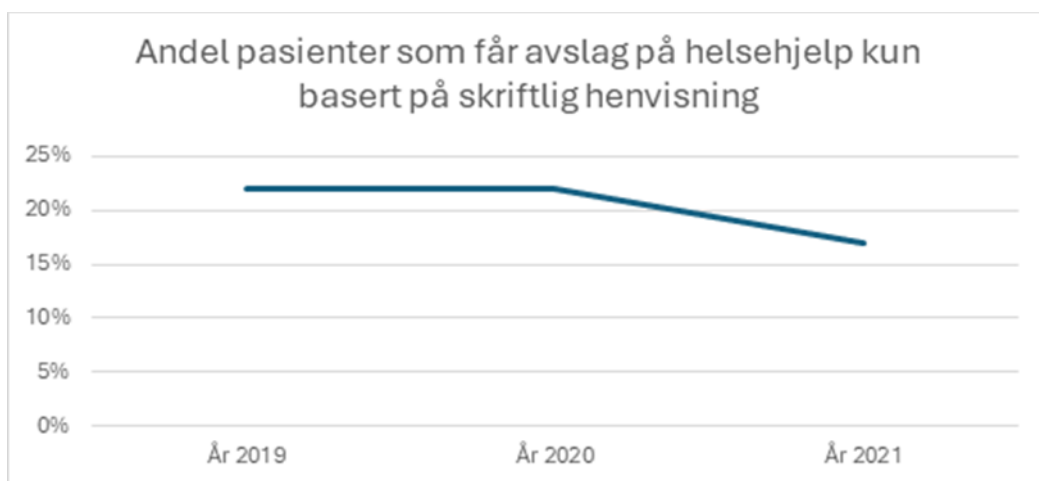
kommunikasjon mellom inntakskordinator og inntaksansvarlig foregår nå i DIPS ved bruk av såkalte «gule lapper». I tillegg sendes Checkware-utredningspakke til alle pasienter før første konsultasjon. Målet om digitalisering av inntaks- og utredningsfasen er dermed innfridd.

Basisutredning: Basisutredningen ble planlagt som en kort og konsentrert prosess, med en varighet på maksimalt tre timer. Når basisutredningen var gjennomført, ble pasienten drøftet i tverrfaglig team. Her ble det vurdert om pasienten hadde rett til helsehjelp, medisinsk frist ble satt og det ble foreslått videre behandlingsvalg.

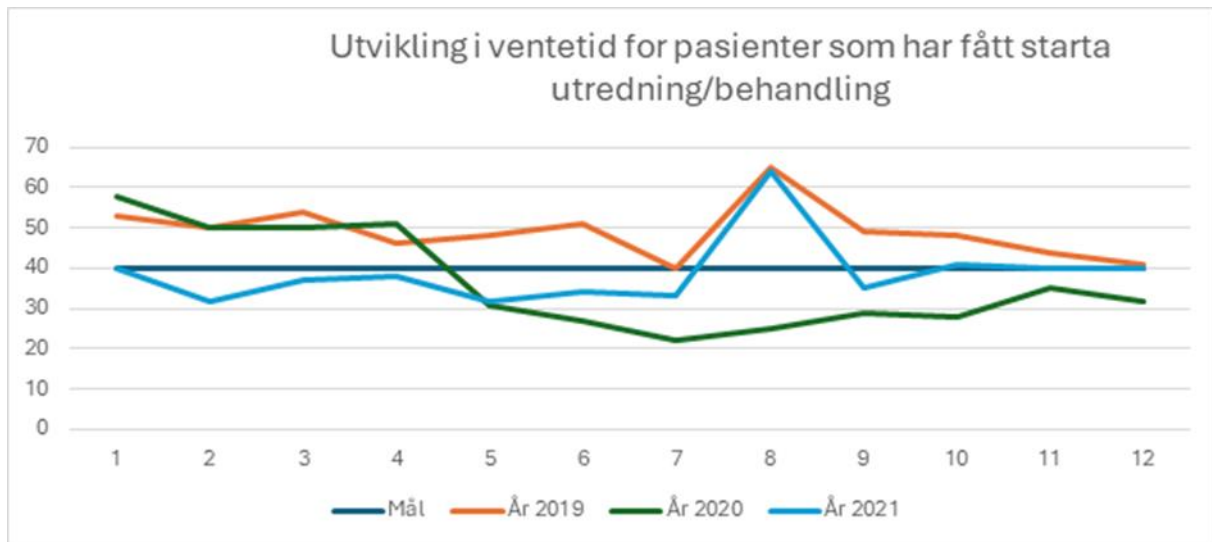
Økt fokus på brukermedvirkning: Det ble lagt økt vekt på brukermedvirkning. En informasjonsvideo og brosjyre om utredning og behandling ved poliklinikken ble utarbeidet. Innholdet ble presentert tidlig i forløpet, slik at pasienten fikk tid til å forberede seg på hvilke behandlingstilbud som kunne være aktuelle. Dette bidro til at pasient og behandler sammen kunne tilpasse behandlingen bedre til pasientens behov.

Redusert vurderingstid: Gjennom standardisering av utredningsarbeidet ble tiden fra mottatt henvisning til vurdering redusert. I 2019 var gjennomsnittlig vurderingstid 3,4 dager, mens den i 2021 var redusert til 1,8 dager. Andelen pasienter som ble vurdert innen seks dager økte fra 90 til 95 prosent.

Andel av pasienter som kun blir vurdert basert på skriftlig henvisning: I prosjektperioden ble andelen pasienter som kun ble vurdert basert på skriftlig henvisning redusert fra 22 til 17 prosent. Dette vurderes som et viktig bidrag til økt pasientsikkerhet og større tilfredshet blant pasienter, fastleger og ansatte i kommunale psykiatritjenester, selv om dette ikke er målt direkte i prosjektet.



Effekt på redusert ventetid: Grafen under viser at vi har redusert den gjennomsnittlige ventetiden for de som har fått starta utredning/behandling fra 49 dager i 2019 til 38 dager i 2021.



Beslutning: Utredningsteamet slik det er skissert i sin helhet i dette prosjektet ble ikke bærekraftig. Ressursbruken ble for stor og henvisningsmengden økte dramatisk i perioden. Prosjektet ble derfor avviklet. Vi vurderer nå en annen organisering av arbeidet/pasientflyten.

Digitalisering av inntaks- og utredningsarbeidet vurderes som suksess og er videreført. Informasjonsvideo og brosjyrer er fortsatt tilgjengelig.

Læring: Gjennom etablering og drift av utredningsteamet har vi fått verdifull erfaring i bruk av forbedringsmetodikk i praksis. Vi har lært å jobbe systematisk i tverrfaglig team, for å identifisere flaskehalser i pasientflyten, finne forbedringsmuligheter og fjerne tidstyver i arbeidsprosessene. Videre har vi erfart betydningen av å bruke målinger aktivt for å følge utviklingen, evaluere tiltak som skaper grunnlag for nye forbedringer. Dette har styrket vår evne til kontinuerlig læring og utvikling, samt lagt et viktig fundament for videre forbedringsarbeid ved Øyane DPS.

STIMULABPROSJEKTET «PASIENTENS HELSETJENESTE I ET HELSEFELLESSKAP»

Bakgrunns beskrivelse av behovet og utfordring: Samarbeid rundt felles pasienter og pårørende, mellom kommune, psykisk helsevern og NAV blir opplevd så dårlig, både nasjonalt og lokalt, at det hindrer god behandling og livskvalitet for en del av pasientene. En del oppgaver eies ikke av en organisasjon, men faller mellom ulike organisasjoner. En organisasjon kan sette i verk tiltak som hindrer andre organisasjoner å gi sine tilbud på en bærekraftig måte, eller at manglende kommunikasjon medfører dobbeltarbeid der pasienter må fortelle sine historier mange ganger uten å få nødvendig hjelp, eller i verste fall ikke få tilgang på hjelp. Ifølge Sintef er psykisk helse og rus det området med dårligst

koordinerte tjenester og samarbeid om pasienter i Norge. Det var derfor ønskelig å øke samarbeid mellom tjenestene for å gi felles brukere/pasienter et bedre tilbud som er av høyere verdi for felles brukere, sikre nødvendig arbeid og unngå dobbeltarbeid.

Helsefellesskap handler om å skape mer sammenhengende og bærekraftige tjenester for brukere som trenger både spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester. Det utfordrer virksomhetene, som må samarbeide på nye måter for å nå felles mål.

Aktører og formaliserte samarbeidsarenaer: StimuLab prosjektet startet med en innovativ anskaffelse, og leverandøren PWC ble valgt. Teamet fra PWC bestod av prosjektansvarlig, prosjektleder og to tjenestedesignere.

Vi mobiliserte relevante lokale aktører gjennom hele prosessen. Først avklarte vi hvilke organisasjoner dette omhandlet; det var kommunene Askøy og Øygarden, NAV region Vest og Øyane DPS.

Alle organisasjonene deltok i alle deler av prosessene. Aktørene valgte selv ut deltakere etter egen vurdering av hva de opplevde som hensiktsmessig i forhold til behovet i prosjektet og behovet i egen organisasjon. Aktørene kunne vektlegge hensiktsmessighet for eksempel i forhold til formelle eller uformelle lederroller, kontekst-spesifikk kunnskap, representasjon av grupper (for eksempel faggrupper), faktisk kapasitet i det aktuelle tidsrommet m.m.

Beslutningstakergruppen ble etablert for å ta overordnede beslutninger på vegne av prosjektet.

Prosjektgruppen ble etablert med en hovedprosjektleder Trude Senneseth som programansvarlig fra Samskaping i Vest, og prosjektledere fra hver organisasjon med ansvar for fremdrift, forankring og mobilisering i egen organisasjon, som arbeidet sammen med teamet fra PWC. Prosjektgruppen bestod av Inger Jørgensen (Askøy kommune), Therese Helgesen (Øygarden kommune), Joakim Ophaug (NAV), og Vidar Sangolt (Helse Bergen).

Brukere/pasienter og ansatte i organisasjonene ble invitert med i ulike faser av prosjektet der det ble sikret deltakelse med relevante erfaringer. For eksempel for å kunne skape innsikt ved å kartlegge brukerreiser mellom aktørene, dynamikker i (samarbeids) relasjoner, hva som ble opplevd som verdifullt eller som skadelig i møte med organisasjoner og tjenester osv.

Det vi gjorde



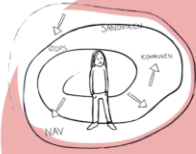
7

INNSIKTSFASEN (diamant nr 1) Først samlet vi brukerinnstekt ved å intervjuer pasienter som hadde behov for tjenester fra flere tjenesteytere, fra pårørende og fra ansatte i alle organisasjonene. På denne måten identifiserte vi ulike problemområder.

Brukerinnstekten viste at 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 størst friksjon og frustrasjon, særlig kritisk var overganger mellom tjenester.

Læring / innsikter: Her presenterer vi et lite utdrag av innsiktene vi skapte sammen.

Brukerinnsikt



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.



«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



Ventetiden er det vanskeligste - jeg trenger jo hjelp nå!

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

«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.

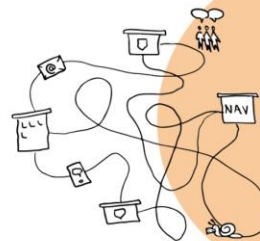
StimuLab-prosjektet "Pasientens helsetjeneste i et Helsefellesskap" 2021

Ansattinnsikt



Overgangene fungerer de gangene vi tar oss tid.

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



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 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.



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 steder. 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 kontaktinformasjon.

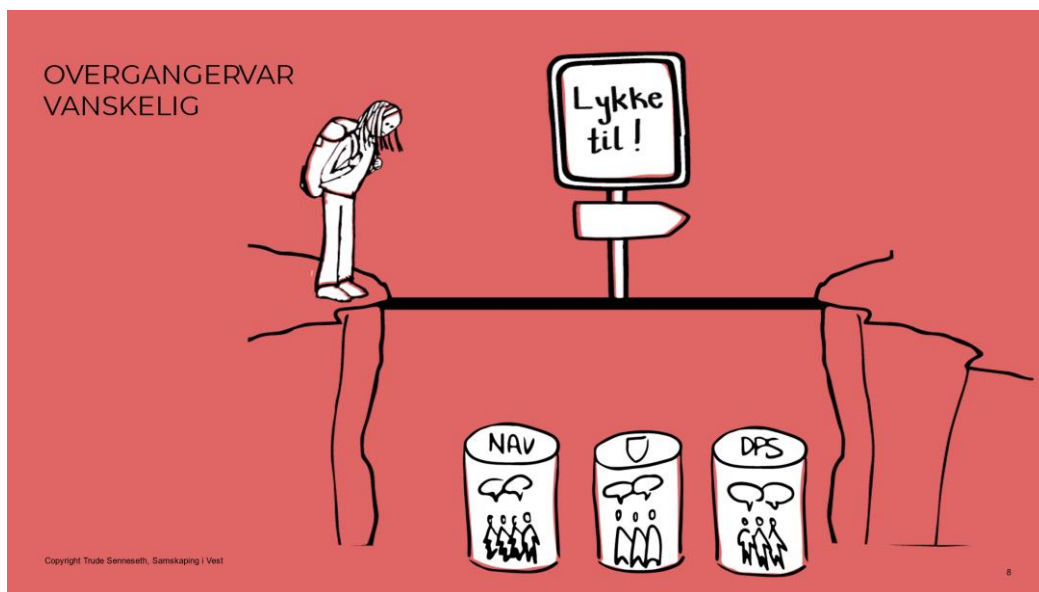


StimuLab-prosjektet "Pasientens helsetjeneste i et Helsefellesskap" 2021

Prosjektet identifiserte at oppstartene er kritiske, og at mange av smertepunktene knytter seg til de situasjonene brukeren skal starte med noe nytt, enten det er første gangen brukeren er i kontakt med hjelpeapparatet eller brukeren skal møte en ny/annen tjeneste eller aktør. Prosjektet identifiserte også at tillit til de som hjelper deg er helt sentralt, og at alle brukere trenger minst én tillitsperson.

Innsikten fra ansatte viste at samhandling handler om hvor godt vi kjenner til hverandre, kommunikasjon, og at man hadde behov for å skape nye roller overfor hverandre.

Det ble laget gevinstkart sammen, der vi analyserte hvilke problemområder vi forventet å få best utbytte av å arbeide med. Vi besluttet i sammen hvilke problemområder vi skulle arbeide videre med, basert på hva vi i fellesskap vurderte ville gi størst gevinst for brukere og organisasjonene. **Vi valgte å arbeide videre med temaet overganger.**



PWC laget innsiktsrapport og materiell (powerpoint) som egnet seg til å spre kunnskapen fra innsiktsarbeidet. Vi presenterte innsiktene i alle organisasjoner, noe som bidro til å skape viktige dialoger om de utfordringsbildet og vår felles prioriterte problemområde.

IDEFASEN (diamant 2) På bakgrunn av den felles valgte problemstillingen, ble det samskapt ideer til løsninger i digitale og fysiske workshops. Noen av ideene gikk vi videre og prototypet som mulige konkrete løsninger. Det ble besluttet at vi gikk videre med et helhetlig konsept for overganger som inneholdt delkonseptene/tiltakene «det første møtet», «felles kommunikasjonssystem» og «tillitsbyggerne». De blir beskrevet senere i denne rapporten.

EKSPERIMENTERINGSFASEN (diamant 3): Det ble gjennomført piloteringer av alle de tre delkonseptene som det helhetlige konseptet består av, og det kom fram mange viktige erfaringer vedrørende hva som er viktig for lykkens og hva som var utfordringer i

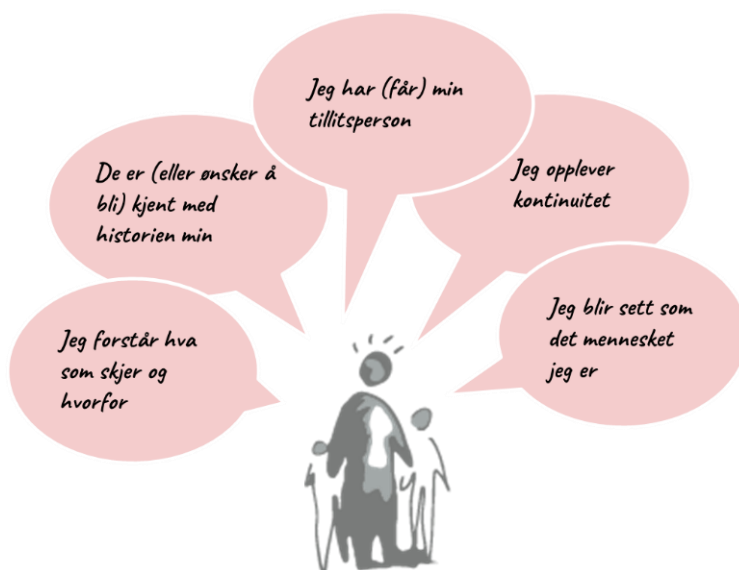
hver av organisasjonene. Det er beskrevet i sluttrapport hvordan tiltakene ble prøvd ut og evaluert, samt anbefalinger for veien videre.

Samskapte leveranser

Prosjektet utarbeidet to sluttleveranser: **Øyanemodellen for innovasjon** i helsefellesskap med felles pasienter, og **en helhetlig modell for overganger**. Vi gir her en kort beskrivelse av sluttleveransene, og verdiene vi ønsket å oppnå for felles brukere.

FELLES VERDIER VI PRØVER Å OPPNÅ

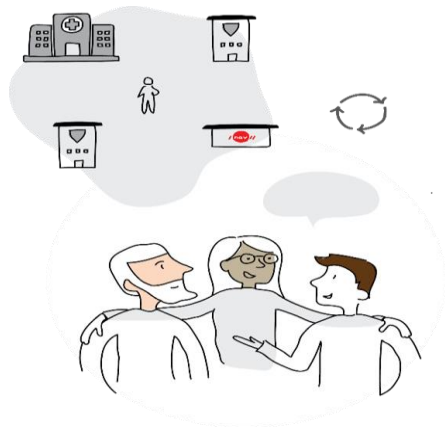
Verdier vi ønsket å oppnå for våre felles pasienter med den helhetlige modellen for overganger, var at brukeren skal oppleve at de forstår hva som skjer og hvorfor. At de møter tillitspersoner i behandlingssystemet, som er interessert i å bli kjent med deres historie. Brukeren skal oppleve å bli møtt som det hele mennesket de er, og at det er kontinuitet i tjenestene de mottar.



KONKRET TILTAK: TILLITSBYGGERNE

Tillitsbyggerne er en kompetanse- og kulturbyggende veiledningsarena som skal styrke ansattes forståelse og praktiske ferdigheter i å bygge tillit i samtale med brukerne, og mellom ansatte på tvers av organisasjoner.

Formål: Hovedmålet med tiltaket er å sikre brukerne en mer helhetlig opplevd tjenestekvalitet, og at brukerne får gode tillitspersoner uansett hvilke tjenester de møter.



Det vi gjør: Tiltaket har blitt utviklet og justert over tid, basert på tilbakemeldinger fra deltakere og organisasjonene. I 2025 er tiltaket organisert slik at vi holder 1 dags gruppesamling, der ansatte fra alle de fire organisasjonene møtes i grupper på tvers av roller og tjenester.

De får kunnskap om hva våre pasienter har fortalt de opplever som viktig for å ha tillit til hele tjenesteapparatet, basert på innsiktene fra StimuLab-prosjektet.

Gruppen er basert på dialoger og felles refleksjoner rundt hvordan de selv kan bidra til å skape helhetlige tjenester, gode overganger og realisere det som er viktig for felles brukere. Deltakerne blir på denne måten kjent med brukeres behov, mennesker i de ulike organisasjonene, og de ulike organisasjoners mandater, muligheter og begrensninger.

Deltakere (aktører): Fire personer fra hver organisasjon deltar, slik at det til sammen kommer inntil 16 personer. Hver gruppe drives av to fasilitatorer. Alle organisasjonene bidrar med personell som er fasilitatorer.

Sitater fra evaluering:

«Å delta på Tillitsbyggerne opplevdes meningsfullt. Det er en verdi i å høre på andre instanser sine synspunkter rundt ulike tema knyttet til brukerperspektivet, samt ha tid og rom til å reflektere over egen praksis. I en travel hverdag er det for lite tid til dette. Det var inspirerende å delta.»

«Jeg opplevde Tillitsbyggerne som;

- Et pusterom i en travel hverdag*
- En plass der man kan reflektere tverrfaglig og tverretattlig*
- Et sted der man kan få ny innsikt i andres (samarbeidspartneres) arbeidshverdag, og på den måten få større forståelse for hverandre.»*

Noen ledere har valgt å være fasilitatorer, og beskriver at de på denne måten skaffer seg unik og dyp innsikt i behov i organisasjonene slik at de kan bli bedre ledere og at deres enheter kan bli bedre i samarbeid med andre aktører

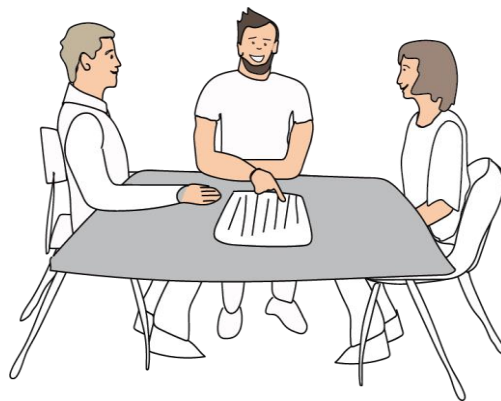
Beslutning: Øyane DPS har deltakelse på Tillitsbyggerne som et kompetansekrav og registreres i kompetanseportalen. Deltakelse er også godkjent som vedlikeholds aktivitet av Norsk Psykologforening.

Læring: For at deltakere skal få utbytte av dagen er det viktig at alle organisasjoner prioriterer å plukke ut/melde på deltakere, og at ledere setter krav til medarbeidere om at de skal delta.

KONKRET TILTAK: PASIENTENS MØTE

Bakgrunn: I innsiktsfasen hadde vi avdekket av pasientene følte at nødvendig informasjon om det som var viktig for dem, ikke kom med i overgangen til ny behandler. Dette kunne for eksempel være sentral informasjon om ferdigheter som pasient hadde tilegnet seg i behandling, som neste behandler kunne bygge videre på. Videre var det i epikriser ofte informasjon om kriser som pasient ikke ønsket skulle tas med videre. Pasienten hadde altså andre behov angående hvilken informasjon som skulle med i overføring enn det behandlere hadde praksis for å ta med i for eksempel epikriser.

Formål: PASIENTENS MØTE handlet om at behandler som skulle avslutte kontakt med pasienten først hadde dialog om hva pasient synes var viktig skulle fortelles videre til neste behandler og også hva som ikke skulle fortelles videre. Deretter skulle behandler arrangere et overføringsmøte sammen med pasient og ny behandler (i egen eller ny organisasjon) for å sikre at viktig informasjonen kom med, og ikke gikk tapt i overføringen.



Gjennomføring: Tiltaket ble prøvd ut mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste.

Evaluerings: Det var mulig og hensiktsmessig å gjennomføre PASIENTENS MØTE for pasienter med langvarig oppfølging, der personalet fikk tilstrekkelig tid til å arrangere disse møtene. Selv om dette møtet ble evaluert som nyttig og viktig for flere pasienter, og behandlere også evaluerte selve tiltaket som hensiktsmessig, ble det avdekket flere organisatoriske hindre som ikke gjorde det mulig å gjennomføre PASIENTENS MØTE for alle som kunne ha nytte av det. Grunnen var blant annet at pasienten ble avsluttet i en organisasjons datasystemer, før pasient var tatt inn i det nye systemet, og de praktiske rammene for å arrangere møtet ble for krevende for personalet. En del pasienter ønsket ikke slike møter, det var derfor viktig at det var pasienten ønske/behov som styrte om møtet ble avholdt eller ikke.

Beslutning: Tiltaket som ble utarbeidet ble iverksatt for en gruppe pasienter (psykoselidelser), mellom enheter innad i organisasjoner, samt mellom sykehus og kommuner, dersom pasienten selv ønsket det.

Endring/iterering: Etter en tid viste det seg at møtets intensjoner ble ivarettatt i den ordinære driften, og det ikke lenger var behov for et eget PASIENTENS MØTE.

Læring: En del organisatoriske barrierer, som inntaks og avslutningsrutiner, gjør det vanskelig å gjennomføre enkle tiltak som oppleves i tråd med hensiktsmessig behandling av behandlere og pasienter, og som kan gi stor verdi for pasienter.

IKKE REALISERT TILTAK: SAMSNARK

Bakgrunn: Vi manglet kommunikasjonsverktøy som var gode nok for felles dialoger. En aktør hadde tilgjengelig en mulig løsning for dette, og aktøren hadde vedtatt at denne skulle tas i bruk. Den måtte implementeres av alle aktører for å tilføre verdi som kommunikasjonsverktøy mellom aktørene.

Formål: Vi ønsket å implementere den tilgjengelige løsningen, dersom den passet i konteksten. Vi ønsket videre å løfte erfaringer til relevante utviklarmiljø i hver av

organisasjonene eller til leverandør av teknologien, dersom det var behov for forbedringer i teknologi/software

Gjennomføring: Vi prøvde ut løsningen for kommunikasjon med og rundt enkeltpasienter en pilot der spesialisthelsetjeneste og kommune deltok.

Evaluerings: Det viste seg at opplevelsen av gevinst av å ta i bruk den eksisterende teknologien var så lav, at hverken pasienter eller ansatte var motiverte til å ta i bruk teknologien. Teknologien opplevdes lite brukervennlig. Gjennom denne små-skala utprøvingen fikk vi avklart, og blitt enige om, at vi ikke skulle bruke tid og krefter på å iverksette den eksisterende løsningen. Selv om løsningen «på tegnebordet» virket å være en mulig løsning på et stort problem, viste det seg i utprøvingen at den hadde lav verdi for aktørene, og noen opplevde løsningen som et skritt bakover teknologimessig, og at den ville medføre belastning i og mellom organisasjonene dersom den ble implementert. Vi skapte enighet om forventninger for fremtiden, og felles forståelse for hvorfor teknologien ikke skulle tas i bruk.

Beslutning: Ingen implementerte den tilgjengelige teknologisk løsning. Aktøren som hadde vedtatt implementering av løsningen gikk bort fra dette vedtaket.

Læring: Kun teknologi som sikret tilstrekkelig gevinst for aktører som forventes å ta i bruk teknologien, bør innføres. Felles utprøving av samhandlingsverktøy med refleksjon rundt felles gevinst kan hindre iverksetting av løsninger som oppleves som bortkastet, sløsing, tungvint osv. **Å stoppe innovasjoner som ikke tilfører faktisk verdi er en viktig del av innovasjonsprosessen, og sentral for ansvarlig innovasjon** (Stilgoe et al., 2013). Det er derfor like viktig for oss å beskrive erfaringer med tiltak som ikke ble implementert, som tiltak som ble implementert.

ØYANE MODELLEN FOR INNOVASJON I HELSEFELLESSKAP

Øyane modellen for innovasjon er en samskapt modell for innovasjon som sikrer at pasienten er i fokus for innovasjon mellom likeverdige parter. Modellen ble utviklet av StimuLab prosjektgruppen på bakgrunn av de felles erfaringene vi gjorde oss i prosjektet.

Formålet med å lage modellen var å sikre at vi tok med læringen fra prosjektet, og sikre at videre utviklingsarbeid i vår lokale faglige helsefellesskap holdt seg til å ha pasienten i fokus når vi gjorde innovasjon mellom likeverdige parter. Modellen kan også brukes for å samskape andre helsefellesskap, eller interorganisatorisk innovasjon i tjenesteøkosystemer rundt felles brukere/pasienter.

Øyane modellen består av to elementer; prinsipper vi skal jobbe etter, og en prosess som beskriver hvordan vi skal jobbe med samskapende tverrsektoriell innovasjon.

Prinsipper for hvordan man arbeider sammen på tvers av organisasjoner; 1) å ta utgangspunkt i innsikt fra felles brukere, 2) å være likeverdige partnere, 3) å være samskapende hele veien og 4) og at prosessen være i bevegelse.

Prinsipper for hvordan man organiserer og leder prosessen i organisasjonene; 1) ledelse av innovasjon på tvers av organisasjoner, 2) enighet om felles utfordringer 3) organisering på tvers og i linje, 4) møteplasser for å skape felles kultur.

Når vi skal jobbe med innovasjon i Helsefellesskapet jobber vi i Øyane modellen etter noen felles prinsipper. Prinsipper for **hvordan vi skal jobbe**, og for hvordan vi skal **lede og organisere oss**.

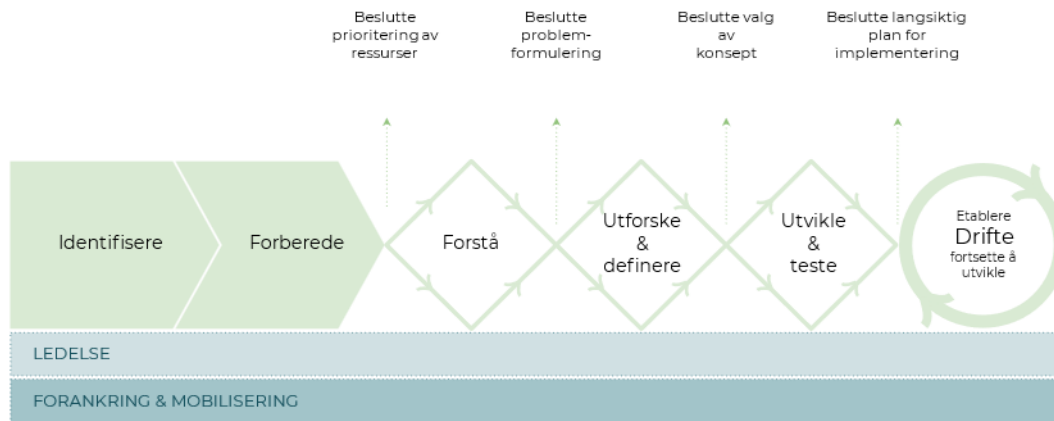


Øyane-modellens arbeidsprosess beskriver viktige faser. Først påpekes viktigheten av godt forarbeid for å sikre at alle problemene angår inviteres til deltakelse og forberedelse av prosjektet. Videre bygger modellen på «trippel diamanten» som er en innovativ design metodikk som StimuLab brukte i prosjektene. Mer informasjon om metodikken finner du på StimuLabs nettsider. <https://doga.no/aktiviteter/design-og-innovasjon/stimulab/arbeidsmetode-trippel-diamant/>

I bunnen av Øyane-modellen kan du se to linjer som visualiserer viktige fundament for å lykkes; 1) forankring i ledelse og 2) forankring og mobilisering av ressurser i organisasjonene. Videre er det lagt inn viktige punkter for å ta beslutninger sammen, som er transparente og tydelige. Der prioriterer aktørene sammen det som skal arbeides videre med basert på hva som gir størst gevinst for brukere og helsefellesskapet som helhet. Dette medfører at aktørene da samtidig velge bort andre forslag som har vært til vurdering. Dette har erfaringsmessig vært krevende, da det er mange gode forslag som det ikke er realistisk/mulig å satse på sammen.

ØYANEMODELLEN FOR INNOVASJON I HELSEFELLESSKAP

Slik går vi frem når vi skal løse nye utfordringer



Forklaring: Prosessen deles inn i faser der hver fase har sine aktiviteter og leveranser. Grunnleggende for alle fasene er at arbeidet ledes og forankres hensiktsmessig både i og på tvers av organisasjoner.

Prosessen beskrives stegvis. Hver fase inneholder viktige spørsmål vi må stille oss, suksessfaktorer for å lykkes og hvilke forventninger som stilles til ledere.

Øyane modellen for innovasjon kan brukes til lokal kontekstualisering av utfordringer der ulike organisasjoner ønsker å bli bedre på tjenester eller tilbud til felles brukere, som i helsefellesskap. Det er utarbeidet detaljert beskrivelse av hvordan Øyane-modellen kan brukes. Denne er publisert på Helse Bergens nettsider, under Øyane DPS/Samskaping i Vest, og kan benyttes fritt. Vi ønsker at modellen refereres til når den brukes. https://www.helse-bergen.no/4b01d0/siteassets/seksjon/oyane-dps/documents/oyane-modellen_21-12-22.pdf

Ekstern evaluering: PhD studenter ved doktorgradsprogrammet ANSVARLIG INNOVASJON OG REGIONAL UTVIKLING gjennomførte i 2021 en analyse av hvorvidt prosjektet tilfredsstilte krav til ansvarlig innovasjonsarbeid, som en del av doktorgradskurset «Ansvarlig Innovasjon». Prosjektet ble bedømt som ansvarlig, men samtidig fikk vi flere innspill til å hvordan vi kunne styrke prosessen, blant annet viktigheten av / behov for ytterligere forankring av prosess i noen av organisasjonene. Rapporten finnes på Helse Bergens nettsider.

Spredning av modell og erfaringer: Modellen kan spres til andre helsefellesskap. Den kan spres til andre grupper i helsefellesskap, som barn og unge eller eldre eller kronisk syke. Den kan også spres til andre geografiske områder. Modellen er gjort kjent i

kommunene, i samhandlingsutvalg i Helse Bergen/kommuner, Forskning og utviklingsavdeling i Helse Bergen og i Idemottak i Helse Bergen, ulike fora i NAV, og i kommunene.

Presentasjon: på StimuLab dagen [Stimulab-dagen 2022 | Digdir](#)

Konferanser: Erfaringer er fortalt om og presentert underveis til Helsedirektoratet, til arbeidsdirektoratet, konferanse for Relasjonell Velferd, i 2020 og i 2021, på NEON konferansen 2021, samt på Roundtable for Relational Coordination, i 2021, for statsforvalter i Vestland, for NAV.

Rapporten er sendt: NAPHA, Helsedirektoratet og Arbeidsdirektoratet og Norsk psykologforening som alle har vist interesse for prosessen tidligere, samt Agenda Magasin som laget et webinar knyttet til satsingene i Samskaping i Vest, som StimuLab er en del av. Sluttrapporten ble gjennomgått i Helse Vest sitt innovasjonsnettverk i februar 2022.

KVALITETSIKRING AV ØYANEMODELLEN

Bakgrunn: Utgangspunktet var et ønske om å kvalitetssikre den samskapte Øyane-modellen og undersøke om den faktisk bidrar til bedre tjenester for pasienter, medarbeidere og samarbeidspartnere.

Det vi gjorde: Klinikkdirektør Liv Åse Dybdal og programansvarlig for Samskaping i Vest, Trude Senneseth tok Executive kurset `Health Innovation Management Programme` ved Copenhagen Business School / Imperial Collage Business School høsten 2022. På kurset fikk vi mulighet til å presentere programmet Samskaping i vest og vår samskapte Øyane-modell.

Liv Åse Dybdal & Trude Senneseth

Challenge, CBS 2022

How to document gains of using a cocreated modell of innovation across organisations with joint users with data that communicates well, particularly towards those who supply the money

Based on work from "Co-creation in West" with collaborators

*Øyane DPS, Helse Bergen

*Labour and Welfare Organization, NAV Region West

*Askøy Municipality

*Øygarden Municipality

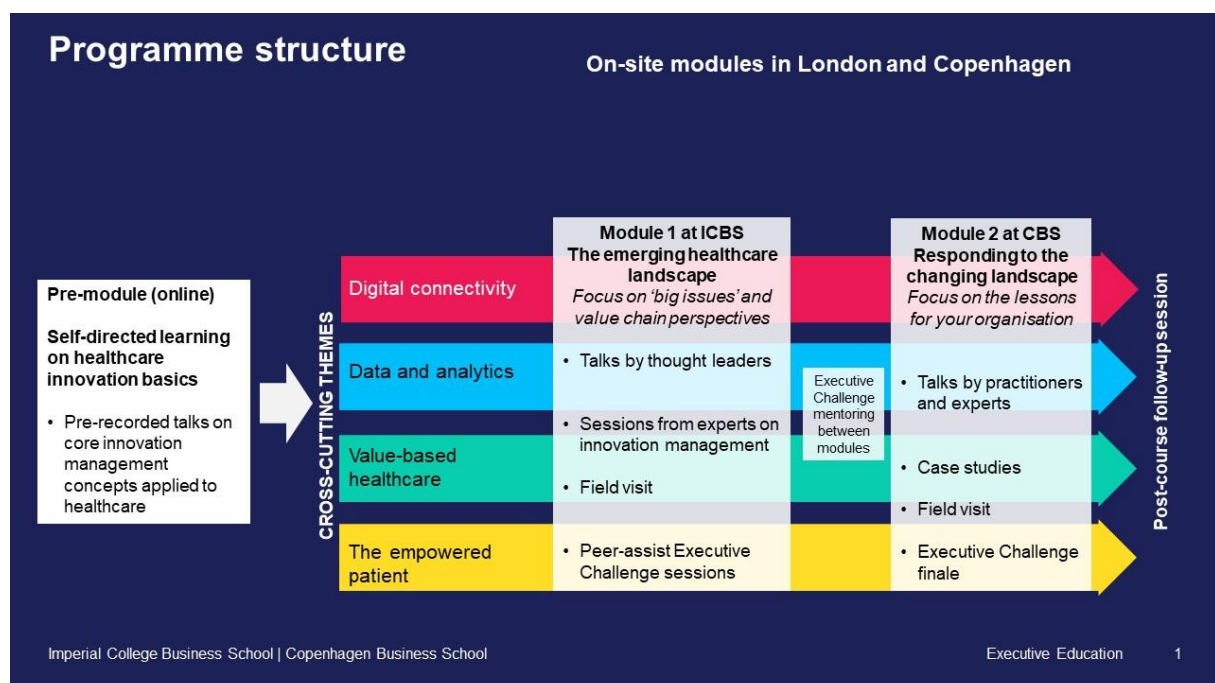
Det vi lærte: Gjennom programmet fikk vi nye perspektiver på hvordan innovasjon kan dokumenteres og måles på tvers av organisasjoner. Den internasjonale faggruppen vi samarbeidet med, ga oss viktige innspill til hvordan Øyane-modellen kan videreutvikles som en lærende modell for samskaping.

Vi ble særlig oppfordret til å bruke Quadrupel Aim som rammeverk for kvalitet og evaluering. Quadrupel Aim bygger på Institute for Healthcare Improvement (IHI) sin Triple Aim-modell, utviklet av Berwick, Nolan og Whittington (2008). Bodenheimer og Sinsky (2014) utvidet modellen til Quadruple Aim ved å inkludere et fjerde mål. Modellen brukes som styrings- og forbedringsramme i helsetjenesten for å sikre balanse mellom pasientopplevelse, befolkningshelse, ressursbruk og arbeidsglede.

Dette rammeverket ble brukt som utgangspunkt for å vurdere effekten av Øyane-modellen både for pasienter, befolkningen og fagmiljøene som deltar i Samskaping i Vest.

Videre arbeid

Dette ble et vendepunkt for hvordan vi tenker kvalitet og verdiskaping i Samskaping i Vest. Quadrupel Aim er vårt faglige «kompass» i videre utvikling og dokumentasjon av Øyane-modellen, og er viktig i vårt forbedrings- og læringsarbeid.



FRA STIMULAB OG IHELP 24/7 TIL SVINGDØRSPROSJEKTET

Det var en viktig innsikt som vi ikke kunne adressere i StimuLab prosjektet «Pasientens Helsetjeneste i et Helsefellesskap», på bakgrunn av at viktige aktører ikke hadde deltatt i prosjektet fra starten av. Utfordringen handlet om dårlige overganger fra regionalt sykehus til lokalt sykehus, eller til kommunene.



Utfordringene og behov som var kommet fram samsvarte i stor grad med beskrivelse av vinnerprosjektet «I HELP 24/7» fra Den store samhandlingsdagen.

Et nytt prosjekt ble derfor etablert for å ivareta den viktige felles utfordringen, og sikre at alle relevante aktører ble mobilisert fra start, slik at Øyane-modellens prinsipper om `deltakelse hele veien` ble ivaretatt. Prosjektet ble først kalt Storbrukerprosjektet, men ble hvert ble omdøpt til Svingdørsprosjektet. Prosjektet beskrives under.

SVINGDØRSPROSJEKTET

Samfunnsutfordring: I 2016 sto 10% av pasientene i psykisk helsevern for voksne for 76,6% av ressursbruken (Helsedirektoratet, 2018). Endel av svingdørspasienter fikk mange tjenester som de har lite nytte av, og som i noen tilfeller skadet pasientene. Dette kostet mye i tapt livskvalitet for enkeltmennesker, stor ressursbruk i helsetjenester som gav liten verdi for pasienter, og skapte frustrasjon og mistillit mellom aktørene. Totalt sett ble situasjonen vurdert som truende for bærekraften i tjenestene.

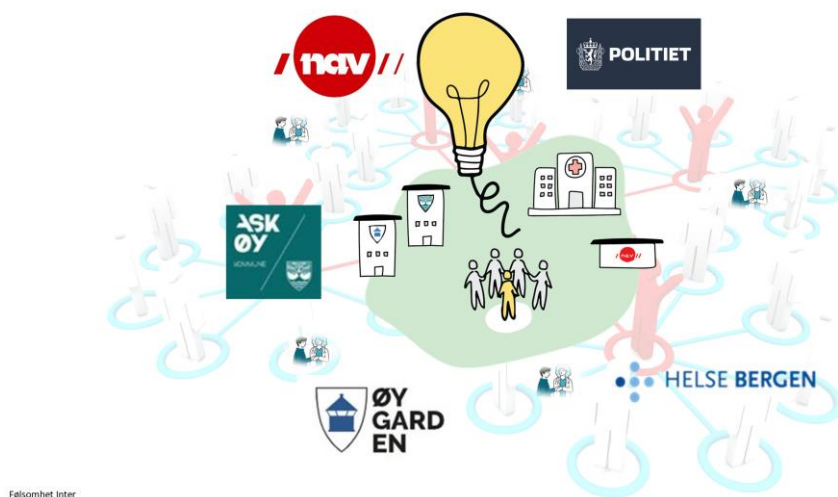
Beslutning om å starte: Basert på fremkomne opplysninger i StimuLab prosjektet om utfordringene nyttet til overføring fra regionalt sykehus til kommuner, samt ønske om å realisere intensjonene i vinnerforslaget Ihelp 24/7 fra Den Store Samhandlingsdagen, ble det enighet i DPS samhandlingsråd i 2021 om å samarbeide om etablering av et

tjenesteinnovasjonsprosjekt for å adressere dette. Svingdørsprosjektet ble registrert som et kvalitetssikringsprosjekt i eProtokoll, med et oppdragsdokument signert av klinikkdirektør ved DPS og seksjonsleder.

Prosjektetablering: DPS samhandlingsråd ble Styringsgruppe for prosjektet. Prosjekteiere var Liv Åse Dybdal, klinikkdirektør ved Øyane DPS og Knut Rypdal, seksjonsleder, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER). Prosjektleder var Mette Senneseth, forsker i Helse Bergen, SIFER

Formålet med svingdørsprosjektet var å skape et bedre, mer helhetlig og bærekraftig helsetilbud til personer med alvorlige psykisk lidelse og/eller rusbruk som hadde hyppige akuttinnleggelser i psykiatrisk akuttmottak (PAM). Med bedre mente vi behovsstyrt, god kvalitet og nyttig. Med helhetlig mente vi samhandlingsflyt og informasjonsflyt. Med bærekraftig mente vi god utnyttelse av ressurser og varige løsninger.

Mobilisering av aktører: Ved igangsetting av Svingdørsprosjektet ble det etablert en ny prosjektgruppe der alle relevante aktører i tjenesteøkosystemet fikk delta som likeverdige parter. Under er en illustrasjon av det nye tjenesteøkosystemet i Samskaping i Vest, der det skulle innoveres med fokus på felles pasientgruppe; pasienter med hyppige innleggelser som ikke opplevdes verdifulle.



Aktørene DPS, kommunene Askøy og Øygarden var fortsatt med. Nav var ikke med, da NAV ikke opplevde seg og være så sentral i for denne gruppen, i den fasen som skulle undersøkes. Nye aktører som ble mobilisert var Psykiatrisk Akuttmottak (PAM) ved Sandviken sykehus, Helse Bergen. De hadde en tredjelinje funksjon for pasienter i vår region. Videre viste det seg at politiet ofte var involvert, og de ble viktig aktør og deltaker i prosjektet. Deltakere Fra Nettverk for erfaringskompetanse var med i prosjektet hele

veien. Etter at relevante aktører var mobilisert som deltakere, ble det definert kriterier for hvem som skulle inkluderes i pasientgruppen `svingdørspasienter` som ble intervjuet for å skape dypere innsikt i hvordan utfordringene opplevdes fra pasienter / pårørende /bruker perspektiv.

Eksterne ressurser: Det ble søkt og innvilget støtte om kompetansetilførsel til gjennomføring av prosjekt med tjenstedesign fra InnoMed til prosjektet. Firmaet Bouvet var leverandør.

Det vi gjorde i `Svingdørsprosjektet`

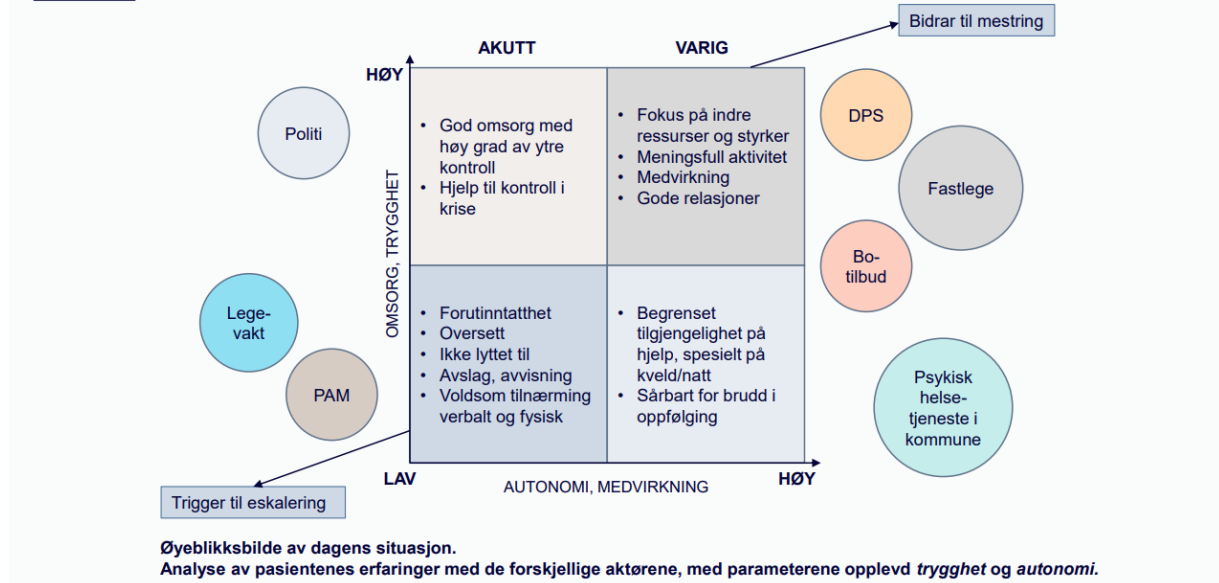
Modell for prosess og prinsipper i det innovative arbeidet: Den samskapte Øyane-modellen for tjenstedesign ble brukt i prosjektet, med en prosjektleder og ekstern fasilitator som opplevdes nøytral av partene. Modellen passet godt sammen med `Veiviser for innovasjon`, som InnoMed arbeidet etter.

Se nettside: <https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsverktøy/veikart-for-tjenesteinnovasjon/>

Hva vi gjorde: Vi intervjuet pasienter, pårørende og ansatte i ulike tjenester om hvordan tjenester (eller mangel på tjenester) ble opplevd. På denne bakgrunn ble det utarbeidet en felles problembeskrivelse. Denne ble visualisert som en AKUTTLOOP, som viste tjenester som ble gitt i løpet av en 24 timers periode. Det ble her beskrevet hvordan pasienten opplevde hver av tjeneste (delene) og alle tjenestene i sum (systemisk helhet).

Nytt samskapt utfordringsbilde: Gjennom innsiktsfasen i tjenstedesignprosjektet fant vi at pasientene fikk det dårligere, og opplevde at de ble skadet av tjenestene de fikk i løpet av den beskrevne AKUTTLOOPEN. Tjenestene kostet mye ressurser for organisasjonene, blant annet materielle, økonomiske, personell og emosjonelle ressurser. De mange involverte medarbeidere opplevde det krevende at de ikke hadde et sted å henvise pasientene til, opplevelse av å være alene med beslutninger og ansvar, og frykt for død.

As is: Pasientenes opplevelse av autonomi og trygghet varierer i møte med de ulike aktørene



Figur fra Svingdørsprosjektet: Pasientens opplevelse av autonomi og trygghet i møte med ulike aktører

Dynamikker mellom aktørene: Akuttloopen viste at rutiner (institusjonelle krav/praksiser) skapte et driv mot eskalering / videre-henvisning til nye vurderinger som ikke opplevdes nyttige for pasientene. Aktørene beskrev at det var særlig belastende når det var forskjellig oppfattelse av hva som var rett å gjøre mellom aktørene.

Beslutning om veivalg i videre arbeid: Basert på innsiktene i Svingdørsprosjektet ble det klargjort tre mulige spor for videre arbeid; pasientspor, systemspor eller kommunikasjons og teknologispør. Vi valgte i fellesskap å ha hovedfokus på pasientsporet videre i prosjektet.

Les innsiktsrapporten her: <https://innomed.no/sites/default/files/2022-06/Innsiktsrapport%20Helse%20Bergen%20alvorlige%20psykiske%20lidelser.pdf>

Samskapte leveranser

Gjennom Svingdørsprosjektet ble det utviklet og etablert en ny tverretattlig tjeneste som ble kalt MULI-tjenesten, og utviklet en digital applikasjon MULI-APP.

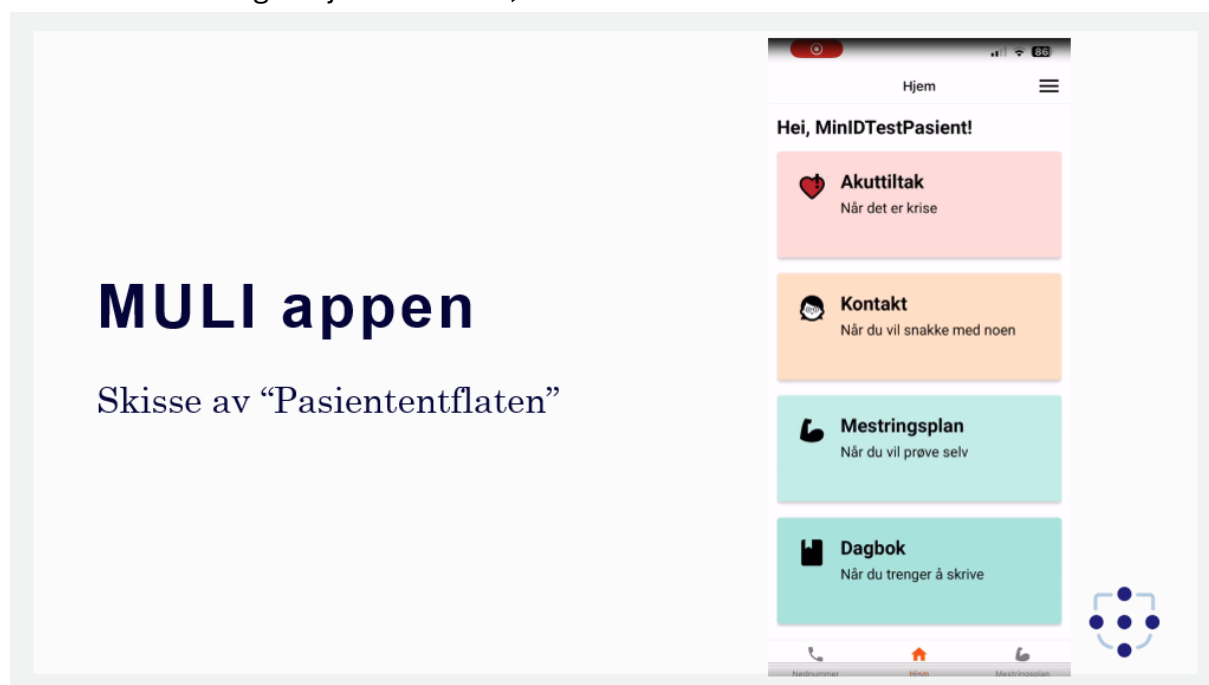
Formålet var å skape kvalitativt gode tjenester for `svingdørspasienter`. God kvalitet er definert av Helsedirektoratet (Hdir, 2018) med tiltak som er: - er virkningsfulle - er trygge og sikre - involverer brukere og gir dem innflytelse - er samordnet og preget av kontinuitet - utnytter ressursene på en god måte - er tilgjengelige og rettferdig fordel.

MULI tjenesten

MULI tjenesten er en helhetlig, sammenhengende og samskapt tverretattlig tjeneste for personer som nylig har hyppige akuttinnleggelser i psykiatrisk akuttmottak (PAM). Hyppige innleggelser ble definert som tre eller flere innleggelser siste 12 måneder. Tjenesten heter «MULI» fordi den skal finne nye muligheter for pasienter som ikke har fått den hjelpen de trenger. Tjenesten består av tre deler: et tverretattlig koordinerende samhandlingsteam (MULI-teamet), en forsterket oppfølging ved kommune- og spesialisthelsetjeneste, og en mobil-app som sikrer pasienten kontakt med helsepersonell utenom kontortid (MULI-appen).

MULI APP

I forbindelse med arbeidet med å utarbeide nye tjenester til svingdørspasienter fikk Svingdørsprosjektet tildelt innovasjonsmidler fra Høgskulen på Vestlandet (HVL) til utarbeidelse av digital tjenestestøtte, til MULI APP`en.



Ekstern leverandør: YOUWELL var ekstern leverandør som bidro til utvikling av en app løsning som skulle bidra til øket tilgjengelighet og nytte i tjenestetilbudet.

Evaluerings av kvalitet: Når det gjelder kvalitet i helsetjenesten, så erfarte tjenestene at samhandlingen og tiltakene var virkningsfulle, med tanke på stabiliserte behandlingsforløp med færre innleggelser. I fem av seks saker gikk antall innleggelser ned. Det ble diskutert at tiltakene var behovsstyrte og dermed traff pasientens behov godt. Tjenestene opplevde at det var mindre dramatisk rundt behandlingsforløp og innleggelser, og at dette ble opplevd mer trygt og sikkert. Det har vært et fokus i tjenesten å involvere brukerne og gi dem innflytelse. Dette har vi fått til i de fleste sakene.

Når vi ikke har lyktes med dette, har vi opplevd at pasienten mister tillit og trekker sitt samtykke til videre tiltak gjennom Muli. Dette har skjedd to ganger.

Tjenestene opplever at kontinuiteten sikres gjennom ukentlige samhandlingsmøter Muli-teamet og at tjenestene fremstår mer samordnet gjennom Muli. Man utnytter dermed ressursene mer effektivt. Det brukes mer ressurser nærmest pasienten, i kommunen og i poliklinikken. Dermed sparer man sykehuset for en del innleggelser. Man opplever at hjelpen til brukerne er mer tilgjengelig og at dette kan forebygge og de-eskalere situasjoner, samt at man er mer opptatt av å ikke avvise pasienten.

Videreføring og spredning av MULI modellen i SAMSKAPING I VEST 2.0

MULI modellen re-brukes videre for en ny gruppe innbyggere med behov for tett oppfølging; unge som utøver vold, og som det kreves tett samarbeid om for å håndteres på en hensiktsmessig og sammenhengende måte. Fra 2024, og sentralt i Samskaping i Vest 2.0 utvikles nå et større prosjekt kalt MULI vold.

Forskning på MULI Tjenesten

Det forskes både på effekten av selve MULI tjenesten og på den digitale helsetjenesteløsningen i MULI.

PhD Studie på «Utvikling og evaluering av ny digital helsetjenesteløsning for svingdørspasienter: en mixed methods studie» (2023-2027).

Ph.d. studien springer ut fra «Svingdørsprosjektet»; et forskningsdrevet innovasjonsprosjekt og et samarbeid mellom Helse Bergen, Askøy og Øygarden kommuner og Høgskulen på Vestlandet (HVL). Svingdørsprosjektets mål er å utvikle en bedre helsetjenesteløsning som er tilpasset svingdørspasientenes faktiske behov for tjenester, slik at de unngår gjentatte og hyppige innleggelser i psykiatrisk akuttmottak. Gjennom de innledende fasene er det samlet inn svært nyttig innsikt fra pasienter, pårørende, ansatte og ledere i de ulike organisasjonene. På bakgrunn av dette er prosjektet i gang med å utvikle en digital helsetjenesteløsning for denne gruppen.

Phd studien tar sikte på å involvere aktuelle brukere i utviklingen, piloteringen og evalueringen av dette digitale verktøyet. Studien vil benytte blandede metoder. Brukere (pasienter, pårørende, ansatte) vil bli invitert til individuelle intervju, fokusgruppeintervjuer og til å svare på spørreskjema.

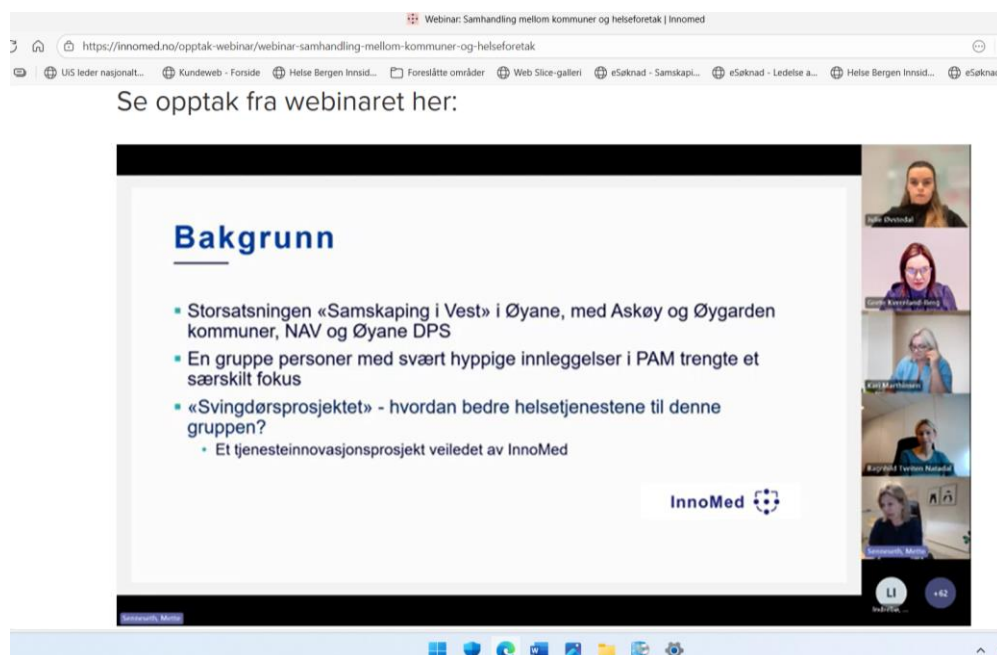
Forsknings prosjektet «**Evaluering av nytte og anvendbarhet av den nye Multi-tjenesten for svingdørspasienter**» (2024-2029) av prosjektleder Mette Senneseth, og PhD student Ane Bueland, ved Høgskolen på Vestlandet (HVL).

Den foreliggende studien er en del av "Svingdørsprosjektet" som er et samarbeid mellom Askøy og Øygarden kommuner, Øyane DPS, AFR, Psykiatrisk Akuttmottak, og Kompetansesenteret SIFER i Helse Bergen. Målet med denne studien er å undersøke 1) pasientenes behov for og opplevde nytte av den nye MULI tjenesten, 2) pårørendes erfaring og 3) ansattes erfaring og deres relasjonelle kapasitet (samarbeidskvalitet). Studien vil benytte både kvalitative og kvantitative metoder.

Se webinar om Svingdørsprosjektet og utvikling av MULI tjenesten

Resultater er spredt på konferanser og webinarer, som for eksempel

[Webinar: Samhandling mellom kommuner og helseforetak | Innomed](https://innomed.no/opptak-webinar/webinar-samhandling-mellom-kommuner-og-helseforetak)



FELLES KOMPETANSEHEVING OM VOLD

Utfordring: I DPS-rådet i september 2023 meldte politiet om en økning i bruk av narkotika blant unge, samt en tydelig vekst i antall psykiatri-relaterte oppdrag. Politiet uttrykte særlig bekymring for utviklingen etter lovendringen i 2017. Kommunene beskrev at de sto overfor store utfordringer knyttet til personer som er svært vanskelig å hjelpe, som utøver vold, og som ofte faller mellom ulike hjelpetjenester.

Det vi gjorde: Kommunene og DPS deltok sammen på digital konferanse med kompetanseheving på vold, om pasientgruppen «De særskilt vanskelige». Arrangør Fagfokus.

Utfordring: I 2023 kommuniserte både politiet og Øygarden kommune i DPS råd at det var en oppblomstring av vold i ungdomsmiljø. På samme tid ble det publisert UKOM rapport etter Kongsbergdrapene, om helsehjelp til de særskilt vanskelige. Denne ble lagt frem i DPS råd. Vi drøftet felles problemstillingen om hvordan vi kan gi bedre hjelp til denne gruppen.

Beslutning: DPS skal jobbe videre med denne problemstillingen.

Prosjektetablering: Prosjektleder Hege Sulen Lindtner, ved FACT teamet.

Det vi gjorde: Det ble igangsatt en felles kompetansehevingsinnsats, arrangert av KORUS, med mål om å styrke kunnskapen om håndtering av rus og vold, samt bidra til styrket samhandling mellom aktørene, 60 fra vår region deltok i denne opplæringen.

Utfordring: I 2024 rapporterte politiet til DPS-rådet om alvorlige hendelser, inkludert drap og flere tilfeller der både vold og våpen var involvert. Dette ble vurdert som en eskalering av alvorlige hendelser i regionen.

Beslutning: Det ble besluttet å teste ut bruk MULI-modellen som metode for å håndtere gruppen «De særskilt vanskelige» på en mer helhetlig måte. Prosjektet videreføres som en del av Samskaping i Vest 2.0, og har utviklet seg til prosjektet MULI VOLD.

FACT: LOKAL TILPASSING BASERT PÅ ØYANEMODELLEN

Nasjonalt satset det stort på modellen Flexible Assertive Community Teams (FACT-team).

Utfordring: Det viste seg at modellen var implementert forskjellig i de to kommunene. På Askøy var teamet iverksatt med utgangspunkt i kommunal kontekst, i Øygarden var teamet implementert ved DPS. Det var blant annet krevende for personalet på sykehuset å forstå hvilke forventninger de skulle innfri overfor de forskjellige kommunene, og for kommunene ble det vanskelig å vurdere om tilbudet var likeverdig.

Beslutning om å starte: Det ble besluttet at vi skulle bruke Øyane-modellen for å skape en felles forståelse for hvordan vi ville tilpasse FACT lokalt i vår region.

Mobilisering av deltakere: Prosjektgruppen bestod av relevante ledere i DPS og i kommunale psykisk helse og rus-tjenester. Møtene i prosjektgruppen ble fasilitert av programansvarlig i Samskaping i Vest.

Det vi gjorde: Det ble gjennomført workshops med ansatte der vi identifiserte erfaringer med FACT, hva som fungerte bra og hvilke utfordringer som fantes, og erfaringer fra regionale FACT nettverk ble benyttet i innsiktsfasen i prosjektet.

Lokal beskrivelse av utfordringer: Det var endel ulike oppfattelser av ord og begreper som ble brukt i organisasjonene, som vi først skjønnte når vi hadde begynt å diskutere dette sammen. Et godt eksempel er det mange betydninger av forventninger til ordet PLAN. Behandlingsplan, mestringsplan, kriseplan osv. har forskjellig betydning og dermed forskjellige forventninger til seg i de ulike kontekstene.

Det vi gjorde: vi hadde dialoger og skapte avklaringer slik at forventningen på tvers ble identifisert og samkjørt, på tvers av de tre organisasjonene. Det ble arbeidet med å kutte det som opplevdes som unødvendig byråkrati rundt planene for oppfølging, og fokusert på hva som var hensikt og viktigst for å få en plan til å fungere i praksis, for pasient og for behandlere. Dette resonerte med læring fra «Pasientens helsetjeneste i et helsefellesskap» og mange av innsiktene derfra kunne rebrukes. Videre ble det diskutert hvordan man skulle kommunisere for eksempel på tavlemøter, og det ble gjort felles prioriteringer.

Hva har vi oppnådd: Vi har fått tydeligere avklaringer mellom oss, og skapt felles forståelser og forventninger. Vi ser videre på modellen og har søkt om og startet opp et forprosjekt for å se på utviding av FACT. En av kommunene har også søkt FACT ung og FACT eldre.

Læring: Det er viktig å avklare forventninger mellom oss for å skape tillitt og godt samarbeid. Det tar tid å identifisere feile forventninger fordi ord som er like har forskjellig betydning i ulike kontekster, og noen ganger er forventninger så implisitte (tatt som en selvfølge vi ikke engang er bevisst), at det kreves en dialog for å avdekke dette. Det er også prosesser knyttet til å akseptere at man må endre seg selv og egne forventninger noen ganger.

IPS OG IPS RESSURSMILJØ

IPS (Individual Placement and Support) eller individuell jobbstøtte på norsk, er en kunnskapsbasert tilnærming til arbeidsrehabilitering for menneske med alvorlige psykiske lidelser. Tilnærmingen er systematisk og integrert med behandlingstilbudet som blir gitt fra helsetjenesten. Målsettingen er å skaffe vanlig lønnet arbeid til pasienten.

IPS tjenesten på Øyane DPS ble etablert i 2018. Teamet består av tre jobbspesialister integrerte i Allmennpoliklinikk og FACT.

Bakgrunn for etableringen av IPS ressursmiljø var at Øyane DPS, NAV Askøy og NAV Øygarden, og kommunene Øygarden og Askøy de siste årene hadde bygget opp og utvidet et stabilt og godt forankret IPS tilbud både i kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenesten.

Regionen ønsket å videreutvikle kompetanse for å integrere arbeid som del av helsehjelpen, både for å få dette bedre til lokalt og være inspirasjon utenfor egen region.

Beslutning: Det ble besluttet å søke om å bli ressursmiljø i vest. IPS Ressursmiljø i Vest ble etablert i oktober 2023.

Prosjektetablering: Prosjektledere: Anne Fimreite Paulsen, IPS Utviklingskoordinator ved Øyane DPS, Ingvild Viken, IPS Utviklingskoordinator ved Askøy kommune. Styringsgruppe: Liv Åse Dybdal, Klinikkdirektør Øyane DPS, Therese Helgesen, leder Rus og psykisk helse Øygarden kommune, Inger Jørgensen, leder Rus og psykisk helse Askøy kommune (Origo), Helga B Torgersen, leier NAV region vest, Nina Andersen, leier NAV Øygarden.

Det vi gjorde: Ressurspersonene arbeider med å styrke samarbeidet mellom kommunehelsetjenester, spesialisthelsetjenester og NAV. Det er fokus på å øke kunnskap og kompetanse for nye og etablerte tjenester. Ressursmiljøet arbeider integrert i tjenestene for å utvikle og føre videre gode løsninger med fokus på arbeid og utdanning som en del av behandlingen.

Arbeids- og utdanningsspesialist: I 2024 fikk Øyane DPS og Ressursmiljøet i Vest nye midler fra Helsedirektoratet til å etablere en Arbeids- og utdanningsspesialist (AUS)-stilling i FACT-team. AUS-stillinga jobbar miljøterapeutisk med ekstra fokus på arbeid, utdanning og aktivitet.

Forskning og utvikling: Øyane DPS deltar i nasjonal forskning på AUS-stillinger.

Utbytte: IPS Ressursmiljøet i Vest har bidratt til å styrke samhandlingen mellom NAV, kommunehelsetjenester og spesialisthelsetjenesten. Gjennom ressursmiljøet har flere pasienter fått mulighet til å kombinere helsehjelp med arbeid og utdanning, noe som har fremmet mestring, håp og livskvalitet. Samtidig har ressursmiljøet spredt kunnskap om IPS-metodikken i regionen og bidratt til å heve kompetansen hos ansatte på tvers av nivåer. Etableringen av en egen arbeids- og utdanningsspesialist (AUS) har styrket fagmiljøet ytterligere, ved å bygge spesialisert kompetanse inn i FACT-teamet. Øyane DPS deltar også i nasjonal forskning på AUS-stillinger, noe som gir tilgang til ny kunnskap og systematisk læring.

Læring: En sentral læring er at arbeid og utdanning bør integreres som en naturlig del av behandlingstilbudet for personer med psykiske helseutfordringer. Erfaringene viser at tett samarbeid mellom helsetjenester og NAV skaper mer helhetlige pasientforløp og reduserer fragmentering. Videre fremstår dedikerte roller, som arbeids- og utdanningsspesialist, som avgjørende for å sikre varig forankring og videreutvikling av IPS-tilnærmingen. Kontinuerlig evaluering gjennom forskning bidrar til å styrke kvaliteten på tjenestene og gir et solid grunnlag for videre forbedring.

DATA PÅ TVERS- EN ITERATIV PROSESS SOM MÅ FORTSETTE

Utfordring: Kommunikasjon mellom organisasjoner var krevende. Det var vanskelig å vite hva de ulike organisasjonene trengte fra hverandre av informasjon, for å unngå at pasienter ble stående i gap og mellomrom mellom organisasjoner. For eksempel opplevde vi at pasienter ble vurdert som for friske til å få behandling på DPS og for syke for oppfølging i kommune. Manglende felles forståelse av hvor grensesnitt nå gjenspeilte seg i kommunikasjons på tvers, der det var krevende å finne velfungerende maler på henvisninger, på epikriser og på forståelse av hvordan vi kunne tette gap mellom organisasjoner ved å bedre kunne forstå hva som var «innenfor» og «utenfor» hver organisasjon sine opplevde mandater. I 2019 startet arbeidet med å prøve å finne måter å kommunisere bedre på tvers av organisasjoner.

Formål: Vi ønsket å utforske måter å kommunisere bedre på tvers av organisasjoner slik at vi bedre kunne forstå hverandre, og tette gap og mellomrom mellom organisasjoner med mål om å gi helhetlig og kvalitativt god behandling eller annen nødvendig oppfølging.

Beslutning: Vi ville utforske ulike måter å forstå hvordan vi kunne forstå og håndtere verdi og grensesnitt på tvers av organisasjoner fra et praktisk-akademisk utgangspunkt.

Prosjektetablering: Vi etablerte i 2023 en gruppe som skulle se på mulighet og behov for å skape en meningsfull datatavle for «data på tvers» for å se om vi kunne finne ut noen data som gav mening å kommunisere på tvers av organisasjonene.

Det vi gjorde: Først stilte vi oss spørsmålet: Hva ønsker vi å vite om hverandre? Denne dialogen deltok alle organisasjonene i. Når det gjaldt pasienter, ønsket vi særlig innsikt i prosessene rundt innsøking, inntak, avvisning, avslutning og sykemeldinger i de ulike organisasjonene. Dette behovet oppstod i kjølvannet av ferske erfaringer fra pandemien, som hadde ført til raske og uforutsigbare kapasitetsendringer. Det var derfor også et tydelig ønske om å kunne identifisere slike endringer tidlig og handle raskt.

NAV presenterte tall blant annet på totalsituasjonen i regionen med tanke på helseutfordringer, sykemeldinger, uføre statistikker, framskrivninger osv. Demografi og framskrivninger skilte seg fra Bergen kommune, som var den største kommunen i området, og som mye var fokusert ut fra. Det ble uttrykt nytte og behov for å kommunisere om og å forstå egen regional/lokal kontekst bedre.

Beslutning: Vi laget en liten prosjekt-gruppe som kunne samle erfaringer med å skape en liten data-tavle på tvers med få variabler. På bakgrunn av erfaringene skulle vi se etter hvert om flere variabler kunne knyttes til.

Prosjektetablering: Vi startet en pilot gruppe for å etablere en «Datatavle på tvers». Der ble Inger Jørgensen fra Origo Askøy med for å få med kommuneperspektivet, fra Samskaping i Vest ble Trude Senneseth med, for teknisk/datafaglig kompetanse ble dataingeniør Arkadi Danilov med.

Formålet med «Data på tvers» var å fremme bedre innsikt på tvers av tjenester, med hensikt om å skape oversikt over status, kvalitet på tjenester, ressursbruk og identifisering av endringer i behov.

Læring: Prosjektet identifiserte mange hindre. Det var krevende å lage en samlet oversikt over hvilke data som fantes, hvor de lå, og hvordan de var definert, hvilken betydning de hadde i organisasjonene og hvordan de kunne samles til en felles datatavle.

Spesielt bød det på utfordringer at **likt språk hadde forskjellig meningsinnhold** på tvers av organisasjoner, og var svært spesifikt knyttet til ulike institusjonelle rammer i de ulike organisasjonene: Det som ble kalt «inntak» og «ventetid» i en organisasjon hadde en spesifikk betydning i forhold til å forvalte rutiner og lovverk. I en annen organisasjon hadde samme ordet en annen betydning og var knyttet til andre kriterier. Altså hadde sentrale begrep som «ventetid» «inntak» «avslutning» «behandlingsplan» ulik definisjon og institusjonell betydning, og ble forstått ulikt mellom tjenester. Dette gjorde at tallene vi hadde identifisert til disse begrepene var vanskelige å bruke på tvers av organisasjonene. Ulik begrepsinnhold i samme ord skapte misforståelser og ulik rapportering, og sammenligninger ble relativt meningsløse. I noen tilfeller ble sammenligningene direkte misvisende.

Teknologien ble for tung: Avanserte løsninger krevde integrasjoner, lisenser og godkjenninger som tok tid. Resultatet ble manuelle løsninger i Excel og SharePoint. Uten felles dataplattform ble datatilgang krevende, og leverandørlisenser og kostnader ble barrierer.

Sikkerhets- og personvernshindre: Høye krav til anonymisering og tilgang til sikkerhetssoner gjorde det umulig å hente helsedata i standardformater. Dette var veldig tungvint, og hindret raske oppdateringer.

Utbytte: Alle utfordringene gjorde at vi fikk dyp kontekst-spesifikk forståelse for hvor krevende det er å skulle skape en datatavle, da data må ha en spesifikk og like betydning på tvers av organisasjonsgrenser for å gi verdi.

Litt tøysete sagt, vi risikerte å identifisere / sammenligne «epler» i en organisasjon med «appelsiner» i en annen organisasjon med «pærer» i en tredje organisasjon, men at alle trodde vi sammenlignet det samme siden vi kalte alle data for «frukt» (som inntak, avvisning, ventetid osv).

Siden hvert ord hadde ulik institusjonell betydning, er dette et like stort problem som det datatekniske med tanke på å bruke tall/kategorier til å kommunisere på tvers av organisasjoner.

Oppsummert så klarte vi ikke i perioden å etablere en datatavle med funksjonen å kommunisere på tvers gjeldende innsøking, ventetid, avslutning, eller som gav et dynamisk bilde av status og kapasitet i organisasjonene. Men vi lærte mye om betydning og tilkortkommenhet av data på tvers.

Læring: En datatavle er ikke bare en teknologisk og GDPR messig utfordring, men krever også at fire organisasjoner sine ulike tolkninger og innhold i begreper må forstås. Dersom vi ikke sikrer dette, kan data ha lav verdi som kommunikasjonsverktøy. Vi er aller mest bekymret for at data kan bli brukt på måter som blir direkte misvisende for noen av aktørene på bekostning av andre aktører. Dersom en aktørs forståelse blir dominant uten evne til å forstå et ords innholdet ikke er gyldig eller har sammen mening, i en annen organisasjon eller institusjonell setting.

Vi vurderer det slik at dersom vi skal lykkes med data tavle som gir verdi i forhold til å skape en dynamisk forståelse av kapasitet hos de ulike aktører i regionen, og videre ha verdi som verktøy for fremskriving, så må vi sikre at alle aktører bidrar med data som reelt sett er mulig å oversette og forstå mellom de ulike kontekster.

Det er derfor svært viktig med dialoger og refleksivitet knyttet til all bruk av data på tvers av organisasjoner. Kun på denne måten kan måldata gi verdi på tvers av organisasjonene, og brukes som strategisk verktøy. Så lenge inntak, ventetid, avvisning, avslutning osv har forskjellig betydning i de ulike organisasjonene, så er det begrenset verdi å samle det i en tavle, da må det i hvert fall oversettes hvilken betydning det har for de ulike aktørene.

Veien videre: I Samskaping i Vest 2.0 fikk vi i 2025 hjelp av samfunnskybernetikere til å vurdere grunnlag for datatavle i 2025. Dette blir beskrevet videre i Samskaping i Vest 2.0.

SAMARBEID MED PRIVATE LEVERANDØRER

Det har vært avgjørende å samarbeide med private aktører for å få tilgang til nye måter å gjøre ting på. På denne måten har vi fått tilgang på nye verktøy, nye måter å gjøre ting på og nye måter å forstå ting på. Vi kunne ikke gjennomført innovasjonsarbeidet vårt uten eksterne leverandører.

Vi har imidlertid også gjort oss verdifulle erfaringer, som vi mener er viktige for at offentlige organisasjoner skal kunne beholde styring i prosjekter. Når vi opplever at vi er avhengige av eksterne leverandører, som er eksperter på et produkt, blir vi også sårbare fordi vi ikke alltid vet *hva de* er eksperter på og *hva vi* er eksperter på. Leverandører er gjerne eksperter på metodikken sin eller produktet sitt. Vi er eksperter på våre organisasjoners kapasiteter.

Men vi eksterne leverandører strever med å skjønne og å forholde seg til den dype prosess det er med samskaping mellom fire selvstendige likeverdige organisasjoner. Deri mangler kanskje den dype forståelse for at prosjekter noen ganger tar den tid det tar, og ikke det en prosjektgruppe planlegger på forhånd hvordan prosesser utvikler seg temporalt.

Vi lister opp noen viktige læringspunkter for oss.

Erfaringer med personvern i avtaler med nye leverandører

I prosjekter med private har det vært omfattende arbeid knyttet til personvern. Det har vært krevende prosesser innad i Helse Bergen å få hjelp til avklaringer, og det har opplevdes tungvint, og hjelpen har vært lite klargjørende for hjelp til beslutningstaking. Det ble flere ganger uttalt at det ikke er kapasitet til å bidra, og at personvernombudet sin oppgave er å få mest mulig refleksjon og mulige farer belyst. Ikke til å ta beslutninger.

Dette står i kontrast til for eksempel Høgskulen på Vestlandet sitt personvernombud som uttalte tolkning av sin rolle som å gi best mulig refleksjon og undersøkelse av personvernutfordringer slik at forskere og studenter så raskt som mulig kunne få så kvalitativt gode vurdering og avklaringer som mulig med mål om å sikre trygge valg i personvernsanliggende. Kommunale aktører hadde på samme måte en raskere og tydeligere prosess med avklaringer og hjelp til beslutningstaking.

Samskapingsprosesser krever fleksibilitet i tempo

Når vi hadde inne private leverandører, så hadde prosjekter definerte tidsrammer og fremdriftsplaner. Når vi var fire selvstyrte organisasjoner som, i ulikt tempo klarte forankring og fremdrift i innovasjons og utviklingsprosesser, så truet dette private leverandører sine fremdriftsplaner.

For å sikre framdrift og forankring så var det ikke sjeldent at det var krevende for en av de fire partene. Da måtte dette hensyntas for å sikre at alle kunne følge med prosessen

videre. Grunner kunne være Covid med nedstenging av tjenester, eller at avdelinger var hardt rammet / presset av sykemeldinger/omorganiseringer, eller andre eksterne eller interne faktorer.

Erfaring: Vi ble noen ganger stående i krysspress mellom å følge fremdriftsplan eller å klare å holde alle partene om bord. Ikke sjeldent er det den parten som er viktigst å få med, den som må arbeidet hardest for å forankre godt, og «få alle mann om bord». Det vil si at forankringsprosessen er essensiell for å skape nødvendig verdi.

Vi opplevde til tider at private leverandører presset prosjekter for å holde sine fremdriftsplaner, på bekostning av det som vi anså som mest verdifullt, nemlig å sikre forankring og at alle skulle være med på de delene av prosessene som det var behov for. Vi fikk etter hvert velutviklet kompetanse og evne til å stå samlet og ikke la oss presse tempomessig eller retningsmessig av private leverandører.

Læring: Dette er viktig å diskutere fleksibilitet ved inngåelse av kontrakter, slik at vi sikrer at vi når hovedmålene våre med prosessene som settes i gang. Planer må kunne ha fleksibilitet i forhold til tempo og retning, slik at dette støttes. Vi er derfor avhengige av å velge leverandører som tåler fleksibilitet og justeringer.

Leverandørers analyser er ikke den hele sannheten

Leverandørers svar på analyser av våre organisasjoners behov er oftest at våre organisasjonen trenger mer av den konkrete leverandøren. Det er oftest dette deres business-modell bygger på.

Erfaring: Svaret fra leverandørs analyse kan være rett, men trenger ikke være det rette svaret. Det kan være vi trenger noe annet enn det som leverandør ser, eller velger å fortelle dersom det ikke bidrar til leverandørs bunnlinje.

Læring: Det er viktig med sterke offentlige aktører som er i stand til å være tydelig på sine behov. På denne måten kan vi sikre at ulike leverandører leverer verdi som tette samarbeidsparter, men å ha mange leverandører slik at man selv er i stand til å danne et riktig bilde av behov til enhver tid. Dette er vi som offentlige aktører mindre trent på enn private aktører. Dette var viktig læring, videre var det mulig å gjennomføre og viktig å forholde seg aktivt til.

INNOVASJONSØKOSYSTEMET RUNDT OSS

Vi har fått mye inspirasjon, hjelp og støtte i vårt eksterne økosystem. Vi nevner noen av dem her, både som takk og for å understreke for leseren at man trenger å reise ut og finne innspill og ideer til å ta med seg til tilbake til egen kontekst for å skape endring. Listen er ikke uttømmende.

INNOVASJONSKOMPETANSE

VIS INNOVASJON (Vestlandets Innovasjons Selskap /Teknologioverføringselskap TTO) ved Kari Øritsland (utfordringsdrevet innovasjon) har vært en viktig sparringspartner og samarbeidspartner i vesentlige deler av programmet. Alt fra å vite hvor vi kan henvende oss for ressurser (kompetanse, økonomisk støtte, utviklingsmiljø) eller direkte hjelp med fasilitering av prosesser.

StimuLab er et «stimuleringslaboratorie» og en offentlig støtteordning til fyrtårsprosjekter i offentlig innovasjon. StimuLab gir kompetansehevingsstøtte til tjenesteinnovasjon der bruker er i sentrum. Ordningen er et samarbeid mellom DIGDIR, AHO og DOGA. Les mer her <https://www.digdir.no/innovasjon/stimulab/1706>

InnoMed er et nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrevet innovasjon i helse- og omsorgssektoren. InnoMed skal spre kompetanse om tjenesteinnovasjon på tvers av helsetjenestene. Tjenesten er gratis.

D-BOX Innovasjonsnettverk har bidratt til nettverk og perspektiver for innovasjon i offentlig sektor. Les mer her: [D- https://www.d-boxnorway.no/box](https://www.d-boxnorway.no/box)

ExperioLab: har bidratt med kunnskap og deling av inspirerende erfaringer fra forskere og praksiser i Experio Seminars. Webinarene knyttes til hvordan design brukes for å styrke brukersentrert innovasjon i helsetjenestene i Sverige spesielt, men også bruk av tjenstedesign for innovasjon og utvikling i internasjonale miljøer. De har et eget forskernettverk som er åpent for deltakelse. Vi har også fått konsultasjon på Øyane-modellen fra ExperioLab. Mange inspirerende webinarer finnes her: [Experio Seminars – Experio Lab](#)

AKADEMIA

NTNTU: Professor Ottar Ness ved NTNU har vært sparringspartner siden oppstart, og bidratt med kunnskap om hvordan vi kan tenke om samskaping og hvor vi kan finne miljøer som kan styrke oss, inspirere oss og som har metodikk som vi kan lære av.

Høgskulen på Vestlandet (HVL): Trude Senneseth ble tatt opp på doktogradsprogrammet «Ansvarlig Innovasjon og Regional Utvikling» ved Høgskulen på Vestlandet (HVL) i 2020. Her har hun fått tilgang på nyeste forskning om innovasjon og utvikling, som har bidratt til utvikling av aksjonsforskningsprosjektet «Ledelse av samhandling og innovasjon i et Helsefellesskap for psykisk helse, med fokus på å øke verdien av tjenestene for felles brukere». Hovedveileder professor Laila Nordstrand Berg (HVL), veileder professor Ottar Ness (NTNU).

Mette Senneseth, PhD / førsteamanuensis ved HVL har søkt og fått interne Innovasjonsmidler fra HVL til teknologiutvikling sammen med YOUWELL i

Svingdørsprosjektet/MULI tjenesten. Videre er det tildelt midler til doktorgradsstipendiat i forskningsprosjekter der Mette Senneseth er prosjektleder, og veileder for doktorgradsstipendiat Ane Bueland i forskningsprosjektet «Evaluering av nytte og anvendbarhet av den nye Multi-tjenesten for svingdørspasienter (2024-2029).

Handelshøyskolen BI, Senter for helseledelse: Personer og Executive programmet Helseledelse i primærhelsetjenesten har vært inspirasjonskilder og sparringspartnere i flere deler av prosjektet.

Copenhagen Business School (CBS): *Executive Education Value Based Health Care.*

Copenhagen Business School (CBS) / Imperial College Business School: Health Innovation Management Programme, med tilbakemelding på “Executive Challenge” om Øyane modellen.

Alrek Helseklynge: Alrek og senterleder Berit Angelskår har bidratt til spredning av resultater, til å skape relasjoner til nye samarbeidspartnere og generelt tilbudt viktige møteplasser med andre som driver med innovasjonsarbeid.

FORSKNINGSNETTVERK

Relational Coordination Collaboration (RC) er et internasjonalt forskningsnettverk med utgangspunkt i arbeidet til professor Jody Hoffer Gittell. Nettverket har som formål å styrke kvaliteten i samarbeid mellom profesjoner og organisasjoner. Dette skjer gjennom å fremme relasjoner som er preget av felles mål, delt kunnskap og gjensidig respekt. I tillegg vektlegges kommunikasjon som er hyppig, rettidig, nøyaktig og problemløsende.

Gjennom vår deltakelse i nettverket har vi hentet inspirasjon til hvordan vi kan utvikle bedre samhandling på tvers av nivå og profesjoner i tjenestene, og vi har presentert våre erfaringer til det internasjonalt nettverket. Nettverkets forskning og praksiserfaringer har påvirket vårt arbeid med å styrke kvalitet og koordinering i utviklingen av tjenester.

SIFER er et nasjonalt kompetansesenternettverk i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri.

Kompetansesentrene forsker og driver fagutvikling på et høyt internasjonalt nivå. Sentrene bygger opp og sprer kompetanse innen sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, regionalt, nasjonalt og internasjonalt.

Nettverket Norsk Ledelse 2025

Vi trengte å få dypere kompetanse om ledelse. Etter et fremlegg på tracket “Norsk Ledelse 2025” på NEON (Nettverk for organisasjonsforskning i Norge) i 2023, fikk

programansvarlig Trude Senneseth invitasjon og mulighet til å delta på regelmessige samlinger med styringsgruppen i nettverket. Nettverket søker å samle rik kunnskap om hvordan ledelse utøves i Norge i dag, og historiske erfaringer, ved å invitere kapasiteter innen ledelsesfaget til fremlegg og drøftinger, arrangere workshops, arrangere eget track på NEON m.m. Dette dokumenteres i ulike prosjekter, og vil publiseres med open access i løpet av 2026.

OPPSUMMERINGSKAPITTEL

I dette siste kapitlet oppsummerer vi noen betraktninger rundt utvikling av innovasjonskapasitet, kompetanse og sosial innovasjon i praksis som er skapt i Samskaping i Vest 2019-2024. Deretter beskrives sentrale akademiske perspektiver og forskningsprosjekt, før vi kort beskriver videre satsinger i Samskaping i Vest 2.0.

INNOVASJONSKAPASITET OG -KOMPETANSE

Den samskapte Øyane-modellen for innovasjon i et helsefellesskap viser med tydelighet hva vi har erfart og lært er viktig for innovasjon hos oss, i og mellom fire organisasjoner, og som kan bidra til innovasjon andre steder.

Tjenesteinnovasjon med systemisk fokus er sett på som en hensiktsmessig måte å drive innovasjon i offentlig sektor, og er derfor støttet nasjonalt gjennom StimuLab, og regionalt gjennom InnoMed.

Erfaringene med bruk av tjenstedesign har vært svært viktig og helt grunnleggende for prosessene i Samskaping i Vest. **Flere hundre tilsatte, inkludert ledere på ulike nivå, vet nå hva tjeneste design er, og har blitt kjent med nye metodikker og prosesser gjennom egenerfaring og deltakelse. Disse metodene sikrer at pasientens stemme er i fokus, og at alle som skal endre praksis må delta i eksperimentering for å implementere endringer.**

Mer enn 400 mennesker har deltatt aktivt i deler av prosessene, og som er godt forankret i ledelse og organisasjoner. Erfaringene er at det er hensiktsmessig, brobyggende og konfliktdempende. Videre beskrives prosessene som gøy, trygt, meningsfullt og motiverende. Dette er viktig, fordi det er krevende jobber man har i helse og velferd. Spesielt under både raske og langsomme endringer i kontekst, for eksempel grunnet pandemi, endring i demografi, endringer i organisatoriske og regulative rammer og forventninger. Videre gjør dagens situasjon, med strammere økonomiske rammer og usikre fremtidsutsikter for innbyggere og for organisasjonene, at behovet for bedring av samarbeid oppleves som helt nødvendig, både akutt og langsiktig.

Leverandør/tjenestedesignere har opplevdes å være en nøytral part mellom de fire organisasjonene, og bidra til en prosess mellom likeverdige parter. Tjenestedesign kan sannsynligvis også brukes av en prosjekteier uten å bidra til likeverdighet og deltakelse, og kan tenkes å være en moderne måte «å kuppe prosesser» på. Derfor må tjenestedesignprosessene være transparent og sikre at deltakere er likeverdighet, med felles beslutningstaking. Det å brukes nok tid til prosess i alle organisasjonene har også vært viktig.

Det har opplevdes hensiktsmessig med en prosjektleder hos leverandør som skjønner omfang og tyngde av byråkrati og lovverk i de ulike organisasjonene, og ikke naive forestillinger om at det er nok med gode hensikter og intensjoner. At alle fag/tjenester/organisasjoner blir tatt på alvor og sikres å henge med i prosesser, at det ikke blir for overflatisk, er særlig viktig for eierskap og for legitimitet i alle våre organisasjoner.

Effekt av felles innsamlet innsikt fra felles brukere: En særlig verdifull erfaring har vært hvordan den innsikten vi samlet inn i fellesskap fra felles brukere, har skapt et overraskende sterkt og samlende fundament for felles satsing. Denne felles forankringen har møtt bemerkelsesverdig liten motstand i organisasjonene.

Vi har unngått privatiserte/monopoliserte innsikter fra hver organisasjon. De felles innsiktene er transparent og dobbeltsjekket i organisasjonene, at de oppleves reelle og sanne.

Helse og velferds-feltet kan preges av ulike fag og styringslogikker som kjemper mot hverandre. Når vi bygger prosjektet på denne innsikten fra felles brukere, så er det svært mange diskusjoner som **ikke** har dukket opp; ulike faglige forståelse av vansker/behandlinger/hvem som har mest rett vedrørende brukere osv, hvem som har beslutningsmyndighet overfor de andre osv. Dette har opplevdes som veldig tids og energibesparende.

SOSIAL INNOVASJON I PRAKSIS

Sosial Innovasjon (SI) er en prosess der sosiale relasjoner endres, og involverer nye måter å skape kunnskap, å forstå, å gjøre og å seg organisere på.

“a process of changing social relations, involving new ways of doing, organizing, framing and knowing” (Definition by Avelino et al, 2019)

Vi har i nettverk og prosjekter skapt **ny kunnskap** sammen ved å ta utgangspunkt i både felles pasienters (tjenestebruker) sine opplevelser, og alle aktørene (tjenesteytere) sine

opplevelser. Det har vært viktig for oss å sikre `epistemisk rettferdighet`, ved at alle aktørene fikk delta og fremmet sine synspunkter i nettverk og prosjekter. På denne måten samskapte vi **nye felles utfordringsbilder**, som var sanne for alle aktørene i konteksten vår. Gjennom felles refleksjoner og nye forståelser av andres opplevelser og handlingsrom (institusjonelle rammer), ble deltakerne i stand til å forstå andres perspektiv og se seg selv og egen praksis slik den ble opplevd av andre. Denne prosessen kaller vi *mentaliserings*; å klare å se ulike perspektiv, med evne til å se seg selv «utenfra», og se de andre «innenfra».

På denne bakgrunn endret deltakerne forståelse av eget handlingsrom. Når de bedre skjønnte andres behov, skapte de endringer i egen måte å gjøre ting på, og de transformerte dermed sin egen praksis slik at de støttet andre aktører til å kunne nå sine mål. De fant også nye måter de kunne organisere seg på internt, eller med andre aktører. Når deltakerne selv fant og gjennomførte konkrete endringer / transformerte egen praksis, sikret de samtidig at endringene både var meningsfulle og akseptable i egen kontekst i forhold til det vi kaller institusjonelle rammer, som organisasjon, fag, lovverk, kultur og så videre.

Deltakerne fikk anledning til kontinuerlig evaluering av konsekvensene av endringer og nye praksiser (feedback) sammen. Slik skapte de en felles, systemisk forståelse blant deltakerne, samtidig som de skjønnte sin egen rolle og eget handlingsrom. Deltakerne fikk derfor økt sin mulighet og evne til å se både `delene` og `helheten` samtidig, og økt sin forståelse av at helheten var mer enn summen av delene i tjenesteøkosystemet de deltok i.

På denne måten kunne de mobilisere egne ressurser til å gjøre ting på nye måter. Det har kommet kontinuerlige beskrivelser av opplevelsen av hvor motiverende det er å samarbeide mot felles mål. En viktig gevinst ble også å unngå at pasienter og brukere ble stående igjen med uavklarte eller urealistiske forventninger. Slike situasjoner opplevdes som krevende, fordi alle parter måtte bruke verdifull tid og energi på å håndtere skuffelse og resignasjon. Med tydeligere forventningsavklaring beskrev aktørene at det også ble mindre ansvarsfraskrivelse og mindre frustrasjon, når alle tok ansvar for å sikre at pasienter ikke gikk videre med uklare forventninger til andre aktører.



Det er nå enighet om at vi skal fortsette med den **nye måten å organisere** utviklingsprosjekter på, ved ØYANEMODELLEN FOR INNOVASJON I HELSEFELLESSKAP og prosjekter igangsettes og avsluttes etter behov. På denne bakgrunn må vi kunne si at **innovasjonskapasiteten** har økt. Ettersom mer enn 400 personer har deltatt i prosjekter over årene, så vil vi si at **innovasjonskompetansen** også har økt; vi har blitt ledet gjennom prosess, vi har sett og deltatt og lært, vi tar det med i andre settinger.

Kunnskap om hvordan innovasjon kan gjennomføres med respekt for alle aktører sine behov og muligheter har økt. Vi har en økende annerkjennelse av at vi må undersøke med brukere før vi vurderer endring. Kompetansen på å hente inn kunnskap om de ulike organisasjonen har økt, vi har fått innsikt i metoder som hjelper med dette, og samtidig unngå dryge, meningsløse og motivasjonsdrepende prosesser.

Vi har utviklet kompetanse på å bli stående i prosess, holde ut (stamina) skritt for skritt og forpliktet seg på tvers av de fire organisasjonene. Alle involverte ledere og de fleste medarbeidere vet at vi er del av en hel kjede av helse og velferdstjenester, et økosystem der vi alle er avhengige av hverandre for at våre felles brukere skal få sammengende verdifulle tjenester. Og vi er avhengige av hverandre dersom vi skal slutte med praksiser som skader pasientene våre.

Nye arenaer i nettverk med spesifikke formål (også kalt `purposefull networks` i litteraturen), som ledernettsverk eller i nettverk som skapes i enkeltprosjekter. Disse arenaene er nyttige for styring mot felles mål eller `missions`, som kan bidra til å endre praksis i organisasjonene.

Videre er slike arenaer viktig for å **skape nye relasjoner**, der vi utvikler kjennskap, tillitt og der vi styrke hverandre til å få gjort egen jobb og utøve eget mandat. Dette endrer kultur fra å finne syndebukker og nedsnakking til å kjenne at man er et eget lag, og ha fokus på å få gjort sitt eget bidrag så sterkt og godt som mulig for å løse felles oppgave.

Fra `de og oss` - kultur til en `vi` - kultur: Når man blir kjent og samles om felles mål, kan man gå fra konkurranse til samarbeid, fra skyldplassering til respekt, fra skyving til å ta ansvar. Dette kan gi `empowerment` ved at aktørene tar ansvar for sitt eget, og respekterer andre.

Konflikt og uenighet: Prosessen innebærer også at vi en del ganger ikke forstår andres prioritering og andre ganger er uenige. Å håndtere uenighet og konflikt er viktig, og kan gi god læring. Utbytte av dette er at vi enten forstår hverandre bedre, slik at vi kan gjøre noe annerledes sammen, eller at vi må lære å leve med at andre gjør jobben sin på en måte som vi ikke ønsker de skulle gjøre.

FORSKNING

Her er en kort oversikt over forskningsprosjekt direkte knyttet til Samskaping i Vest og prosjekter og nettverk som er utviklet.

AKSJONSFORSKNINGSPROSJEKTET

Ledelse av innovasjon og samhandling i et Helsefellesskap for psykisk helse med mål å øke verdien av helsetjenestene for felles brukere.

Prosjektorganisering: Psykologspesialist Trude Senneseth, Programansvarlig for Samskaping i Vest, er PhD kandidat ved Handelshøyskolen HVL. Doktorgradsprogrammet heter *Ansvarlig Innovasjon og Regional Utvikling (RESINNREG)*. Tittel på aksjonsforskningsprosjektet er «*Ledelse av innovasjon og samhandling i et Helsefellesskap for psykisk helse, med mål om å øke verdien av tjenestene til innbyggerne*». Veiledere er professor Laila Nordstrand Berg, HVL, og professor Ottar Ness, NTNU WellFare.

Det vi har gjort: Deltakende og transformativ aksjonsforskning handler om å forske sammen med aktive aktører, (i motsetning til forskning på aktører), for å skape kapasitet til å oppnå en ønsket endring. På denne måten har vi kunnet bruke akademiske og teoretisk kunnskap til å styrke vårt lokale innovasjons- og utviklingsarbeid. Formålet har vært å skape mer sammenhengende og trygge tjenester for våre felles brukere, og skape kunnskap som bidrar til å skape nødvendig endring (transformasjon) i den sosiale konteksten der forskning, innovasjon og utviklingsarbeidet foregår.

Deltakere: Aktørene er partene i Samskaping i Vest; Helse Bergen, Nav Region Vest, Askøy kommune og Øygarden kommune.

Evaluerings/ nytteverdi så langt: I aksjonsforskning er kunnskapen som skapes sammen i seg selv viktig. Derfor er den kvalitative dataskapelse, som alle refleksive arenaer og dialoger, prosjekter osv også viktige læringsresultater i seg selv. Det er også deltakerne selv som avgjør hva som er verdifulle utbytter av aksjonsforskningsprosjektet og aksjonene som er satt i gang innen prosjektet.

Så langt er to vitenskapelige arbeider publisert i fagfellelvurderte tidsskrift 2025, der man tilfredsstillers ikke bare krav til læring hos de involverte, men også de noe strengere krav som stilles til vitenskapelig arbeid. Den mest vesentlige utvikling støttet av forskning er presentert i tabellen som presenteres i slutten av dette kapittelet.

Vitenskapelig publisering / bokkapittel

Senneseth, T., & Berg, L. N. (2025). "REALLY! IS THAT HOW YOU SEE US?" The impact of co-created relational data for leadership across organizations. In *Innovation, Multilevel Governance, and Collaboration: Studies from the Norwegian public sector administration* (pp. 69-89).

Abstract / Oppsummering

I det norske helse- og velferdssystemet involverer tjenesteyting til personer med psykiske helseproblemer flere offentlige organisasjoner. Det oppstår utfordringer med å koordinere disse spesialiserte, men komplekse og gjensidig avhengige tjenestene, noe som fører til risiko for pasientsikkerhet og krevende samarbeidsrelasjoner. I denne studien utforsker vi hvordan ledere kan bruke verktøy for å måle samarbeid for å drive transformasjon mot sammenhengende tjenester på tvers av offentlige organisasjoner.

Kvalitative data ble generert gjennom refleksive prosesser mellom ledere i fokusgruppeintervjuer, noe som gjorde det mulig for ledere å få innsikt i eksisterende lokale samarbeidsrelasjoner.

Funnene i denne studien viser at ledere effektivt brukte verktøyet for å øke kunnskapen om samarbeid. Ved å engasjere seg i felles refleksjoner over de målte samarbeidsrelasjonene, genererte ledere en dyp kontekstspesifikk forståelse av gjensidig avhengighet og omformulerte utfordringer som kollektive.

Dette fremmet en følelse av ansvar og myndiggjøring til å iverksette tiltak for å skape sammenhengende tjenester i hverdagslig arbeid i organisasjonene de selv hadde ansvar for og mandater innenfor. Aktivt engasjement i bruk av slike verktøy resulterte i endringer i prosesser som kan tolkes som sosial innovasjon og institusjonell endring.

Denne tilnærmingen kan legge til rette for sosial innovasjon, slik at ledere kan engasjere seg i prefigurative transformasjoner og institusjonell endring mot mer sammenhengende og sikre helse- og velferdstjenester.

Vitenskapelig artikkel:

Senneseth, T., & Ness, O. (2025). From 'Master and Servants' to 'Equal Partners' in a Health Community: Transforming local mental health services by action research and social innovation. *Action Research*, 14767503251338632.

Abstrakt / Oppsummering

Komplekse helse- og velferdsorganisasjoner har vansker med å samkjøre ressurser og integrere tjenester for psykiske helsepasienter. På Vestlandet deltok 16 ledere fra fire

lokale offentlige organisasjoner i denne aksjonsforskningsstudien. Ved at de hadde ansvar for de offentlige tjenestene til felles brukere/pasienter, hadde de mandat og ansvar for å gjøre nødvendige endringer mot ressurstilpasning og tjenesteintegrasjon.

Hensikten med studien var å lære hvordan disse lederne opplevde prosessen og resultatene av å delta i det fireårige aksjonsforskningsprosjektet som tok sikte på å transformere praksis ved å implementere en portefølje av sosiale innovasjons-initiativer. Mer enn 300 personer, inkludert tjenestebrukere, frontlinjearbeidere og ledere var involvert i de sosiale innovasjonsinitiativene, inkludert to tjenstedesignprosjekter og et nettverk for ledere for kollektiv styring på tvers av organisasjoner. Data for denne studien ble samskapt i refleksive dialoger i et fokusgruppeintervju og en heldags evalueringsworkshop for ledere i nettverket.

Funn: Gjennom refleksiv tematisk analyse fant denne studien at deltakerne opplevde transformasjoner i tjenester, transformasjon i maktrelasjoner fra hierarkiske til likeverdige, relasjonell bevissthet om gjensidig avhengighet, transformasjon i organisasjonskultur fra `oss og dem` til et større `vi`. Sist men ikke minst fortalte ledere om en økt evne til selvstyring av egne enheter i et fellesskap og en 'systemisk helhet'. I tjenesteøkosystemet. Vi konkluderer med at kombinasjonen av sosial innovasjon og aksjonsforskning muliggjorde lokal kontekstualisering av problemer og løsninger, og bidro til samskaping av integrerte, tryggere tjenester og ressurstilpasning i Helsefellesskapet.

Table 1. Portfolio of Social Innovations in the Action Research Project (2020-2023)

1. Central Questions: Knowledge the leaders needed to integrate in the services	2. Participants: Who could provide epistemic humble and trustworthy knowledge to answer the central question?	3. Methods used for Social Innovation, and representing the Actions Circles in this AR project. Descriptions of actions taken to create new social relations where new knowledge was created in collective learning and adjusting practices, and the outcome of these processes are shortly described	4. New Spaces created for participation and colearning (number of participants):
(Year 2020) Q: Who provides services to local service users	The Public Sector Organisations (PSOs): Municipals, NAV, and the Hospital	The hospital director and the AR researcher invited all service providers to participate in a leader network. Purpose: collective governance of creating integrated and safe services for users/patients/citizens. 20 leaders chose to participate. Four yearly meetings. OUTCOME: Mobilising the local service ecosystem and establishing relations and structures for cogovernance.	Platform: Leader network (20) 
(Year 2020) Q: How can we ensure participation	Key decisionmakers in PSOs and the action researcher.	The four decision-makers and the AR researcher created a platform for meta-governance. Monthly digital meeting on Teams (app. 30 min), concerning reflection and decisions making committing to using resources. OUTCOME: a platform for meta governance, providing transparency on prioritization and commitment across organisations.	Platform for decisionmakers (5) 
(Year 2020) Q: How are the collaborative relations between service providers	The frontline workers will know from their daily experiences in service delivery	A yearly longitudinal digital survey was conducted measuring collaborative relations between units, respondents were frontline staff (n=110 respondents). Results were displayed visually, followed by reflective dialogues (e.g. in the leader network, in units) on how to understand the results, the consequences for service users and service providers, and how to follow up. OUTCOME: epistemic knowledge from all actors displayed that most collaborative relations were weak.	Electronic survey creating a joint picture / visualisation of collaboration
(Year 2020-2021): Q: What is the value the services in the ecosystem for service users?	The service users (mental health patients and their families).	Two service design projects were conducted to create insights into how the services and (lack of) integration were experienced. Results/insight were created as visualisations by designers and presented in reports and PowerPoints, and in a book. The results were reflected upon in several workshops and meetings (N=250 persons participating in different phases) representing all epistemic perspectives of the different stakeholders. OUTCOME: Knowledge on the patients experience of the 'value- in- use' of services	Interviews of joint service users, and sharing insights 
(Year 2021-2023) Q: What and how shall we change to create integrated services?	Frontline workers and leaders of all units providing services, and CEOs of the four organisations	Participation in Service design projects mobilising participants, towards shared problem framing, prototyping and experimentation and iterations of new solutions, and collective learning and adjusting, continuous co-reflections in all projects, in the leader network, and in focus group interviews. All decisions made by leaders of the units that needed to make changes, taking the complex real-life situation into account. OUTCOME: the collective, iterative process of learning, creating, and adapting new solutions in all organisations, at the same time as selfsteering of all organisations and units.	Workshops, Experiments meetings across sector and level 

FORSKNING PÅ MULI TJENESTEN

Ph.d. studien springer ut fra «Svingdørsprosjektet»; et forskningsdrevet innovasjonsprosjekt og et samarbeid mellom Helse Bergen, Askøy og Øygarden kommuner og Høgskulen på Vestlandet (HVL).

Prosjektledelse: Prosjektleder er Mette Senneseth, PhD og førsteamanuensis (HVL), og PhD student Ane Bueland (HVL).

PhD Studien heter «Utvikling og evaluering av ny digital helsetjenesteløsning for svingdørspasienter: en mixed methods studie» (2023-2027).

Herunder er flere delprosjekter.

Forsknings prosjektet «Evaluering av nytte og anvendbarhet av den nye Muli-tjenesten for svingdørspasienter» (2024-2029)

Den foreliggende studien er en del av "Svingdørsprosjektet". Målet med denne studien er å undersøke 1) pasientenes behov for og opplevde nytte av den nye MULI tjenesten, 2) pårørendes erfaring og 3) ansattes erfaring og deres relasjonelle kapasitet (samarbeidskvalitet). Studien vil benytte både kvalitative og kvantitative metoder.

SAMSKAPING I VEST 2.0

Fra 2024 er Samskaping i Vest 2.0 etablert. Vi viderefører en del nettverk og prosjekter, fra Samskaping i Vest 1.0.

SAMARBEIDS OG STYRINGSARENAER

- Arbeidsutvalg for beslutningstakere
- Ledernetttverk

SAMARBEIDSMODELL

- ØYANEMODELLEN FOR INNOVASJON med sentrale prinsipper om at innbyggerens behov skal være i sentrum for innovasjon mellom likeverdige parter.

TILTAK

- Tillitsbyggerne
- MULI-tjenesten
- MULI app
- FACT-samarbeid om psykose, FACT Ung og FACT Eldre
- IPS ressursmiljø
- Data på tvers

FORSKNING OG UTVIKLING

- Forskningsprosjekter knyttet til MULI tjeneste og MULI app
- Aksjonsforskningsprosjektet «Ledelse av innovasjon og samarbeid i et Helsefellesskap for psykisk helse»
- Nasjonal forskning på IPS og Aus

Kort informasjon om nye større prosjekter i Samskaping i Vest 2.0

En del nye prosjekter er startet opp i 2024-2025.

Ansvarlig håndtering av økt henvisningsmengde

Bakgrunn/utfordring: Alle aktørene opplevde i perioden etter COVID pandemien økning i henvisningsmengde. Dette utgjorde et press på ressurser. Aktørene fryktet at igangsetting av tiltak for å håndtere utfordringen innad i enkeltorganisasjoner, kunne gi konsekvenser som gjorde det ytterligere vanskelig for andre aktører, og dermed svekke det samlede tilbudet av tjenester til innbyggere i regionen.

Formål: Vi ønsket ved bruk av Øyane-modellen for innovasjon for å undersøke utfordringen sammen, og skape løsninger som var ansvarlige. Med ansvarlig mente vi at felles brukere/pasienter/innbyggere skulle få den hjelp de hadde rett på/behov for, og at løsningene som aktørene tok i bruk ikke medførte økning av problemet for andre aktører. Mer om ansvarlig innovasjon kan man lese om i den vitenskapelige artikkelen (bok kapittel) «*Responsible Innovation: Managing the Responsible Emergence of Science and Innovation in Society*» (Stilgoe et al., 2013)

Hva og hvordan vi gjorde det: Vi baserte prosessen på Øyane-modellen for innovasjon, for å sikre deltakelse mellom likeverdige parter.

Ekstern støtte: I 2024 søkte vi og fikk tildelt prosesstøtte til prosjektet, til bruk av tjenstedesign i den nasjonale ordningen Innomed. [Forside | Innomed](#). PWC var leverandør.

Mobilisering av aktører: 10 ulike aktører ble intervjuet, inkludert fastleger, leger i NAV, kommunale representanter, BUP og DPS.

Felles problemområde: Basert på innsiktsarbeid gjennom intervjuer og workshops identifiserte vi fire hovedgrupper av pasienter dette gjelder; 1) Unge i utenforskap, 2) ADHD/Autisme, 3) slitne/utbrente/utmattede (i hovedsak aldersgruppe middelaldrende) og 4) traume. Det ble arrangert workshop med tjenstedesignere/PWC.

Ekstern støtte: det er søkt ekstern støtte til prosjektet flere steder, uten at det har lyktes å skaffe midler på denne måten ennå.

Beslutning: Lokale grupper arbeider videre med løsninger mellom aktørene.

Ungt utenforskap arbeides videre med i det omfattende prosjektet Brobyggerne, med prosjektleder Trude Senneseth, programansvarlig i Samskaping i Vest, sammen med prosjektgruppe med deltakere fra alle organisasjonene.

ADHD behandlingsforløp arbeides videre med mellom kommuner og DPS. Prosjektleder er overlege Agnete Fossbakk, DPS, i samarbeid med fastleger i begge kommuner.

Slitne/utbrente/utmattede settes foreløpig på vent – innledningsvis kartlegge om det er overlapp med pasientgruppen som passer inn i Pasientløftet.

Traume behandlingsforløpet arbeides videre med i samarbeid med kommunene. Prosjektledelse legges til allmennpoliklinikk.

Brobyggerne

Utfordring: utenforskap er et stort samfunnsproblem, for individer, organisasjoner og samfunn. Det blir store nasjonale satsinger på å hindre utenforskap fremover, og vi skal adressere dette i lokal kontekst.

Beslutning: Vi startet prosjektet i 2024, og det er besluttet i ledernettverk i 2025 at dette er en hovedsatsing for de neste årene. Alle det angår får mulighet til å delta.

Formål skape helhetlige tjenester som bidrar til mestring, livskvalitet og inkludering til hovedmålgruppen som er barn og unge i overgang til voksenlivet, med sammensatte vansker og erfaringer fra barnevern.

Aktørmobilisering: prosjektet angår alle organisasjonene, hovedaktører er kommunale aktører som barnevern, NAV, psykisk helse og rus, og spesialisthelsetjenester.

MULI Vold

Utfordring: Nasjonalt og lokalt merker vi en økning i vold i noen miljø, også ungdomsmiljø. Det mangler sammenhengende løsninger om å forebygge og bekjempe vold i de grupper som tidlig utvikler vansker.

Formål er å håndtere de særskilt vanskelige på en bærekraftig og helhetlig måte.

Prosjektetablering og mobilisering av aktørene i tjenesteøkosystemet gjennom utforskningsmøter og workshop i 2025. Spesialisthelsetjeneste; klinikk for sikkerhetspsykiatri, SIFER, fengselshelsetjenesten, kriminalomsorgen, psykiatrigruppen i politiet, NAV, Øyane DPS, Psykiatrisk Akuttmottak Avdeling for Rusmedisin (AFR) kommunene ved enhetsledere.

EN SÆRLIG TAKK TIL STUDENTER

Vi vil rette en særlig takk til studenter som har bidratt til å belyse ulike perspektiver på innhold i Samskaping i Vest i perioden 2019-2024.

Fra Universitet i Bergen (UiB) har vi hatt flere studentgrupper i samfunnspsykologisk praksis. De har dykket ned i tema brukermedvirkning fra flere perspektiver og med bruk av ulike metodikker. De har også skrevet oppgaver om dette.

PhD studenter ved Høgskulen på Vestlandet (HVL) gjennomførte en ansvarlig innovasjonsanalyse av STIMULAB prosjektet «Pasientens helsetjeneste i et Helsefellesskap».

FLERE RESSURSER FOR INFORMASJON

FREMTIDENS KOMMUNER, en podkastserie for innovasjonsnettverket INNOFF. En podkastepisode om Samskaping i Vest:

[#29 Om Psykisk helse i systemkrøll: Trenger vi mer hjelp eller bare smartere hjelp? - Fremtidens kommuner | Podcast on Spotify](#)

Ressurser om prosjektet «Pasientens helsetjeneste i et Helsefellesskap»

Øyane modellen, utskriftsvennlig versjon [PowerPoint Presentation](#)

https://www.helse-bergen.no/4b01d0/siteassets/seksjon/oyane-dps/documents/oyane-modellen_21-12-22.pdf

Rapporter [Pasientens helsetjeneste i eit helsefellesskap - Helse Bergen HF](#)

Omtale på Digdir [Øyane DPS: Pasientens helsetjeneste i et helsefellesskap | Digdir](#)

PODKAST [Tjenestedesign - nøkkelen til et bedre helsetilbud? - Misjon Vestlandet - en podcastserie fra PwC | Acast](#)

Ressurser om Svingdørsprosjektet og MULI tjenesten

<https://innomed.no/sites/default/files/2022-06/Innsiktsrapport%20Helse%20Bergen%20alvorlige%20psykiske%20lidelser.pdf>

[PowerPoint Presentation](#)

[Webinar: Samhandling mellom kommuner og helseforetak | Innomed](#)

REFRANSELISTE

- Avelino, F., Wittmayer, J. M., Pel, B., Weaver, P., Dumitru, A., Haxeltine, A., Kemp, R., Jørgensen, M. S., Bauler, T., Ruijsink, S., & O’Riordan, T. (2019). Transformative social innovation and (dis)empowerment. *Technological Forecasting and Social Change*, 145, 195–206. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2017.05.002>
- Heimburg, D. von, & Ness, O. (2021). *Aksjonsforskning: Samskapt kunnskap som endrer liv og samfunn* (1. utgave.). Fagbokforlaget.
- Senneseth, T., & Berg, L. N. (2025). «REALLY! IS THAT HOW YOU SEE US?» The impact of co-created relational data for leadership across organisations. I *Innovation, Multilevel Governance, and Collaboration*. Skandinavian University Press.
- Senneseth, T., & Ness, O. (2025). From ‘Master and Servants’ to ‘Equal Partners’ in a Health Community: Transforming local mental health services by action research and social innovation. *Action Research*, 14767503251338632. <https://doi.org/10.1177/14767503251338632>
- Stilgoe, J., Owen, R., & Macnaghten, P. (2013). Developing a framework for responsible innovation. *Research Policy*, 42(9), 1568–1580. <https://doi.org/10.1016/j.respol.2013.05.008>