

Arbeidsnotat Working Paper

2014:3

Ingunn Gjerde
Janny Meese
Lars Rønhovde
Turid Aarseth

Helhetlige pasientforløp
i utvikling : del 2



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk



MØREFORSKING
MOLDE

Ingunn Gjerde
Janny Meese
Lars Rønhovde
Turid Aarseth

Helhetlige pasientforløp i utvikling : del 2

Arbeidsnotat / Working Paper 2014:3

Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

Molde University College
Specialized University in Logistics

Molde, Norway 2014

ISSN 1894-4078 (trykt)
ISBN 978-82-7962-186-7 (trykt)

ISBN 978-82-7962-187-4 (elektronisk)

Gjerde, Ingunn; Janny Meese, Lars Rønhovde og Turid Aarseth:

Helhetlige pasientforløp i utvikling.

Del 2.

Forord

Høsten 2010 inngikk Høgskolen i Molde en intensjonsavtale med fem kommuner på Nordmøre, samt Helseforetaket Nordmøre og Romsdal (seinere Helse Møre og Romsdal) om et prosjektsamarbeid i tilknytning til Samhandlingsreformen. Med utgangspunkt i prosjektet "Helhetlige pasientforløp – en breddestrategi", finansiert av Helsedirektoratet og Helse Midt-Norge, har de involverte partene utviklet pasientforløp innen lårbeinsbrudd og KOLS. I følge intensjonsavtalen skal Høgskolen bidra med kunnskap som gir "...muligheter for en løpende forbedring av prosjektet mens det pågår. Det er også et mål at arbeidet skal resultere i kunnskap som kan være relevant utover det omsøkte prosjektet..."

Arbeidsnotatet "Helhetlige pasientforløp - del 1" (Gjerde mfl 2012) følger prosjektet fram til ca.1. juni 2012. Dette arbeidsnotatet følger prosjektet til veis ende. Mens vi i del 1 har som mål å fylle rollen som følgeforskere, blir dette notatet en mer tradisjonell evaluering i etterkant av at prosjektet er avsluttet. Notatet vil også bidra til å legge grunnlag for videre forskningen på dette temaet. I tråd med målsettingen over er det i forlengelsen av dette prosjektet søkt om og fått innvilget prosjektmidler fra Forskningsrådet (EVASAM/SPIS) der problemstillinger fra dette prosjektet blir fulgt opp og vil inngå i en større sammenheng. Det er også med utgangspunkt i dette prosjektet skrevet en masteroppgave (Meese 2013) som gir et verdifullt bidrag til beskrivelsen og forståelsen av prosessene i prosjektet og i kommunene.

Molde, juni 2014

Ingunn Gjerde og Turid Aarseth

prosjektledere

Innhold

Innledning.....	s. 4
Kort om prosjektet.....	s.4
Problemstillinger og metode.....	s.6
Om kommunene og forholdet til prosjektet.....	s.7
Tidslinje.....	s.8
Prosjektets gang gjennom fasene.....	s. 13
Innledningsfasen.....	s. 13
Etableringsfasen.....	s. 15
Konkretiseringsfasen.....	s. 16
Gjennomføringsfasen.....	s. 17
Avslutningsfasen.....	s. 19
Nærmere om arbeidet med utviklingen av pasientforløpene.....	s. 19
Arbeidsprosessen i prosessgruppe 1.....	s. 20
Arbeidsprosessen i prosessgruppe 2.....	s. 24
Sammenligning og vurdering av arbeidet i prosessgruppene.....	s. 29
Evaluering av prosjektet.....	s. 31
Måloppnåelse.....	s. 32
Evaluering av prosessen.....	s.35
Oppsummering/konklusjon.....	s.36
Litteraturliste.....	s. 38
Vedlegg 1: Pasientforløp 1.....	s. 39
Vedlegg 2. Pasientforløp 2.....	s. 40

Innledning

Kort om prosjektet

Prosjektets formål var å utvikle *helhetlige pasientforløp* innen utvalgte områder. Disse områdene (lårbeinsbrudd, KOLS og smertelindring ved cancer) ble valgt etter omfattende diskusjoner der hensynet til kvantitet (ut fra data om pasientstrømmer), samt pragmatiske hensyn, som å sikre håndterlige prosjekt og en viss variasjon i type forløp, ble vektlagt. Pasientforløp i denne sammenheng betød å lage system og prosedyrer for enten å behandle selv, eller ta i mot utskrivningsklare pasienter fra sykehus og få disse gjennom ulike typer restitusjonsløp alt etter behov. En sentral idé i prosjektet var å utvikle en *breddestrategi*. Med dette mentes at man ved pasientforløpene skulle utvikle et bredere tilbud både i og mellom deltakerkommunene, samt at pasientforløpene skulle kunne fungere som standardiserte modeller til bruk også i andre kommuner (Søknad om nasjonale samhandlingsmidler 2011:5). En slik strategi var i samsvar med målsetningene i Samhandlingsreformen (St.meld.nr.47 (2008-2009) der det ble vektlagt mer helhetlige og koordinerte helse- og sosialtjenester, samt at en større del av disse tjenestene skulle kunne utføres i kommunene. Samhandlingsreformen omfatter et bredt spekter av virkemidler: Rettslige, økonomiske, helsefaglige og organisatoriske, og prosjektet berører flere av disse virkemidlene, men med hovedvekt på de organisatoriske.

Etablering av helhetlige pasientforløp innebar utvikling av modeller og rutiner for forløp fra pasienten blir syk til pasienten er tilbake til i hjemmet eller i institusjonsplass i kommunen. Målet var å etablere et helhetlig system basert på en samordning av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, noe som innebar at to ulike system måtte samhandle. Dette krevde økt behandlingsskapasitet og -kompetanse i kommunene. For å dekke opp nye krav og forventninger siktet også prosjektet seg inn mot oppbygging av kompetanse i de enkelte kommunene, og etablering av et system for pasientflyt mellom kommunene ved over/underkapasitet.

Arbeidet med utformingen av pasientforløpene skjedde delvis sekvensielt, slik at man skulle kunne høste erfaringer underveis. Arbeidet med utformingen av pasientforløp 1, Brudd i øvre lårbein, ble startet opp i mai 2011, mens arbeidet med pasientforløp 2, KOLS, ble startet opp i februar 2012. Arbeidet med det tredje pasientforløpet, Smertelindring ved cancer, var tenkt oppstartet høsten 2012, men ble lagt på is da både tid og penger var i ferd med å renne ut. Prosjektet ble avsluttet i desember 2012. Resterende prosjektmidler ble imidlertid avsatt til å

forsøke å realisere det tredje pasientforløpet etter prosjektets avslutning. Dette ble fullført våren 2014.¹ Vi vil i denne rapporten konsentrere oss om de to pasientforløpene som ble utviklet innen prosjektperioden.

I tillegg til utviklingen av selve pasientforløpene som var prosjektets hovedmål, var det uttrykt flere delmål i prosjektsøknaden:

- Utvikle system og nettverk for profesjonssamarbeid mellom leger og sykepleiere, fastleger, sykehusleger og andre helsespesialister i foretakene, drøfte framtidig inn- og utskrivingspraksis, samspill i pasientbehandlingen, oppfølgingssystem for pasienter m.m.
- Utvikle og etablere system og nettverk for fagutveksling og hospitering for fagfolk både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten for å få til tverrfaglig samproduksjon av kunnskap
- Utvikle system for desentralisering av tjenester og kompetanse i spesialisthelsetjenesten.
- Oppbygging av spisskompetanse i enkelte kommuner, etablere system for pasientflyt mellom kommuner ved over-/underkapasitet.
- Vurdere de økonomiske konsekvensene av etablering av behandlingsplasser.
- Bruke prosjektet til å utvikle metoder for innovasjon i offentlig sektor, særlig i helsesektoren.

Prosjektet hadde en tredelt, hierarkisk struktur med en styringsgruppe på toppen, en prosjektgruppe i midten og to prosessgrupper på det nederste nivået. *Styringsgruppen* var sammensatt av en representant fra hver kommune der alle representerte det administrative ledernivået i kommunene. Helseforetaket var også representert ved administrativ ledelse. I tillegg var fastlegene, Sykepleierforbundet, brukere og dekan ved Avdeling for Helse- og sosialfag ved Høgskolen i Molde representert.

I tillegg ble det opprettet egne prosjektgrupper i de enkelte kommunene, og lederne for disse kommunale gruppene var representert i en *prosjektgruppe* sammen med en representant for helseforetaket og prosjektleder. Lederne for de kommunale prosjektgruppene var alle ledere for operative virksomheter i kommunene (enhetsledere eller avdelingsledere), og representerte dermed fagkunnskapen og erfaringene knyttet til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

¹ Navnet på forløpet ble endret til "Helhetlig pasientforløp for palliative pasienter i kommunehelsetjenesten".

En fagperson fra helsefagutdanningen ved Høgskolen i Molde ble engasjert som faglig rådgiver for prosjektgruppen.

Etter at man hadde bestemt hvilke pasientforløp som skulle utvikles, ble det nedsatt egne *prosessgrupper* for hvert av disse forløpene. Prosessgruppene besto av representanter for den operative virksomheten i kommunene (enhetene), sammen med representanter for helseforetaket, brukerrepresentant, samt prosjektlederen. Følgforskerne møtte som observatører i disse gruppene.

Prosjektet hadde prosjektleder ansatt på heltid. Prosjektleder var det sentrale knutepunktet i prosjektet og ledet arbeidet i prosessgruppene. Hennes rolle besto i å holde de ulike nivåene i prosjektet orientert om hverandres oppgaver og progresjon og å sikre framdrift i prosjektet.

Problemstillinger og metode

I arbeidsnotatet "Helhetlige pasientforløp i utvikling" del 1 (Gjerde mfl 2012: 10), ble problemstillingene i prosjektet definert som:

- Hva hemmer og fremmer deling av kunnskap og interaktiv læring i helsetjenesten?
- Hva er betingelsene for institusjonalisering av innovasjoner i helsetjenesten?

Arbeidsnotat del 1 ble avsluttet i det pasientforløp 1 var klart for implementering. Forløpet hadde da vært ute til høring og utprøving i kommunene, og det var avholdt erfaringskonferanse om arbeidet og erfaringene så langt. Arbeidet med pasientforløp 2, var på dette tidspunktet ca. halvveis i prosessen. Vi vil likevel her presentere en tidslinje for hele prosjektet og gå nærmere inn på de ulike fasene i dette for å gi en bedre samlet oversikt. Dessuten vil tilgang på nye data (bl.a. intervjudata) bidra til å gi en mer utfyllende framstilling av gangen i prosjektet og erfaringene. Arbeidet med utviklingen av de to pasientforløpene er det sentrale i prosjektet, og vi vil derfor gå grundigere inn på prosessene rundt dette. Det er også interessant å se arbeidet med de to pasientforløpene i lys av hverandre. Arbeidsnotat del 1 og 2 vil derfor til dels være overlappende i tid.

Høgskolen i Molde var i utgangspunktet definert som en av partene i prosjektet på linje med kommunene og helseforetaket. I starten av prosjektet var følgforskerne medlemmer av styringsgruppen, noe som etter hvert opplevdes som en uheldig dobbeltrolle. Det ble dermed oppnevnt en ny representant for høgskolen i styringsgruppen, mens følgforskerne inntok rollen som observatører, men med muligheter for å komme med innspill underveis.

I tillegg til møtereferat, har vi benyttet egne observasjonsnotat med refleksjoner over kommunikasjonen i gruppene. I og med at det etter hvert ble mange arenaer og mange møter å delta på, måtte teamet spe seg, noe som kan ha gått ut over kontinuiteten i observasjonene. Gjennomgangen av arbeidet i prosessgruppene baserer seg i hovedsak på disse observasjonsnotatene. Observasjon i små grupper kan medføre en forskningseffekt og notatene kan til dels ha et subjektivt preg. Vi må derfor være forsiktige med å trekke for bastante konklusjoner på dette grunnlaget.

Det siste spørsmålet i problemstillingen kan først bevares fullt ut når kommunene har implementert pasientforløpene og har høstet erfaringer fra samhandling både horisontalt og vertikalt. Innen rammene av dette prosjektet vil hovedfokus ligge på det første spørsmålet, men problemstillinger knyttet til betingelser for utvikling av bedre metoder for kunnskapsdeling og organisatorisk læring er nærmere belyst i en masteroppgave skrevet i tilknytning til prosjektet (Meese 2013). Det vil i dette arbeidsnotatet bli trukket vekslers på denne. Et annet spørsmål i forlengelsen av prosjektet vil være i hvilken grad man har lyktes med den breddestrategien som det legges opp til. Her har vi data fra en intervjuundersøkelse blant kommunene i Møre og Romsdal utført i løpet av 2013 som til en viss grad kan bidra til å kaste lys over dette.²

Om kommunene og forholdet til prosjektet

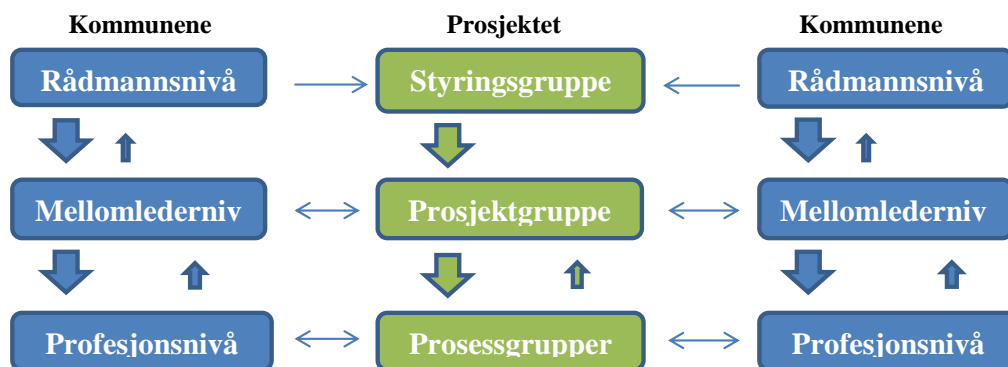
Vi har valgt ikke å bruke navn på kommunene i dette arbeidsnotatet, selv om kommunene ikke kan sies å være fullstendig anonymisert. De fem prosjektkommunene omfatter en mellomstor bykommune og fire landkommuner. Til sammen har disse kommunene et samlet innbyggertall på ca. 37000. Bykommunen har mellom 20000 og 30000 innbyggere, mens landkommunene varierer mellom 5000/6000 og 2000.

Organisatorisk definerer alle kommunene seg som to-nivåkommuner, mens bykommunen har en organisasjon som i større grad minner om en to og et halvt-nivåmodell der kommunalsjefene kan sies å utgjøre et eget slags "halvnivå" mellom enhetene og rådmannen. Kommunen har fire kommunalsjefer der disse har en overordnet ledelse for sine rammeområder (Meese 2013). Begrepet tonivåorganisering brukes vanligvis om en

² Telefonintervju med samtlige kommuner i Møre og Romsdal i perioden 1.1 – 31.10 2013. Respondentene var i hovedsak på rådmanns-/kommunalsjefsnivå. I noen tilfeller ble intervjuene supplert med intervju av tjenesteledere, samhandlingskoordinator e.l.

organisasjonsform med kun to formelle ledernivå, rådmannsnivået og enhetsledernivået, der det tradisjonelle mellomledernivået (helse- og sosialsjef o.l.) er fjernet, og der enhetene rapporterer direkte til rådmannsnivået (Torsteinsen 2012). Hvordan helse- og omsorgstjenestene er organisert i de enkelte kommunene og hvilke betegnelser de ulike funksjoner har, varierer noe. De mindre kommunene har bare ett sykehjem og en hjemmetjeneste hver, mens bykommunen har fire sykehjem og tre hjemmetjenestedistrikt. Når vi i denne sammenheng snakker om mellomnivået/mellomledere er det enhetsnivå/enhetsledere vi referer til som mellomleddet mellom det strategiske og det operative nivået.

Figuren under forsøker å se prosjekt og kommune i sammenheng mht. organisasjonsstruktur og kommunikasjonslinjer slik de er observert. Pilene angir kommunikasjonslinjer horisontalt og vertikalt, både i kommune og prosjekt og mellom prosjekt og kommune.



Figur 1: Horisontal og vertikal organisering av og mellom prosjekt og kommuner (Kilde: Meese 2013: 25).

Prosjektorganisasjonen hadde en parallellitet til basisorganisasjonen, men prosjektet hadde en noe tydeligere top-down innretning i sin kommunikasjonsstrøm enn kommunene. Horisontalt var det gjensidig kommunikasjon på de to nederste nivåene, mens kommunikasjonen var mer enveis innrettet mot styringsgruppen på det øverste nivået.

Tidslinje

I og med at prosjektet hadde en kompleks struktur og varte over lengre tid, kan det være hensiktsmessig å gi en framstilling langs en tidslinje inndelt i ulike faser, selv om fasene til dels kan sies å gli over i hverandre. Vi har valgt å dele prosjektet inn i fem faser:

Innledningsfasen, etableringsfasen, konkretiseringsfasen, gjennomføringsfasen og avslutningsfasen.

Innledningsfasen kan tidfestes til høsten 2009. Ideen oppsto da daværende rådmann i en av kommunene tok initiativ og fikk med seg to andre kommuner i regionen, samt en av direktørene i helseforetaket. Våren 2010 ble det opprettet kontakt med høgskolen, og et første sonderende møte fant sted i mars.

Det ble videre holdt innledende møter med kommunene. Prosjektets mål og strategi begynte å ta form. Det ble bl.a. utarbeidet søknad til Helsedirektoratet med frist i mai og kr 700 000 ble innvilget. Det ble samtidig arbeidet med å få med flere kommuner i prosjektet.

Etableringsfasen strakte seg fra høsten 2010 til våren 2011. Tema denne høsten var prosjektets organisering og struktur. I august 2010 ble det første styringsgruppemøte med kommunene, foretaket, samt følgeforskerne fra høgskolen avholdt. Bykommunen var kommet til og man var enige om å invitere med den minste kommunen som den siste deltakeren.

Initiativtaker ble oppnevnt til leder av styringsgruppen. Det ble bestemt å ha med en representant for fastlegene, brukerrepresentant og tillitsvalgt fra helseforetaket i styringsgruppen. Det ble også bestemt å ansette prosjektleder på heltid. Det ble videre vedtatt å etablere lokale prosjektgrupper i kommunene.

Våren 2011 besøkte prosjektleder og leder av styringsgruppen samtlige kommuner. Statistisk grunnlag for å bestemme diagnoser for pasientforløp ble innhentet. Kommunene utarbeidet prioriterte forslag til diagnoser egnet for pasientforløp. Det var enighet om å opprette en prosjektgruppe rundt prosjektleder, bestående av de lokale prosjektgruppelederne og en representant fra helseforetaket med forløpserfaring. Prosjektet fikk 550 000 kr fra regionale samhandlingsmidler i helseforetaket. Det ble utarbeidet ny søknad til Helsedirektoratet, og i juni ble prosjektet innvilget 2, 38 mill.kr.

I denne fasen hadde styringsgruppen tre møter, prosjektgruppen ble etablert og hadde to møter. Det ble dessuten arrangert et kick-off- seminar.

Konkretiseringsfasen strakte seg fra august til november 2011. I denne perioden forgikk utvelgelsen av pasientforløp, utvikling av kurs og hospiteringsordninger.

Med utgangspunkt i kommunenes forarbeid utarbeidet prosjektgruppen forslag til tre pasientforløp som styringsgruppen vedtok i august. Helseforetaket hadde erfaring i arbeid

med sykehusbaserte pasientforløp og arrangerte kurs i dette for prosjektets deltakere. Prosjektet knyttet til seg en fagperson fra høgskolens avdeling for helse- og sosialfag til å utvikle og gjennomføre diagnoserelaterte dagskurs knyttet til forløpene. Hun kontaktet innledningsvis alle kommunene for å få innspill om deres behov. Tema på styringsgruppemøtene var bl.a. utforming av frikjøpsavtaler mellom kommunene og prosjektet, rapportering og organisering av prosessgruppene. I oktober vedtok styringsgruppen sammensetning, mandat og mål for den første prosessgruppen, etter forslag utarbeidet av prosjektgruppen. Denne skulle være saksbehandlende organ og informasjonsorgan for styringsgruppen.

I oktober gikk prosjektleder ut i permisjon, og vikar kom inn fram til sommeren 2012. I denne fasen hadde styringsgruppen tre møter og prosjektgruppen tre møter. Introduksjonskurs for utarbeiding av pasientforløp ble avholdt i september.

Gjennomføringsfasen strakte seg fra november 2011 til oktober 2012. I denne fasen ble de to pasientforløpene utarbeidet, og første forløp var klart til implementering fra sommeren 2012. Prosessgruppe 1 hadde første møte i november og siste i mai. Prosessgruppe 2 hadde første møte i februar og siste i oktober. Det var prosjektleder som tilrettela og ledet arbeidet i gruppene. I denne perioden ble det gjennomført hospitering på sykehusene. Styringsgruppen drøftet og vedtok forslag til høring og implementeringsplan for de to forløpene etter hvert som disse nærmer seg avslutning. Tema som gikk igjen på styringsgruppemøtene var IKT-utfordringene knyttet til informasjonsflyt mellom sykehus, kommuner og fastleger, samt dårlige eller fraværende kommunale kvalitetssystem. I juni vedtok styringsgruppen å skrinlegge det tredje pasientforløpet fordi man fikk mindre penger enn omsøkt fra Helsedirektoratet (600 000 kr) og fordi tiden begynte å bli knapp. Det ble vedtatt å arrangere en sluttkonferanse.

I denne perioden skjedde det flere endringer i styringsgruppens sammensetning:

-Helseforetakets representant gikk av med pensjon sommeren 2012 og ny representant kom inn her.

-Styringsgruppeleder ble rådmann i en av de andre deltakerkommunene sommeren 2012, og gikk inn i stedet for assisterende rådmann fra denne kommunen. Det kom ikke inn noen ny representant fra den andre kommunen.

-Rådmann i en av de andre kommunene ble avløst av ny rådmann sommeren 2012.

-Hovedtillitsvalgt sluttet pga. jobbskifte, ny representant kom inn i mars 2012.

-Brukerrepresentanten gikk ut ved årsskiftet, ny representant møtte på siste møte.

I denne fasen hadde styringsgruppen ni møter, prosjektgruppen fire møter, første prosessgruppe ni møter og andre prosessgruppe 12 møter. To diagnoserelaterte kurs ble avholdt. I tillegg ble det arrangert en åpen erfaringskonferanse.

Avslutningsfasen var kort og strakte seg fra oktober til desember 2012. Forløpsarbeidet ble avsluttet. Kommunene rapporterte om erfaringer med forløpene så langt, men disse var begrenset pga. få pasienter, og fordi implementeringen ikke var kommet særlig langt. Det ble planlagt og gjennomført sluttkonferanse i desember. Denne var forbeholdt de involverte i prosjektet, men med noen eksterne foredragsholdere. Tema i denne fasen var implementering og videreføring av erfaringer, samt de stadig tilbakevendende IKT-problemene.

Styringsgruppe og prosjektgruppe hadde sitt første og eneste fellesmøte 14. desember 2012. Dette markerte også avslutningen av prosjektet. Prosjektgruppens medlemmer ønsket å fortsette å møtes etter prosjektslutt og dette ble støttet av styringsgruppen. Resterende prosjektmidler på ca. kr 300000 ble avsatt til prosjektgruppen for videreføring av sitt nettverk. De ble samtidig oppfordret til å arbeide for også å få etablert det tredje pasientforløpet. I denne fasen hadde styringsgruppen og prosjektgruppen to møter inklusiv det siste fellesmøtet.

Oppsummert viser denne oversikten at det gikk ca. tre år fra prosjektets spede idefase høsten 2009 og til prosjektet avsluttes i desember 2012. Tiden som gikk med til å utvikle prosjektets konkretiserte mål, selve pasientforløpene, var 11 måneder. To av tre pasientforløp var da ferdig utviklet.

Innledningsfase Høst 2009 – vår 2010	Etableringsfase Høst 2010 – vår 2011	Konkretiserings- fase Høst 2011	Gjennom- føringsfase Nov. 2011 – okt.2012	Avslutnings- fase Okt. – des. 2012
Aktører: 3 kommuner, Helseforetak og Høgskolen.	Aktører: Bykommunen og den minste kommunen komme til.	Aktører: 5 kommuner, Helse- foretaket og Høgskolen	Aktører: 5 kommuner, Helse- foretaket, Høgskolen	Aktører: 5 kommuner, Helse- foretaket, Høgskolen
Problemstillinger: Etablere samarbeid, komme samhandlings- reformen i forkjøpet.	Problemstillinger: Organisering og strukturering av prosjektet.	Problemstillinger: Utvelgelse av pas. forløp, nødvendig kompetanse- heving i kommunene.	Problem- stillinger: Utforme pasientforløp, IKT- utfordringer, informasjons- flyt.	Problem- stillinger: Implementering av pas. forløp og videreføring av erfaringer.
Løsninger: Utforme mål og strategier for prosjektet. Samarbeid om å søke prosjektmidler.	Løsninger: Styringsgruppen konstituert. Ansatt prosjektleder. Etablert lokale prosjektgrupper.	Løsninger: Kurs i utvikling av pasientforløp, gjennomføring av diagnoserelaterte kurs i kommunene.	Løsninger: Prosess- gruppene etableres. Hospitering på sykehus.	Løsninger: Sluttkonferanse. Midler satt av til videreføring av nettverk og ev. 3.forløp.

Figur 2: Tidslinje - oppsummert.

Prosjektets gang gjennom fasene

I det følgende vil vi utdype prosjektets gang gjennom de ulike fasene mht. aktører, roller, drivkrefter, problemstillinger, løsninger etc. Denne framstillingen vil i tillegg til observasjonsdata og dokumentanalyse, basere seg på intervjudata (Meese 2013).

Innledningsfasen

Initiativet ble tatt av rådmannen i den største av landkommunene. Initiativtager sier hun alltid følger med på muligheter for nasjonale omstillingsmidler og visste derfor at det var midler på vei i forbindelse med Samhandlingsreformen.

Så for meg, som alltid jakter på omstillingsmidler, var det helt naturlig og nødvendig å se på samhandlingsreformen, både fordi at det har med kjernen i pleie- og omsorgstjenestene våre å gjøre, og er vi ikke modernisert der, så får kommuneøkonomien problemer. Viktig å være utviklingsorientert i tjenestene (Meese 2013, intervju initiativtager).

Initiativtager var bevisst på at man måtte opp i format fordi "man får aldri utviklingspenger til å drive et lokalt utviklingsarbeid". Om starten sier hun videre "...og så var vi noen som snakket sammen". Disse var administrasjonen i helseforetaket og to kommuner til.

Initiativtager hadde god kjennskap til disse kommunene og visste at de var utviklingsorienterte og i stand til å handle raskt. De tre kommunene hadde dessuten allerede et nettverk på rådmannsnivå. Høgskolen ble tidlig kontaktet med tanke på følgeforskning. Alle kommunene i regionen ble så orientert og invitert med. Det var viktig å få med bykommunen, både fordi kommunen er regionssenter, og fordi den har så mange innbyggere at prosjektets format og samlede nedslagsfelt ville bli langt mer omfattende med denne inkludert. Prosjektet måtte, ifølge initiativtager, ha et visst pasientvolum for å kunne realiseres. Bykommunen stilte seg først negativ da den hadde et "konkurrerende" samarbeidsprosjekt knyttet til Samhandlingsreformen under planlegging, men sluttet seg etter litt bearbeiding til prosjektet. Etter en lokal mobilisering kom den minste kommunen med som den siste.

Initiativtager utarbeidet, sammen med administrasjonen fra helseforetaket, selve prosjektskissen som dannet grunnlag for den første søknaden til Helsedirektoratet i mai 2010. Begrepet "pasientforløp" var med fra begynnelsen. Dette var et kjent begrep i helseforetaket, men for kommunene var det mest kjent på et "overskriftsnivå".

Når en brukte ordet pasientforløp i overskriften i søknaden, så visste en kanskje ikke helt omfanget av et pasientforløp. [...] skal kommunene gjøre oppgaver som i dag gjøres i sykehus, så må en ha et bilde av forløpet, både av hvordan det er og hvordan det skal bli. Skal du ha pasienten i fokus så må du ha krysset organisasjonsgrensene. Og det var en veldig viktig del av Samhandlingsreformen, at vi skal jobbe på nye måter med tydelig pasientfokus (Meese 2013, intervju initiativtager).

Begrepet *pasientforløp* "bringer bud om fremtiden", i følge initiativtager. Man brukte utvikling av pasientforløp som metode og koblet det med begrepet *breddestrategi*. Man oppfattet at statlige signaler ga inntrykk av at man måtte "bygge opp store interkommunale institusjoner" og at bare kommuner med minst 30 000 innbyggere kunne håndtere reformen på en god måte. Det å gå sammen i dette prosjektet var nærmest et mottrekk til en sånn tenkning. Man ville med begrepsbruken vise at også små kommuner kunne håndtere dette ved å argumentere for en breddestrategi som innebar utvikling av et bredere tilbud både i og mellom kommuner. Initiativtakers tanke var primært at "vi må se pasienten gjennom hele behandlingsskjeden" uten at dette nødvendigvis var knyttet til diagnose. Også for de fleste andre i styringsgruppen var begrepet pasientforløp ganske fremmed da det ble etablert i prosjektet.

Begrepet pasientforløp var for meg ganske ukjent. Mer et helseforetaksbegrep enn et kommunehelsetjenestebegrep. [...] Mulig at det var mer kjent på fagnivåene i kommunehelsetjenestene enn på mitt nivå (Meese 2013, intervju kommunalsjef).

Begrepet pasientforløp viste seg å være relativt ukjent også på tjenestenivået. "Pasientforløp var vel et ikke-ord" sier en sykepleier fra en av kommunene. Likevel var den rådende oppfatningen da prosjektet ble presentert for kommunene innledningsvis, at pasientforløp var viktig, og at det var dette det skulle dreie seg om.

Prosjektet var initiert av kommunene selv, men muliggjort på grunn av en varslet reform som mobiliserte aktørene og der det fulgte søkbare, statlige utviklingsmidler med. Man så at reformen ville ha stor betydning både for kommuner og helseforetak. I innledningsfasen var prosjektet avhengig av initiativtagere som fanget opp signaler, gikk aktivt ut og engasjerte, og som evnet å utvikle og formulere mål og strategi for prosjektet.

Da prosjektet fikk midler fra Helsedirektoratet ble det kjørt i gang i full bredde. I denne fasen var prosjektet stort sett bare forankret på rådmannsnivå. To av kommunene rapporterte om litt

involvering nedover på mellomledernivå i helsesektoren, og flere rapporterte om involvering av politisk nivå som etter hvert godkjente tiltaket, men idé og fremdrift lå på rådmannsnivået. I denne studien er det for øvrig ikke sett på involvering av politisk nivå.³

Etableringsfasen

Etableringsfasen startet med at prosjektets styringsgruppe formelt ble nedsatt, og man gikk i gang med prosessen med å ansette prosjektleder. Denne tiltrådte fra januar 2011. Nå ble oppbygging av organisasjonsstrukturen, det å få oppmerksomhet og oppslutning om prosjektet, prioritert. Initiativtaker, leder i styringsgruppen, hadde en viktig rolle i dette. I denne fasen ble det etablert lokale prosjektgrupper i de fire landkommunene. Bykommunen fikk aldri etablert noen lokal prosjektgruppe, men det ble valgt en lokal prosjektleder til å gå inn i prosjektgruppen. Flere av prosjektgruppene i kommunene fikk mandat som også innebar å se på strukturen i egen sektor, og å planlegge for innføring av reformen.

Det ble arrangert oppstartsmøter i fire av fem kommuner, og man hadde et kick-off- seminar, som en arena for motivasjon og for å bygge opp entusiasme rundt prosjektet (Referat styringsgruppemøte 23.09.10). Dette ser ut til å ha hatt effekt. I følge en lokal prosjektleder var det i deres kommune veldig store forventninger: " Dette var noe stort som kommunen skulle være med på" (Meese 2013, intervju med prosjektgruppemedlemmer). Det sies videre at man opplevde både prosjektet og den varslede reformen som så stor at "man nesten ikke greide å ta det innover seg" og at prosjektet "skulle på en måte være svaret på mye, det at vi var med på dette her". Den siste kommunen kom med i prosjektet i denne fasen, men hadde blitt informert i regionrådet allerede våren 2010. På spørsmål om hvor mye man visste om prosjektet i begynnelsen, sier kommunalsjefen:

Jeg forstod ganske klart at dette her var innenfor et område som var ganske sentralt i Samhandlingsreformen, at det med ansvarsfordeling i forhold til pasientforløpet var ganske sentralt i det som på en måte er den nye framtiden vår (Meese 2013, intervju kommunalsjef).

Man hadde, på samme måte som initiativtaker, oppfattet signaler om at bare store kommuner ville evne å håndtere samhandlingsreformen. Det er derfor rimelig å anta at dette var et viktig incitament for de mindre kommunene til å delta i prosjektet.

³ Telefonintervjuene i 2013 bekreftet at initiativ i forbindelse med Samhandlingsreformen i stor grad kom fra administrativt nivå i kommunene, og at politikerne var lite involvert på dette stadiet.

I denne fasen var man tidlig opptatt av forankring og ansvarliggjøring i kommunene. Samtidig skulle man tenke samarbeid og nettverksbygging på tvers av kommunegrensene, mellom kommuner og foretak og mellom fagprofesjoner. I referat fra styringsgruppen understrekes det at dette var kommunenes eget ansvar:

Partene har selv ansvar for å forankre prosjektet i egen organisasjon og etablere arenaer for samhandling på faglig nivå. Herunder å lage prosedyrer (Referat styringsgruppemøte 13.08.10).

Prosjektgruppen ble etablert i slutten av denne fasen og besto av de lokale prosjektgrupelederne pluss en representant fra helseforetaket. Det etableres dermed en formell link mellom prosjektet og eierkommunene på mellomledernivå.

Kombinasjonen av en stor og foreløpig uklar helsereform på vei, og deltagelse i dette fellesprosjektet med ganske ukjente og uklare begrep som "breddestrategi" og "pasientforløp", gjorde at det tok tid for deltakerne både i styringsgruppen og i prosjektgruppen, å sette seg inn i hva dette skulle dreie seg om. Prosjektdeltakerne ga uttrykk for at de syntes prosjektorganisasjonen var komplisert, og at det tok tid å komme inn i den. En kommentar fra en deltaker i prosjektet illustrerer dette: "Forvirrende organisering – flere uklarheter. Hva er prosjekt og hva er prosess?" (Meese 2013, intervju prosessgruppedeltakere). Uttalelsen ble støttet av flere: "Det var først da vi hadde bestemt pasientforløp at vi fikk en følelse med hva vi faktisk skulle jobbe med". Avgjørelsen om hvilke pasientforløp man skulle utvikle skjedde først i konkretiseringsfasen. Da hadde flere av de lokale prosjektgruppene vært i gang i omtrent et halvt år. Man skilte ikke helt mellom prosjektet og reformen og forberedelsene til den, så man diskuterte begge deler på samme møter. For noen ble prosjektet tilnærmet kommunens svar på Samhandlingsreformen.

I denne fasen var styringsgruppen premissleverandør på alle plan, mens prosjektgruppen (og særlig prosjektlederen) hadde ansvar for gjennomføring.

Konkretiseringsfasen

Nå ble flere ambisjoner i prosjektet konkretisert. Først og fremst vedtok styringsgruppen de tre diagnosene prosjektgruppen foreslo å lage pasientforløp til. Også tiltak for kompetanseheving ble utformet nå. I samarbeid med høgskolen ble det, som ledd i målet om kompetanseheving, planlagt og arrangert kurs og hospitering på sykehus. Styringsgruppen opprettholdt sitt grep om prosjektet og godkjente alle trinn i prosessen knyttet til utformingen

av mandat, mål, gruppenes møteplaner og sammensetning av prosessgruppe. Også prosjektgruppen fikk mandat og definerte oppgaver i forhold til styringsgruppen. Styringsgruppen slapp litt taket da den andre prosessgruppen ble planlagt. Igangsettelsen her skjedde mer administrativt. Prosjektet fremsto nå med en klar, hierarkisk linjeorganisering, der eneste kontakten på prosjektnivå mellom styringsgruppen og prosjektgruppen, og etter hvert prosessgruppene, skjedde gjennom prosjektlederens rapporteringer. Det er registrert lite debatt rundt dette, men i et intervju med en av enhetslederene i prosjektgruppen, sies det:

Periodevis var frustrasjonen høy fordi det var en sånn komplisert prosjektorganisering. [...] En ting er styringsgruppen, topptung gruppe, og den prosjektledergruppen, og samtidig hadde vi prosessveilederne (deltagerne i prosessgruppene) – det var veldig nivåpreget, og at de neste prosessveilederne ikke skulle ha noe med de første prosessveilederne å gjøre (Meese 2013, intervju lokal prosjektleder).

Både i styringsgruppen og prosjektgruppen, var det representanten fra helseforetaket med erfaring fra utforming av sykehusets pasientforløp, som foredrog om utarbeiding av forløp og rolleforståelse ved implementering. Det ble presisert at eierskapet på kommunenivå måtte ligge hos ledelsen. Oppsummert fra diskusjon i møtet i styringsgruppen i etterkant sies det at:

Er ansatte i kommunene klare for å tenke "system"? Eller vil vi fortsette å gjøre det på vår måte? [...] Forløpene som beskrives forplikter [...] Kommunene blir mer lik hverandre når forløpene beskrives (Referat styringsgruppemøte 30.09.11).

I prosjektgruppen diskuterte man hvilken modell man skulle bruke ved utformingen av pasientforløpene. Deltagere fra helseforetaket og høgskolen var viktige leverandører av innspill da prosjektgruppen diskuterer modellvalg. Det var likevel styringsgruppen som til sist skulle beslutte organiseringen av forløpsarbeidet.

Gjennomføringsfasen

Dette var fasen da prosessgruppene ble koblet inn som siste trinn i byggingen av den hierarkiske strukturen. Her finner vi profesjonene, de som jobber pasientnært, og som skal konkretisere begrepet pasientforløp, samt lage kunnskapsbaserte rutiner knyttet til diagnosene. De kom sist inn i prosjektet, og var de som skulle gi substans til begrepet. De fleste av dem hadde i utgangspunktet liten eller ingen kunnskap om prosjektet som sådant eller kjernebegrepene i dette. Det virket ikke som om deltagerne i den andre prosessgruppen var noe vesentlig mer orientert enn de som deltok i den første. Kanskje en betegnende

observasjon fra en av deltakerne i første prosessgruppe på spørsmål om hva hun syns om arbeidsprosessen: "Litt famlende i starten, flere som ikke helt visste hva prosjektet gikk ut på og hvilken rolle de skulle ha. Det måtte brukes en del tid på å klargjøre dette" (Meese 2013, intervju med prosessgruppedeltakere).

Samhandlingsreformen ble iverksatt fra 1.januar 2012, og kommunene i prosjektet begynte så vidt å få føling med virkninger av denne. De rapporterte særlig om håndtering av utskrivningsklare pasienter, finansieringsmodellen, og hvordan dette påvirket de ulike kommunenes økonomi. Styringsgruppen ble holdt orientert om pasientforløpsarbeidet via prosjektlederen. Utover dette var det ingen oppfølging annet enn det som skjedde på kommunenivå. Leder i styringsgruppen oppfordret alle i gruppen til å begynne å forberede forankring og implementering av forløpene, men det ble ingen reell drøfting eller konkretisering av hvordan dette best kunne gjøres. Det samme gjaldt forslaget om å tenke rundt opprettholdelse og videreutvikling av fagnettverkene som nå begynte å ta form gjennom prosjektet. Representanten fra høgskolen var opptatt av om overgangen mellom sykehus og kommune var så smidig som mulig. Dette var et uttrykt mål, som lå til rådmanns- og direktørnivået å behandle, altså styringsgruppenivå, men det ble lite diskusjon rundt dette.

I prosjektets årsrapport (2011:4), står det om implementeringen av pasientforløp at: "Dette forutsetter samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten i forhold til utarbeidelse av pasientforløp og gjensidighet i kompetanseoverføring mellom kommune og spesialisthelsetjenesten slik at forløpene blir gjennomførbare i praksis." Det å få til denne typen systematisering og brobygging mellom nivåene og kommunene imellom har vært lite berørt i styringsgruppen. Initiativtaker sier om dette bl.a.:

Vi har bygd på de faglige nettverkene i bunnen. Både av ledere og av folk som jobber klinisk i praksisfeltet. Men hva levekrafta av dette her i etterkant er da, er disse nettverkene operative over tid, det vil nå vise seg. [...] Forbedringen sitter gjennom hvordan vi forbedrer pasientbehandlingen, så jeg ser på en måte ikke kritisk på at det ser ut som vi mangler et systemnivå, selv om jeg kan se at på noe av dette her så har vi ikke gjort det vi sa. Men jeg tror at det vi har gjort, det bærer kimen i seg til de rette tingene hvis vi skal få til innovasjon, nemlig at fagfolk snakker sammen, deler kompetanse, praksisnær kunnskap endrer seg, ledere får tillit til hverandre, systemene våre åpner seg mer for dialog. Ja, om jeg ikke ser hele resultatet, så ser jeg i hvert fall

direkte sporene. Om sporene er dype nok, er jo alltid et spørsmål (Meese 2013, intervju initiativtager).

I denne fasen halvertes møtehyppigheten i prosjektgruppen, mens styringsgruppen opprettholdt møtehyppigheten. Styringsgruppen opprettholdt også den formelle godkjenningsrollen og vedtok implementeringsplan og høringsplan for forløpene etter hvert som de nærmet seg ferdigstilling. Formalia som dette, og søknader om prosjektmidler, regnskap/budsjett og rapporteringer, var det man var opptatt av nå.

Avslutningsfasen

Prosessgruppene avsluttet nå sitt arbeid. Styringsgruppen og prosjektgruppen hadde ett møte hver før de møttes til et siste felles møte i desember. Da det andre pasientforløpet ble sendt ut på høring, oppfordret prosjektleder styringsgruppen til å ha møter med prosjektlederne i kommunene, og vise støtte og engasjement i implementeringsarbeidet. Hun ga uttrykk for at prosjektgruppen følte seg alene i arbeidet og at styringsgruppen for dem ble for usynlig. Leder av styringsgruppen oppfordret kollegiet til "å skjerpe seg" og å etterspørre mer hva som skjedde i egen kommune.

Fordi særlig det andre pasientforløpet hadde trukket ut i tid, ble ikke dette formelt godkjent av styringsgruppen før på prosjektets siste møte i desember. Da skulle også sluttrapport, regnskap, samarbeid, samt veien videre behandles. Prosjektgruppen ønsket å opprettholde sitt nettverk. Styringsgruppens leder ønsket en formell strukturering av dette nettverksarbeidet, med rapportering til rådmann om fremdrift i forløpsarbeidet etc., men holdningen i styringsgruppen var at man nå avsluttet prosjektet, og at dette måtte bli opp til de enkelte kommunene selv å organisere. Det oppsummeres med at det har vært viktig å bli kjent med hverandre, at det gir tillitskapital og at samarbeidet skal fortsette.

Nærmere om arbeidet med utviklingen av pasientforløpene.

Utgangspunktet for arbeidet med de to pasientforløpene var noe ulikt. Pasientforløp 1, Brudd i øvre lårbein, løper fra pasientene skrives ut fra sykehus og til de er ferdig rehabilitert.

Pasientforløp 2, KOLS, skal forebygge innleggelse på sykehus, samt bidra til å stabilisere pasientene ved forverring. Her er det snakk om et mer kontinuerlig forløp over lengre tid.

Mens forløp 1 har et lineært forløp, kan forløp 2 sies å ha et mer sirkulært forløp.

Arbeidsprosessen i prosessgruppe 1

Mål, mandat og sammensetning av gruppen:

Følgende mål og mandat for arbeidet ble tatt i tråd med prosjektgruppens møte 21.10.11:

Mål: "Pasientforløpet skal sikre at kvalitet, kommunikasjon og tjenester er utformet på en slik måte at pasienten får de nødvendige tjenester til rett tid, på riktig sted og av kvalifisert personale".

Mandat: "...utforme et helhetlig pasientforløp i overgangen mellom helseforetak og kommune for pasienter med brudd i øvre lårbein".

Prosessgruppen fikk følgende sammensetning: en deltaker fra hver kommune, prosessleder fra helseforetaket, sykepleier fra ortopedisk avdeling, brukerrepresentant, samt forløpssansvarlig lege. Profesjonssammensetningen i gruppen var som følger: tre fysioterapeuter, fire sykepleiere, samt lege. Det kan nevnes at begge prosjektledere, både den faste og vikaren, også var sykepleiere, men at den faste prosjektlederen i tillegg hadde juridikum. Gruppen besto for øvrig av 9 kvinner og en mann (legen).

Ut fra denne sammensetningen kan det virke som om sykepleiefaget var dominerende. Sykepleierrepresentasjonen fordelte seg mellom kommuner og helseforetak, og framsto dermed ikke som enhetlig. I og med at pasientforløpet skulle knyttes til arbeidet i kommunen, var det dermed kommunenes virkelighet som skulle reflekteres. Bare en av sykepleierne arbeidet klinisk i en kommune. Dermed framsto fysioterapigruppen, der alle var tilknyttet en kommune, som den mest enhetlige gruppen, og ble førende i arbeidet, særlig gjaldt dette i starten.

Lårbeinsgruppa hadde til sammen ni møter, to mer enn planlagt. Ut over møtene, har deltakerne deltatt på kurs i utarbeiding av pasientforløp, samt vært på seminar.

Utvikling av arbeidet i gruppen:

I første møte ble selve prosjektet, mål og mandatet for gruppen presentert, samt metodikk-kurset som skulle avholdes i november. I følge innkallingen skulle alle presentere sin kommune og hvilken praksis man hadde i behandlingen av denne typen pasienter. Det skulle dessuten legges fram en grovskisse til framtidig forløp. Dette var deltakerne tydeligvis ikke forberedt på, så dette punktet ble tatt opp igjen på neste møte.

I andre møte presenterte så deltakerne sin kommune. Det viste seg å være store ulikheter kommunene imellom, særlig gjaldt dette inntak av pasienter i institusjon. Det var en del usikkerhet om hvordan prosedyrene og rutinene faktisk fungerte rundt om i kommunene. Dette kan skyldes uklare rutiner, men også at fysioterapigruppen ikke hadde noen sentral rolle i pasientforflytningen mellom sykehus og sykehjem, og kanskje ikke var godt nok forberedt på å redegjøre for dette. Gruppen benyttet "gråpapirmetoden" ⁴ for å beskrive dagens situasjon, samt få innspill til gangen i forløpet. Selv om man hadde fått opplæring i denne arbeidsmetoden, fungerte det heller dårlig, da gruppen virket usikker og passiv. Om dette skyldtes usikkerhet omkring selve metoden, eller om usikkerheten var knyttet til manglende kunnskaper og kjennskap til prosedyrene i kommunene, er uvisst. Ledelsen av prosessen framsto også som forsiktig for ikke å ta over for mye av styringen.

Til det tredje møtet hadde prosjektleder og prosesslederen fra helseforetaket laget et "forslag til grunnlag for forløp" etter innspill fra det siste møte (referat 12.01.12). Ingen fra kommunene hadde vært med på dette arbeidet. I etterkant av møtet ble det sendt ut en arbeidsfordelingsliste til deltakerne.

Til det fjerde møtet sendte prosjektleder ut de ulike utkastene som var utarbeidet av deltakerne siden sist. Disse ble gjennomgått og det virket å være mange uklarheter rundt eksisterende "forløpsprosesser" i kommunene. Erfaringer fra samhandling med sykehusene varierte også mellom kommunene. De sykehusansatte kjente seg ikke helt igjen i alt som ble kommentert fra kommunenes side. Gruppen jobbet bra på dette møtet og så ut til å ha funnet en god måte å fordele oppgavene på. Til dette møtet hadde prosjektleder også invitert en representant for det nyopprettede kommunale inntaksteamet i bykommunen til å informere om hvordan de organiserte sitt arbeid. Selv om dette var noe på siden av forløpsarbeidet, ledet det til mye diskusjon i gruppen.

Det femte møtet var utenom møteplanen, og gruppen var nå i ferd med å få dårlig tid. Medlemmene hadde jobbet litt i forkant av møtet, men var fremdeles preget av usikkerhet om mange ting. Framdriften ble dårlig, pga. lite møte- og ordstyring, og gruppen virket utålmodig.

I sjette møte gikk de så i gang med forløpsarbeidet, og sykepleieren fra sykehuset i bykommunen fikk oppgaven med å utforme forløpet teknisk. Det oppsto flere diskusjoner

⁴ Metoden går ut på å spenne opp et stort gråpapir på veggen og at gangen i prosessen illustreres ved hjelp av gule post-it lapper som limes opp. Metoden krever aktive bidrag fra gruppen underveis.

rundt begrepsbruk, referansebruk, henvisning til private aktører, produktreklame, samt juridiske spørsmål knyttet til prosedyrebegrepet. Det ble også satt i gang nye diskusjoner rundt grunnleggende problemstillinger som hva man vil med forløpet, hvem som skulle være målgruppen, pasient/pårørende eller helsepersonell, og om det skulle være frivillig å bruke det osv. Møtet ble preget av mange digresjoner og parallelle diskusjoner i separate grupper. Selv om det var enighet om at man begynte å få dårlig tid, virket det å være vanskelig å få til en stram styring av arbeidet.

Det sjuende møtet var også ekstraordinært i forhold til møteplan. Forløpet ble gjennomgått på nytt. Her hadde legen en gjennomgang av det medisinskfaglige i tilknytning til forløpet. Dette var også kvalitetssikret med ortopedene ved de to sykehusene. Nå begynte diskusjonen rundt selve implementeringsprosessen. Det var litt uenighet/uklarhet rundt hvem som skulle ha ansvaret for denne. Det ble ytret noe frustrasjon over fravær av interesse fra styringsgruppen, og delvis også fra de lokale prosjektgruppene.

I det åttende møtet tok man en siste gjennomgang av pasientforløpet. Det ble diskutert om dette kunne sies å være innovativt. Konklusjonen var nok at dette mer har karakter av en beskrivelse og en kvalitetssikring av et forløp. Begrepet "beste praksis" gikk igjen, særlig var prosjektleder opptatt av at det gjaldt å komme fram til beste praksis. I dette møtet la også prosjektleder fram et utkast til spørreskjema til ansatte i helse- og sosialtjenesten i kommunene. Dette hadde ikke vært diskutert eller tatt opp som noe behov tidligere i prosessen. Spørreskjemaet ble ikke benyttet.

Det niende og siste møtet i gruppen ble holdt sammen med prosjektgruppen etter at høringsfristen og prøveperioden på 14 dager var over. Man diskuterte her erfaringer og respons. Det viste seg å være vanskelig å få legene fra sykehusene til å fylle ut sin del av forløpsskjema. Fra kommunenes side var mottakelsen av forløpet positivt, og man mente at dette fylte et behov, bortsett fra bykommunen som benyttet seg av et felles skjema for alle diagnoser. Oppfølgingsansvaret med bl.a. oppdatering av faktaopplysninger ble diskutert. Dette hadde også vært tatt opp tidligere i prosessen, og det var forsøkt ivaretatt ved bl.a. å bruke linker til sider som selv oppdaterte opplysningene. Man var i prosessen veldig opptatt av at forløpet skulle være kunnskapsbasert.

Etter dette siste møtet treffes deltakerne igjen på erfaringskonferansen i juni der gruppen har en aktiv rolle både ved presentasjon av forløpet og i den praktiske avviklingen av konferansen.

Oppsummert om arbeidet i prosessgruppe 1:

Deltakerne i gruppen har i stor grad dradd lasset sammen. Etter en noe famlende start gikk de løs på oppgaven med stort engasjement. Fysioterapeutene var den førende profesjonen fra starten av. Etterhvert kom sykepleierne sterke inn i arbeidet, og ettersom en av dem fikk i oppdrag å utforme forløpet teknisk, fikk hun en mer framskutt plass i gruppen. Legen framsto med erfaring og tyngde. Han ble et ankerfeste i gruppen, ut fra profesjon, men også ut fra et stort engasjement. Det kan ikke spores noen konflikter mellom profesjoner i gruppen, bortsett fra at sykepleierne nok i starten syntes fysioterapeutene tok en vel stor plass i forhold til den rollen de var tiltenkt i forløpet. Legen inntok en ledende rolle i gruppen. Brukerrepresentanten tok lite del i debatten.

Sammensetningen av gruppen var preget av at man hadde en stor bykommune og fire mindre kommuner. I tillegg til en mer kompleks og uoversiktlig struktur i helse- og sosialtjenestene var bykommunen også vertskommune for sykehus. Representanten fra bykommunen hadde også en annen rolle og faglig tilnærming enn de øvrige, i og med at hun var fagutviklingssykepleier ved et statlig finansiert utviklingssenter for sykehjem. Hun var tydeligvis vant til å ha en ledende rolle og fungere som pådriver i mange prosjekt, og inntok en sentral rolle i gruppen. Hun brakte med seg problemstillinger fra sitt arbeid, f.eks. satsing på ernæring blant eldre, noe som kan sies å være mer løselig knyttet til forløpsarbeidet, men som opptok en del tid og oppmerksomhet. På denne måten kom den største kommunen i stor grad til å prege fokus og framdrift i gruppen.

Helseforetaket hadde to medlemmer i gruppen, der den ene var tilknyttet en ortopedisk avdeling og den andre hadde prosesserfaring med utvikling av pasientforløp. Prosesserfaringen var nyttig, likedan innsyn i arbeidet i en ortopedisk avdeling, en nytte som gikk begge veier i og med at man lærte hverandres arbeidshverdag bedre å kjenne. Man diskuterte også pasientens overgang mellom sykehus og kommune, og de problemer som oppstår der, ikke minst knyttet til manglende IKT-løsninger. Men gruppen hadde verken mandat eller myndighet til å gjøre noe med dette. Sett på denne bakgrunn kan man si at helseforetakets deltakelse hadde en egenverdi, men det kan stilles spørsmål ved om den var nødvendig for å utvikle et godt kommunalt pasientforløp. Alternativt kunne helseforetakets kompetanse vært trukket inn på de punkter i prosessen der dette var naturlig. På den annen side virket helseforetakets deltakelse i gruppen til å balansere styrkeforholdet, ved å virke som motvekt mot den største kommunens noe dominerende rolle. Et argument for å trekke

helseforetaket inn i arbeidet, kan også være at dette kan tenkes å lette implementeringen av forløpet innad i helseforetaket. Samarbeidet mellom kommuner og helseforetak fungerte godt.

Arbeidsprosessen i prosessgruppe 2

Mål, mandat og sammensetning

Mål og mandat for KOLS-gruppen, var så vidt vi kan se av møtoreferatene, ikke diskutert hverken i styringsgruppen eller prosjektgruppen. Tanken var antakelig at målformuleringen skulle være felles for alle forløpene. Målformuleringen som ble lagt fram på det første møtet i KOLS-gruppen (26.01.12) var identisk med det foregående forløpet. På andre møte i KOLS-gruppen (13.02.12) ble det enighet om følgende mandat:

"Gruppen skal utforme et pasientforløp for pasienter med moderat, alvorlig og svært alvorlig KOLS. Forløpet skal ivareta pasienter som står i fare for forverring av tilstand, og forebygge innleggelse i sykehus, samt oppfølging av pasienter som har hatt sykehusopphold. Pasientforløpet avsluttes når pasienten er stabilisert og har fått en oppfølgingsplan".

I det ferdige pasientforløpet var mandatet noe forenklet:

"Gruppen skal utforme et pasientforløp for pasienter med moderat og alvorlig KOLS som står i fare for forverring av tilstand samt forbygge innleggelse i sykehus. Pasientforløpet avsluttes når pasienten er stabil og har fått en oppfølgingsplan".

Det tok tid å få oppnevnt medlemmer til denne gruppen, særlig forløpsansvarlig lege og brukerrepresentant. Styringsgruppen vedtok ikke sammensetningen for denne gruppen. Det var kommunene selv som utpekte sine representanter. Sammensetningen av gruppen ble som følger: en deltaker fra hver kommune (alle sykepleiere), prosessveileder fra helseforetaket og forløpsansvarlig lege. Brukerrepresentanten kom først på plass etter to måneder. På slutten ble det hentet inn fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier fra lokalsykehusets lungeavdeling. Gruppen besto til slutt av ti kvinner og to menn (legen og brukerrepresentanten).

Utvikling av arbeidet i prosessgruppe 2

I første møte presenterte deltakerne seg. Møtet var ikke fulltallig. Ingen av kommunenes representanter hadde spesifikk erfaring med KOLS, eller noen tydelige formeninger om hvordan man skulle arbeide med dette. De fleste KOLS-pasienter treffer man i

hjemmetjenesten, mens sykepleierne i gruppen for det meste jobbet i sykehjem, med unntak av en representant som hadde jobbet begge steder. Representanten fra helseforetaket med forløpserfaring var en tydelig og bestemt deltaker som tok et visst lederansvar.

Det ble en del diskusjon fram og tilbake før man hadde mandatet klart. Det var meningen å presentere sykehusets KOLS-forløp på dette møtet, men pga. tekniske problemer ble dette utsatt. Det ble videre vist film om "KOLS-kofferten", en dansk oppfinnelse, som var innarbeidet ved distriktsmedisinske senter.⁵

I andre møte ble det noe gjentakelse i og med at ikke alle møtte på første møte. Det viste seg å være usikkerhet blant representantene om hvilken rolle de skulle fylle, og prosjektleder presiserte følgende oppgaver:

- Skal være med å utforme pasientforløpet
- Kartlegge egen kommune og presentere funn
- Rapportere hva som fungerer og ikke i egen kommune
- Implementering i egen kommune
- Gjøre andre i kommunen kjent med prosessen

Man gikk, også i denne gruppen, i gang med å arbeide etter gråpapirmetoden for å kartlegge situasjonen i kommunene og planlegge forløpet, men møtte fort på problemer bl.a. med hensyn til hvor forløpet begynner og slutter, f.eks. hvor mye forebygging som skulle trekkes inn i forløpet, hva legens rolle skulle være, om sykehuset skulle trekkes inn i forløpet osv. Heller ikke i denne gruppen virket deltakerne å være særlig godt forberedt til å orientere om situasjonen i egen kommune mht. omfanget av KOLS-tilfeller, rutiner, oppfølging, samarbeid etc. Prosjektleder var opptatt av "beste praksis", men likevel brukes det erfaringsmaterialet⁶ som finnes, i liten grad. Det ble en del famling og liten framdrift.

Til det fjerde møtet hadde prosjektleder laget og sendt ut et forslag til forløp. Til møtet var også et privat firma som hadde utviklet e-kurs knyttet til KOLS invitert. Dette framsto som kommersielt og lite relevant for forløpsarbeidet. Til dette møtet var også brukerrepresentanten på plass, og det gikk med en del tid til å gjennomgå hans erfaringer med ulike rehabiliteringsopplegg. Møtet ble preget av en del tilbakevendende tema fra tidligere møter. Det ble liten tid til reelle diskusjoner og bearbeiding av forslaget til forløp som var lagt fram.

⁵ Bl.a. Dalane distriktsmedisinske senter

⁶ Bl.a. fra Granheim lungesykehus og Trondheim kommune.

I det femte møtet ble noe av arbeidet med forløpet fordelt til kommunens representanter, men det ble ikke gjennomført noen fullstendig arbeidsfordeling. Det ble ikke rapportert om drøftinger i egne kommuner rundt temaet KOLS. Diskusjonene gikk i ring, og arbeidet virket å stå i stampe.

I det sjette møtet var opprinnelig prosjektleder tilbake, i første omgang kun som observatør. Utformingen av det framlagte forløpet tas opp igjen til diskusjon. Representanten med forløpserfaring fra sykehuset legger fram et eget forslag. Det var en del uenighet og uklarerheter knyttet til dette, bl.a. i hvilken grad sykehuset skulle trekkes inn i forløpet og om pasientforløpet skulle være standardisert og kunne tilpasses alle kommuner. Prosjektleder var klar på det at forløpet skulle være standardisert var mandatet og grunnlaget for søknadene om støtte. Igjen ble grunnleggende spørsmål som målgruppe for forløpet drøftet, et spørsmål som egentlig ikke fikk noen endelig avklaring. Andre spørsmål som om kommunene skulle ha et KOLS-team/KOLS-kontakt ble tatt opp, noe som også var på siden av forløpsarbeidet. Diskusjonen ble springende, med skiftende fokus.

Sjuende møte ble ledet av den opprinnelige prosjektlederen, og vikaren fungerte som sekretær. Prosjektleder skisserte møteplan for høsten. Man måtte være ferdig med forløpet innen utgangen av september for å rekke utprøving og høringsrunder før siste møte i styringsgruppen i desember. Spørsmålet om å forsterke gruppens sammensetning ble tatt opp i dette møtet, selv om man nå var langt ute i forløpsarbeidet. Spørsmålet hadde vært brakt på banen tidligere uten at det hadde resultert i noe. Også spørsmålet om frikjøpsordninger for medlemmer av gruppen ble tatt opp. Med både prosjektleder og sekretær ble arbeidet mer effektivt. I dette møtet ble det arbeidet aktivt og fokusert. Det virket som om den opprinnelige prosjektlederen så gruppen med friske øyne og var i stand til å løse opp der gruppen hadde kjørt seg fast.

I det åttende møtet kom det inn to nye faste medlemmer: fysioterapeut og sykepleier fra sykehuset. Det ble lagt opp til gruppearbeid to og to og det ble forventet at man arbeidet også mellom møtene, med 20 % frikjøp tilsvarte dette en dag i uken. Det ble arbeidet godt i gruppene, men denne arbeidsmåten virket ekskluderende på brukerrepresentanten. I dette møtet ble også forløpet som noen andre kommuner i regionen hadde utarbeidet sammen med helseforetaket, presentert.⁷

⁷ Bl.a. Fræna og Sunndal kommuner.

Til det niende møte hadde prosjektleder en klar forventning i innkallingen om at alle måtte stille forberedt og ha lest gjennom det gruppene hadde jobbet fram så langt. Hun hadde også laget et forslag til nye arbeidsoppgaver for gruppene. Ergoterapeut møtte for første gang på dette møtet. Fysioterapeut og ergoterapeut kom fort inn i gruppens arbeid og kom raskt med sine bidrag. Med deres inntreden lot gruppen til å ha fått en ny dynamikk, og engasjementet ble også stimulert blant de andre deltakerne. I dette møtet ble det jobbet konsentrert selv om detaljningsnivået av og til ble stort. Gruppearbeidsformen fungerte godt og man gjorde store framskritt. Møtet hadde av ulike årsaker stort frafall.

Det tiende møtet var det siste ordinært oppsatte møtet, men prosjektleder varslet allerede nå et møte til før det avsluttende møtet sammen med prosjektgruppen. Møtet gjennomgikk sykepleiers oppgaver ved stabil fase, videre behandling i sykehjem/hjem og rehabilitering. Temaet KOLS-team kom opp igjen, selv om dette tidligere var avvist som urealistisk i små kommuner med få fagpersoner med mange oppgaver. Fremdeles gikk diskusjonene ofte ned på detaljnivå, uten at prosjektleder slo ned på dette, men hun passet på å delegere oppgaver og understreket tidsnøden.

I det ellefte møtet gjennomgikk prosjektleder forløpet som nå var ferdigstilt etter de siste innspillene fra undergruppene. Det ble jobbet aktivt og konsentrert, om enn noe på detaljnivå, men mer målrettet. Fysioterapeuten og ergoterapeuten var viktige tilskudd til gruppen og hadde åpenbart bred kunnskap om KOLS-pasienter, også om sykepleiedelen av forløpet.

Det tolvte og siste møtet var et felles møte med prosjektgruppen, men bare tre av kommunene stilte med representanter fra prosjektgruppen. Det ble en grundig gjennomgang av hele forløpet som tok det meste av dagen. Alle medlemmene gikk gjennom sin del av forløpet, noe som nok var nyttig i forhold til presentasjon og videre implementering i egen kommune. Noen utfordringer knyttet til dette ble luftet som f.eks. å få legene engasjert.

Oppsummert om arbeidet i prosessgruppe 2:

Arbeidet i denne gruppen tok lang tid og omfattet 12 møter. Dette kan ha sammenheng med at KOLS-forløpet var mer komplekst å håndtere enn det foregående forløpet. Men det var også en del frafall fra møte til møte som gjorde at det ble liten kontinuitet og framdrift. Bare i to møter møtte kjernegruppen fulltallig, dvs. representanter fra alle fem kommuner, samt helseforetaket og forløpsansvarlig lege. KOLS-gruppen var også større og mer tungrodd enn foregående gruppe, og besto etter forsterkninger, og etter at opprinnelig prosjektleder kom

tilbake, av hele 13 personer. Mange spørsmål dukket opp igjen fra møte til møte uten at de fikk noen egentlig avklaring. Dette gjaldt også grunnleggende spørsmål som f.eks. målgruppe for forløpet. Flere av de KOLS-relaterte temaene som ble tatt opp (KOLS-kofferten, e-læringsopplegg) var interessante i seg selv, men hadde liten betydning for selve forløpsarbeidet. Selv om en del erfaringsmateriale fra tilsvarende forløp ble lagt fram, gjorde man seg i liten grad nytte av dette. Tendensene til utflytning og avsporing var tydeligere i denne gruppen enn i den foregående prosjektgruppen.

Sammensetningen av gruppen ble noe tilfeldig i og med at hver av kommunene utpekte representanter uavhengig av hverandre. Tverrfaglighet var ikke ivaretatt i fra starten av. Denne gruppen ble i utgangspunktet kun bestående av sykepleiere. Man opplevde etter hvert dette som uheldig, særlig fordi fysioterapi, men også ergoterapi, er viktig for pasienter med alvorlig KOLS. Disse profesjonene ble først koblet inn seint i forløpet. I motsetning til lærbeinsgruppa, var det i utgangspunktet heller ikke med sykepleier fra sykehusets fagavdeling. De opprinnelige representantene fra kommunene hadde ikke spesiell erfaring fra arbeid med KOLS-pasienter, dermed fikk representanten fra sykehuset med forløpserfaring en førende rolle, i alle fall i starten av arbeidet. Representanten fra den største kommunen gikk igjen i begge gruppene. Her hadde den største kommunen en annen tilnærming enn de mindre som valgte forskjellige deltakere ut fra type diagnose. Gjennomgående representasjon i begge grupper kunne vært en ressurs, men dette ble ikke tatt opp og det virket ikke som det var noen systematisk erfaringsoverføring mellom gruppene. Legen i denne gruppen inntok en mer tilbakeholden rolle enn i den første gruppen. Legen hadde også et stort fravær mot slutten av arbeidet, men utarbeidet det medisinskfaglige stoffet til forløpet. Brukerrepresentanten var mer aktiv enn i det foregående forløpet, men falt likevel noe på siden. Det kan virke som det var en kollisjon mellom den kunnskaps- og forskningsbaserte tilnærmingen gruppen inntok, og brukerrepresentantens subjektive innspill og erfaringer som vanskelig lot seg generalisere. Det viktigste bidraget var kanskje at hans tilstedeværelse virket skjerpene på gruppen i forhold til fokus på brukernes behov. Gruppens sammensetning hadde en klar overvekt av kvinner, og de mannlige representantene (legen og brukerrepresentanten) fikk ikke noen framtrede rolle.

Prosjektleders grep om dette forløpet virket svakere enn det foregående. Forløpet var mer komplisert, gruppen var stor og med manglende erfaring med KOLS, var det lite støtte og veiledning å hente. I tillegg kom den manglende kontinuiteten grunnet stort fravær blant deltakerne. Det ble en del famling og liten framdrift, og det oppsto etter hvert en slitasje, både

på prosjektleder og på gruppen. Med opprinnelig prosjektleder tilbake fikk gruppen en ny giv, og i siste del av arbeidet ble det tatt det noen grep som gjorde at gruppen kom i havn innen tidsfristen. Det endelige forløpet ble et omfattende arbeid. I og med at prosjektet nå ble avsluttet, fikk man en lengre og bedre gjennomført prøveperiode og høringsrunde enn det forrige forløpet.

Sammenligning og vurdering av arbeidet i prosessgruppene

Ved nybrottsarbeid som dette, vil man ha problemer tidlig i prosessen med å overskue hvilke hensyn som blir viktige å ivareta framover. Men noen av de samme problemene later til å gå igjen i begge grupper. Det er lite erfaringsoverføring mellom gruppe 1 og 2, og gruppe 2 kom dårligere ut mht. måloppnåelse og tidsbruk til tross for erfaringene man hadde høstet. Både styringsgruppen og prosjektgruppen la mindre føringer for gruppe 2 enn for gruppe 1. Verken mandat, gruppesammensetning eller tidsplan ble lagt fram for styringsgruppen for vedtak, slik det ble gjort for den første gruppen. Om det ble forutsatt at man her skulle bygge på erfaringer kom ikke eksplisitt til uttrykk.

Vi finner vi ikke noe i referat fra styringsgruppen eller prosjektgruppen som la føringer på sammensetningen av gruppene, ut over at det skulle være en forløpsansvarlig lege og en brukerrepresentant. Det viktigste grunnlaget for utvelgelse av representanter var ressurs- og bemanningssituasjonen i kommunene, og ellers hvem som hadde muligheter og lyst til å engasjere seg. Gruppenes behov for en strategisk sammensatt fagkompetanse ble viet liten oppmerksomhet, samtidig lot det til å være et felles prinsipp at representantene skulle ha et visst utdanningsnivå med minst en tre-årig profesjonsutdanning. Når tre av kommunene valgte å bruke fysioterapeut i den første gruppen, ble denne knappe ressursen "oppbrukt". Slik ble det tidlig lagt føringer som ikke var bevisste eller rasjonelle i forhold til gruppenes behov.

Et annet gjennomgående problem var at representantenes funksjon og rolle ikke lot til å være godt nok avklart før gruppene startet opp arbeidet. Representantene møtte ganske "blanke" til første møte, slik at det gikk med mer tid til oppstart enn nødvendig. Representantene hadde heller ikke gjort "hjemmeleksen" til først møte med å forberede seg på å presentere egne kommuner. Dette gjaldt begge grupper. Det kan stilles spørsmål ved om roller og forventninger til arbeidet i gruppene hadde blitt tydelig nok kommunisert, eller om en presset hverdag i kommunene gjorde at dette var blitt nedprioritert. Et generelt problem i prosjektarbeid, er at deltakerne er deltidsdeltakere med sitt hovedfokus et annet sted.

Det var også et gjennomgående problem å opprettholde kontinuiteten i gruppene, særlig i gruppe 2, med stort frafall fra møte til møte. At frafallet ble større i gruppe 2, kan nok skyldes omstendigheter utenom selve gruppearbeidet og at det var vanskelig å samle en så stor gruppe til hvert møte, men det kan også til dels skyldes en fallende motivasjon når arbeidet trakk ut og man fikk liten framgang.

Prosjektlederrollen ble i stor grad bestemmende for gruppearbeidets utvikling. Det skjedde her et brudd i kontinuiteten i og med at den opprinnelige prosjektlederen gikk ut i permisjon. Vikarierende prosjektleder hadde ikke vært med i den formende fasen av prosjektet og hadde dermed begrenset innsyn i det tankegodset som lå til grunn for beslutninger tidlig i prosjektet. Siden hun ikke hadde vært med fra starten av, kunne hun lett ta for gitt at grunnleggende spørsmål var avklart. Dette gjaldt f.eks. spørsmålet om målsetting med prosjektet som kom opp flere ganger underveis. Arbeidet i gruppene ble til tider preget av et manglende overordnet grep, særlig når diskusjonene ble langvarige, delvis gjentakende fra møte til møte, uten at det ble tilført noe nytt, og ofte på siden av mandatet. Det lot også til å være vanskelig å kombinere en aktiv lederrolle med sekretærfunksjonen, noe som bedret seg da opprinnelig prosjektleder kom tilbake og de kunne dele på rollene.

Kontakt og kommunikasjon både horisontalt og vertikalt i prosjektet var et svakt punkt. På det horisontale plan måtte prosessgrupped medlemmene forholde seg både til egne kollegaer og til lokal prosjektgruppe, for å gjøre en god jobb. Med det menes at for å kunne utarbeide forløpet måtte de bl.a. innhente informasjon om egen kommunes rutiner og prosedyrer, ofte utover egne arbeidsoppgaver og tilknytning til enhet/avdeling. Et eksempel er fysioterapeutene som normalt ikke kjenner til sykepleierutiner ved inn- og utskriving, eller hva slags kompetanse sykepleierstaben ved de ulike enhetene/avdelingene har. Erfaringene med engasjementet fra egen kommune var varierende. Man ser ingen tydelige tegn til en begynnende kunnskapsdeling utover i prosjektperioden.

Vertikalt kontakt og kommunikasjon i prosjektet dreide seg om forholdet mellom styringsgruppe, prosjektgruppen og prosessgruppene. På prosessgruppenivå ble det tidvis uttrykt frustrasjon over manglende interesse og engasjement rundt pasientforløpsarbeidet fra prosjektgruppen, styringsgruppen og fra rådmannsnivå i kommunene. Deltakerne i prosessgruppene ga uttrykk for at de til en viss grad følte seg overlatt til seg selv, uten særlig oppfølging.

Deltakerne i prosessgruppene rapporterte imidlertid om god kommunikasjon innad i gruppene sine, og at de syntes det hadde vært lærerikt å være med. Den mest fremtredende læringseffekten var knyttet til å lære om og av hverandre: "Ga meg utrolig mye å bli kjent med, og lære av kollegaer fra andre kommuner. Lærerikt å høre hvordan andre har det og gjør det" (Meese 2013, intervju prosessdeltakere). Også selve prosjektarbeidet ga læringseffekter. Det viser utsagn som: "Lært å hive meg ut i nye utfordringer." (...) "Sitter personlig igjen med mye kunnskap" (Meese 2013, intervju prosessdeltakere). Deltakerne i prosessgruppene var også i hovedsak fornøyd med forløpene som ble utviklet. En innvending av mer overordnet karakter var knyttet til valget av diagnosebaserte forløp: "Er svært usikker på om det er hensiktsmessig å ha diagnoserelaterte forløp. Tenk på alle typer brudd, skader, sykdommer... Bedre å finne fellesnevnerne enn å lete etter ulikheter" (Meese 2013, intervju prosessdeltakere). Denne type diskusjoner lå ikke til prosessgruppens mandat, selv om den nok ble berørt, men det er en relevant refleksjon i en oppsummeringssammenheng, og ikke minst i forhold til den videre implementeringen i kommunene.

Evaluering av prosjektet

Ved evaluering kan man ta utgangspunkt i ulike perspektiv og modeller. Et hovedskille går mellom *formativ og summativ evaluering*, der summativ evaluering er opptatt av å summere opp og vurdere resultater etter at et prosjekt er avsluttet, mens formativ evaluering har som formål å avdekke gangen i gjennomføringen (Tornes 2012). Vi kan videre skille mellom *resultatorienterte modeller og prosessorienterte modeller*. I de resultatorienterte modellene vil man bl.a. være opptatt av om resultatene er i overensstemmelse med de vedtatte målsettingene. I følge prosessorienterte modeller vil aktuelle spørsmål være om aktivitetsnivået har vært tilfredsstillende og om det har vært spesielle problemer knyttet til gjennomføring av selve prosessen.

Måloppnåelsesmodellen er en klassisk modell for evaluering der kriteriene for vurdering er gitt i og med de oppsatte målene. Problemer med denne modellen kan være at målene er så vidt og vagt formulert at de vanskelig kan tjene som rettesnorer for en vurdering eller at målene er mange og sprikende. Et slikt perspektiv vil heller ikke fange opp ikke-intenderte effekter av et prosjekt.

I dette prosjektet er målsettingene tydelig formulert og vedtatt av styringsgruppen. Men det kan tenkes å være motsetningsforhold mellom hovedmålsettingen og de mange delmålene. Vi kan, med utgangspunkt i de formulerte målsettingene, si noe om i hvilken grad prosjektet har

lykkes i å oppnå disse, uten at dette kan sies å gi en dekkende vurdering av prosjektet som helhet.

Prosessmodeller vil ha fokus på å følge et tiltak fra idestadiet til det er satt ut i livet og inkluderer også ideelt sett brukernes erfaringer med tiltaket. Følgeforskning eller formativ evaluering er eksempler på prosessevaluering. I dette prosjektet har vi hatt anledning til å følge prosessen fra idestadiet til avslutning. Dette arbeidsnotatet er et forsøk på å samle trådene og summere opp prosjektets gang og erfaringer så langt, og har dermed karakter av en summativ evaluering.

Måloppnåelse

Prosjektets *overordnede mål* var å utvikle helhetlige pasientforløp. I tillegg var det formulert en rekke delmål knyttet til utvikling av system og nettverk for kunnskapsdeling og læring. Prosjektets overordnede mål kan ikke fullt ut sies å være oppnådd i og med at ikke alle de tre vedtatte pasientforløpene ble realisert innen prosjektperioden. *Delmål* knyttet til å utvikle mer varige system og nettverk for kunnskapsdeling og læring, kan bare delvis sies å være realisert. Begrepet *breddestrategi* var et sentralt begrep i prosjektet. I tillegg til å utvikle et bredere tilbud både i og mellom kommunene som deltok i prosjektet, lå det også i dette at pasientforløpene skulle kunne fungere som standardiserte modeller til bruk i andre kommuner. Målsettingen inneholdt også formuleringer om å utvikle metoder for innovasjon i offentlig sektor, og i helsesektoren spesielt. Målsettingene sett under ett, var kanskje urealistiske, tid og ressurser tatt i betraktning. Likevel kan det pekes på trekk ved organisasjonsdesign og ledelsesmodell som kan bidra til å forklare manglende måloppnåelse.

I følge teorier om organisasjonsdesign og læring kan en lærende og kunnskapsutviklende organisasjonen sees som en syntese mellom en tradisjonell byråkratisk og hierarkisk organisasjonsmodell og en prosjektorganisasjon preget av en flatere struktur, fleksibilitet og tverrfaglighet (Nonaka og Takeuchi 1995). I følge teorien består en slik organisasjon av tre lag. Sentralt er basisorganisasjonen som står for de daglige, rutinepregede oppgavene. Medlemmer fra ulike enhetene i basisorganisasjonen hentes inn for å danne prosjektteam. Når prosjektet avsluttes, "overføres" teammedlemmenes nyervervede kunnskap til en "kunnskapsbase" før medlemmene går tilbake til basisorganisasjonen. Kunnskapsbasen er ikke å forstå som et eget "lag" i organisasjonen, men som innvevd i dens visjoner, kultur og

teknologi. Ved sirkulering av mennesker og kunnskap akkumuleres ny kunnskap. Mellomledelsen har ifølge disse teoriene en sentral rolle i formidling og kunnskapsbygging, de står som brobyggere og "oversettere" mellom visjonære ideal fra det strategiske nivået og operative erfaringskunnskaper som blir utviklet på frontlinjenivå.

Den hierarkiske og formaliserte oppbyggingen av den aktuelle prosjektorganisasjonen framstår som en imitasjon av kommunenes egen struktur, og man kan stille spørsmål ved om man i tilstrekkelig grad fikk utnyttet de komplementære effektene som ligger i en mer fleksibel prosjektorganisering. Prosjektet hadde en komplisert og omfattede organisasjonsstruktur som involverte mange deltakere på ulike nivå. Sette i lys av at flere av de deltakende kommunene er små med begrensede ressurser, kan det stilles spørsmål ved om det var nødvendig med en så omfattende struktur. Tanken bak etablering av lokale prosjektgrupper var bl.a. å få til en forankring i kommunene, men deres rolle ble utydelig i og med at de hadde en dobbeltrolle både i prosjektet og i kommunene i forberedelsen av Samhandlingsreformen generelt. Hvordan prosjektgruppene fungerte internt i de enkelte kommunene varierte, bl.a. avhengig av kommunestørrelse og organisering, men det ser ikke ut som om deres potensial i prosjektet ble fullt utnyttet (Meese 2013).

Prosjektgruppen, med utspring i de lokale prosjektgruppene, var ment å ha en viktig formidlingsrolle, med kontakt og kommunikasjon både vertikalt mellom de ulike nivåene i prosjektet og horisontalt mellom prosjekt og kommunen for øvrig. Prosjektgruppens rolle framsto som uklar, også for deltakerne selv. Denne skulle i utgangspunktet utgjøre en "gruppe rundt prosjektleder." Seinere ble mandatet utvidet til å bistå egne deltakere i prosessgruppene med å utarbeide forløpene. Slik prosjektet utviklet seg fikk dette mellomleddet nærmest ikke noen funksjon hverken i prosjektet eller i kommunene, annet enn som støttespillere og praktiske tilretteleggere (Ibid.). Dermed ble heller ikke "frontlinjearbeidernes" utfordringer og innspill godt nok formidlet oppover til styringsgruppen på toppledernivå. I stedet for å involvere prosjektgruppen mer, har man brukt prosjektlederen som sammenbindende element mellom nivåene. Dette ble en "tynn streng" for å binde det hele sammen. Kunnskapen akkumulert hos prosjektleder bidro heller ikke til å bygge noen kunnskapsbase i basisorganisasjonen. M.a.o. ser det ikke ut til at de mulighetene for utvikling som lå i prosjektorganisasjonen, ble fullt utnyttet.

Prosessgruppene som utformet selve pasientforløpene fungerte heller ikke optimalt. En mer strategisk sammensetning mht. profesjon og erfaringsbakgrunn, kunne bidratt til større

effektivitet i arbeidet. Spørsmålet om gjennomgående representasjon ble f.eks. ikke tatt opp til noen prinsipiell diskusjon. Større vekt på forberedelse og tydeligere forventninger til gruppe-medlemmene hadde gjort at de kom raskere i gang og kunne arbeidet mer effektivt. Vi har også registrert en manglende erfaringsoverføring mellom de to prosessgruppene. Selv om arbeidet i gruppene delvis var overlappende i tid hadde de lite kontakt med hverandre, ut over det som skjedde sporadisk på individnivå ute i kommunene.

Styringsgruppe/prosjektgruppe utnyttet heller ikke tiden mens prosessgruppene arbeidet til å utvikle strukturer, system og modeller som kunne fungere på tvers av organisasjoner, forvaltningsnivå og profesjoner, og binde disse sammen, i tråd med prosjektets delmålsettinger. Det er også uklart hvilken rolle hhv. prosjektgruppene/prosjektgruppeledene og prosessgruppedeltakerne skulle ha i implementeringen av pasientforløpene. Hvordan implementeringsansvaret ble fordelt varierte fra kommune til kommune (Ibid.).

Prosjektledelse er avgjørende for å lykkes. En tydeligere arbeidsfordeling mellom styringsgruppe/styringsgruppeleder og prosjektleder, der rollene mer utfylte hverandre, kunne bidratt til større effektivitet. Å være prosjektleder i et prosjekt med mange grupper og deltakere på ulike nivå og til dels sprikende målsettinger, er krevende. Prosjektleder skulle være den sentrale informasjonsformidleren og den som "holdt prosjektet sammen". Dette krevde både overblikk og syn for detaljer. Et kompliserende moment her var skifte av prosjektleder på et krevende tidspunkt i prosessen. Kanskje aller viktigst var å velge en ledelsesmodell som involverte sentrale medlemmer i organisasjonene. I den valgte ledelsesmodellen ble mellomlederne, altså prosjektgruppenivået, for lite involvert.

I hvilken grad prosjektets breddestrategi har lyktes, er det for tidlig å si noe sikkert om, men data fra telefonintervju med kommunene i Møre og Romsdal i etterkant av prosjektet kan gi en indikasjon på dette.⁸ Her ble det bl.a. spurt om kjennskapen til begrepet pasientforløp, om kommunene hadde utviklet eller tatt i bruk pasientforløp og eventuelle konsekvenser av dette. Bare 9 av i alt 36 kommuner oppgir på undersøkelsestidspunktet å ha innført pasientforløp. I tillegg er det 5 kommuner som oppgir at de har arbeidet med utvikling av forløp eller har planer om innføring av forløp. Begrepet lot i liten grad til å gi presise assosiasjoner blant våre respondenter. Dette kan selvsagt forklares med at våre respondenter på rådmanns- og kommunalsjefsnivå i liten grad hadde kjennskap til detaljer i utformingen av tjenestetilbudet. Men heller ikke i små og relativt oversiktlige kommuner, og i tilfeller der tjenesteledere ble

⁸ Telefonintervju på rådmannsnivå i perioden 1/1 – 31/10 2013.

intervjuet, ga begrepet noen entydig mening for respondentene. "Pasientforløp" ble av mange tolket som rutiner av ulike slag, bl.a. for dokumentasjon og oppfølging av utskrivingsklare pasienter, og "noe vi alltid har hatt". Flere av våre respondenter i kommunene ga uttrykk for at det var liten interesse for å ta i bruk ferdige opplegg. Blant dem som kjente til de konkrete pasientforløpene, var det flere som mente at de var altfor omfattende, lite hensiktsmessige og vanskelige å bruke i praksis. En respondent uttalte: "Vi fikk presentert et pasientforløp om KOLS på 50 sider, det blir altfor omfattende og lite hensiktsmessig i en liten kommune". Noen mente pasientforløpene kunne brukes som oppslagsverk, og mente at de kunne virke forenkende, selv om de viste seg å være vanskelige å bruke fullt ut. Noen uttalelser kan illustrere dette: "Gode oppslagsverk, men ser ikke for meg at dette blir håndterlig i praksis". "Vi må tenke individuelt, men det er viktig å ha noen knagger". Flere kommuner, også blant dem som selv har vært med på prosjektet, mente at diagnosebaserte pasientforløp ikke var hensiktsmessig for kommunene.

Om prosjektet kan sies å ha bidratt til å utvikle metoder for innovasjon i offentlig sektor og i helsesektoren spesielt, slik en av delmålsettingene var formulert, var det delte meninger om blant prosjektdeltakerne. Det ble bl.a. diskutert i en av prosessgruppene om selve arbeidet med pasientforløpene kunne sies å være innovativt. Man konkluderte med at arbeidet var av mer beskrivende karakter og for en stor grad besto i å systematisere allerede eksisterende kunnskap. Utvikling av pasientforløp er ikke noe nytt, men det nye kan sies å ligge i en tilpasning av et konsept utviklet til bruk i sykehus til det kommunale nivået. Et sykehusbasert pasientforløp strekker seg over en begrenset tidsperiode, mens kommunene må tenke bredere, mer helhetlig og mye mer langsiktig. Skiftet av navn på det siste pasientforløpet utviklet etter prosjektperioden fra "smertelindring ved cancer" til "helhetlig pasientforløp for palliative pasienter i kommunehelsetjenesten" kan tyde på at man tenker ut fra bredere pasientgrupper og har løsrevet seg mer fra diagnosetenkningen.

Evaluering av prosess

Vanligvis tenker vi oss at det er en sammenheng mellom prosess og grad måloppnåelse, men man kan også vurdere utbyttet av selve prosessen uavhengig av måloppnåelse. Når det gjaldt læringsutbytte av prosjektet, varierte dette alt etter om man fokuserte på det individuelle eller organisatoriske nivå. Det er ingen tvil om at mange satt igjen med et stort personlig læringsutbytte. Kurs og hospitering ble nevnt av mange som svært nyttig og lærerikt.

Mht. kommunens læring, var utbyttet mer tvilsomt. Noen kommenterer som gikk på dette: "...tror dette er bare nok et prosjekt som de har kommet seg gjennom etter å ha fått tildelt midler". Og: "Er mer usikker på om kommunen sitter igjen med noe etter dette" (Meese 2013, intervju prosessdeltakere). Men å se egen kommune i lys av andre kan være nyttig, man ser hva som fungerer og ikke fungerer: "ser at vi ikke har det så verst allikevel" (Meese 2013, intervju prosessdeltakere). Økt samarbeidskompetanse, ble trukket fram som spesielt nyttig for de mindre kommunene: "Har lært mye om hva som må være på plass for å drive store prosjekt sammen med mange parter. Kommunen har lært noe om hva man kan og må samarbeide om og hva man kan håndtere selv" (Meese 2013, intervju med kommunalsjef). Foreløpig er det vanskelig å si om kommunene har utviklet bedre metoder for kunnskapsdeling og organisatorisk læring.

Oppsummering/konklusjon

Det ser ut til å være vanskelig å forene en effektiv gjennomføring av prosjektets hovedmålsetting med å utforme de konkrete pasientforløpene, med de mange delmålene i prosjektet. Sett i forhold til prosjektets hovedmål, kan det tenkes at en prosjektorganisasjon med kun to nivå, styringsgruppe og prosessgrupper, ville gitt bedre betingelser for en effektiv utforming av pasientforløp. Gitt at ikke så mye ressurser var bundet opp i de lokale prosjektgruppene, hadde man kanskje hatt kapasitet også til å utarbeide det tredje pasientforløpet i løpet av prosjektperioden.

På den annen side var de lokale prosjektgruppene og prosjektgruppenivået nyttig og nødvendig for å forankre kunnskapen som ble utviklet i prosjektet. De var viktige med tanke på implementeringen av pasientforløpene ved å gjøre disse kjent og berede grunnen i kommunene. En for toppstyrt og stam styring ville være til hinder for de lokale læringsprosessene. Prosjektet lyktes heller ikke helt med delmålsettingene om å utvikle nettverk og metoder for kunnskapsdeling og organisatorisk læring. Dette hang sammen med at man ikke evnet å utarbeide en organisasjonsstruktur og ledelsesmodell som sikret god nok utveksling av kunnskap fra prosjekt til kommune for videre spredning ut over det individuelle nivået. Det kan se ut til at forsøket på å forene ulike hensyn i prosjektet har gjort at hverken hovedmål eller delmål fullt ut kan sies å være realisert.

Deltakelse i prosjektet har imidlertid hatt en egenverdi. Deltakelse i prosjektet synes å ha gitt et godt personlig læringsutbytte, men at deltakerne opplevde en noe svak forankring oppover i prosjektet og innad i egne kommuner. For å kunne si noe om hvordan kunnskapen som ble

utviklet i prosjektet er videreført i de aktuelle kommunene, må man se på implementeringen, og det vil være interessant å foreta nærmere studier av deltakerkommunene over en lengre tidsperiode.

Litteratur:

Gjerde, Ingunn; Janny Meese, Lars Rønhovde, Inger Stokke og Turid Aarseth: "Helhetlige pasientforløp, del 1", Høgskolen i Molde, Arbeidsnotat 2012:7.

http://www.nb.no/idtjeneste/URN:NBN:no-bibsys_brage_37185

Meese, Janny: "Kunsten å lære. Bidrar bruk av prosjekt til at eierkommunene utvikler bedre metoder for kunnskapsdeling og organisatorisk læring?" Masteroppgave, Høgskolen i Molde, 2013. http://www.nb.no/idtjeneste/URN:NBN:no-bibsys_brage_42610

Nonaka, Ikujiro og Hirotaka Takeuchi (1995): *The Knowledge-Creating Company*. New York: Oxford University Press.

St. meld. nr. 47 (2008 – 2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

Søknad om nasjonale samhandlingsmidler 2011: Prosjekt Helhetlige pasientforløp – en breddestrategi.

Tornes, Kristin (red) (2012): *Evaluering i teori og praksis*. Akademika Forlag.

Torsteinsen, Harald (red) (2012): *Resultatkommunen – Reformen og resultat*. Universitetsforlaget.

Årsrapport 2011: "Helhetlig pasientforløp – en breddestrategi".

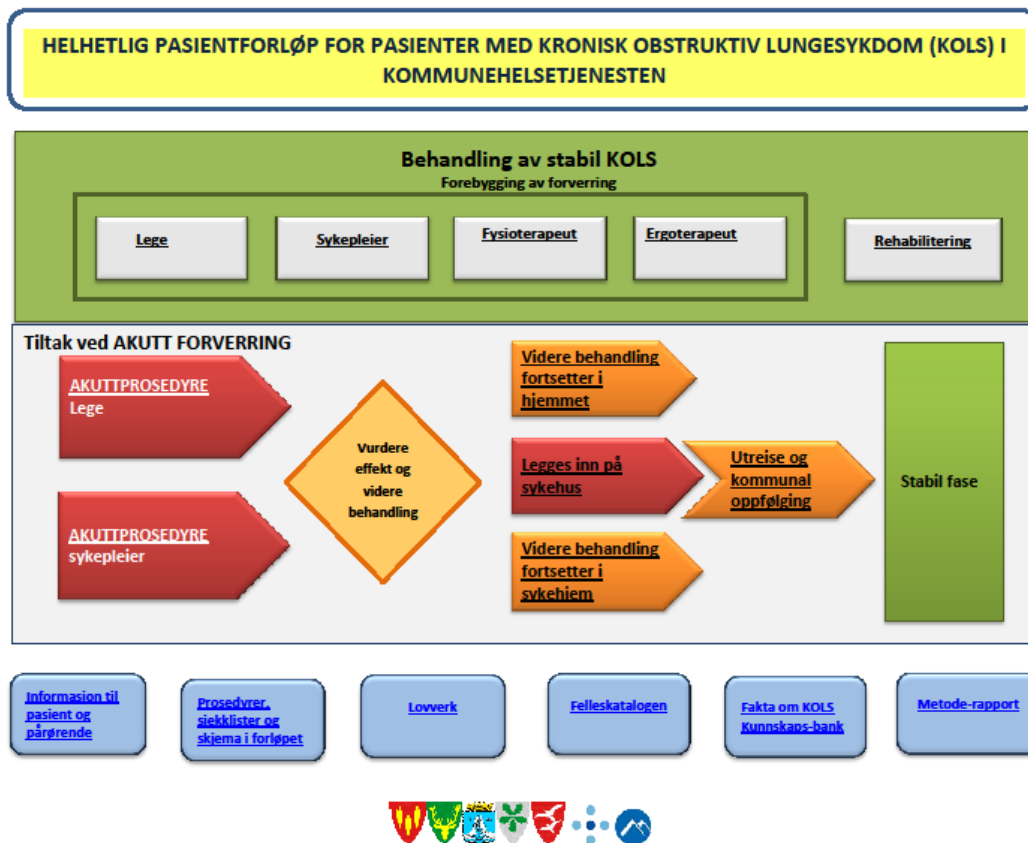
Vedlegg 1: Pasientforløp 1: Brudd i øvre lårbein.



Dokumentasjon og informasjon

Risikofaktorer og forebygging	Fakta om lårhalsbrudd	Fysioterapeutens rolle	Sykepleierens rolle	Legens rolle
Treningsprogram Treningsprogram 2	Regelverk	Samhandlingsreformen	Oppslagsverk	Pasientinformasjon

Vedlegg 2: Pasientforløp 2: KOLS





Høgskolen i Molde
PO.Box 2110
N-6402 Molde
Norway
Tel.: +47 71 21 40 00
Fax: +47 71 21 41 00
post@himolde.no
www.himolde.no



Møreforsking Molde AS
Britvegen 4
N-6411 MOLDE
Norway
Tel.: +47 71 21 42 90
Fax: +47 71 21 42 99
mfm@himolde.no
www.mfm.no