

Prosjektdirektiv

Langvarige og koordinerte tjenester (LKT- Hovedprosjekt)

Prosjekteier: Haukeland universitetssjukehus
Prosjektleder: Anne Kvalheim

Innhold

1	Hvorfor prosjekt? Bakgrunn og føringer	3
1.1	Bakgrunn	
2	Hovedprosjektet	5
2.1	Prosjektets formål og mål	6
	Formål 6	
2.2	Målgruppe	6
2.1	Begrepsavklaringer	7
2.2	Videre avgrensning av målgruppe	7
3	Leveranse, nytteverdi og kritiske suksessfaktorer	10
3.1	Leveranse og nytteverdi	10
3.2	Kritiske suksessfaktorer	10
4	Fremdriftsplan og metodisk tilnærming	11
4.1	Fase 2. Datainnsamling; Metodisk tilnærming	12
4.2	Fase 3. Analyse og modellutforming	14
4.3	Fase 4 og 5. Pilot og implementering	14
5	Prosjektorganisering	17
5.1	Roller , oppgaver og ansvar	17
5.2	Organisering fra mars 2017	18
5.3	Forslag til budsjett	22
5.4	Vedlegg	22
5.5	Referanseliste:	22

Endringslogg			
<i>Versjon</i>	<i>Dato</i>	<i>Endring</i>	<i>Endret av</i>
0.9	Mai 2015	Første direktivutkast	Anne Kvalheim
1.0.	Januar 2016	Godkjent av styringsgruppen	Anne Kvalheim
1.2	Januar 2017	Justert versjon	Anne Kvalheim
1.3	April 2017	Godkjent av styringsgruppa	Anne Kvalheim
1.4	01.06.17	Godkjent av Styringsgruppen	Hilde Nesse
1.5	August 2017	Arbeidsgrupper etablert	Hilde Nesse
1.6	April 2018	Godkjent av styringsgruppa 10.04._ Plan for pilot	Anne Kvalheim
1.7	August 2018	Godkjent av styringsgruppa 27.08.18	Anne Kvalheim

1 Hvorfor prosjekt? Bakgrunn og føringer

1.1 Bakgrunn

Det norske helsevesen er blant verdens beste både målt i medisinsk faglig kvalitet, i tilgang til moderne utstyr og teknologi og økonomiske rammebetingelser. Mennesker med langvarige og sammensatte helsetjenestebehov har over lang tid utfordret helsesystemene, og det er en kjensgjerning at tilbud til flere pasientgrupper verken er optimalt organisert eller oppleves som samordnet og koordinert levert. Utfordringen sammenfattes i St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid hvor det påpekes at:

«Det er i dag få systemer som er rettet inn mot helheten i de tjenester som skal svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester. Derimot har vi mange systemer som er rettet inn mot de ulike deltjenestene, herunder oppdelinger i ulike organisatoriske enheter, separate rettighets-, finansierings- og IKT systemer. I tillegg er det slik at det er ulik forståelse av hva som er målet for tjenesten. Store deler av spesialisthelsetjenesten er både i sin organisering og sin funksjon, preget av at målet er medisinsk helbredelse. Kommunehelsetjenesten har derimot et langt større fokus på pasientens funksjonsnivå og mestringsevne. For pasienten/brukeren er det en gjensidig avhengighet mellom de to målformuleringene. Men forskjellen i målforståelse kan likevel bidra til samhandlingsproblemer, fordi det påvirker kommunikasjon og hvilke problemstillinger som vektlegges. (.....) Dårlig koordinerte tjenester betyr også dårlig og lite effektiv ressursutnyttelse.» (s. 13)

Ønsket om å ha en kontinuerlig tiltakskjede fra de lokale tjenestene til de høyt spesialiserte tilbudene er ikke et nytt fenomen. Dette kom blant annet tydelig fram både i stortingsmeldingen om helsetjenesten utenfor sykehus og i stortingsmeldingen om sykehusutbyggingen i et regionalisert helsevesen¹ allerede tidlig på 70 tallet Disse meldingene kan sies å være de historiske forløperne til samhandlingsreformen.

I St. Meld. 21. Ansvar og meistring (1998-99), som omhandler strategier for eit meir systematisk og effektivt rehabiliterings- og habiliteringsarbeid, rapporteres det om «manglande oversikt, plan og kontinuitet i tilbodet. Det ser ut til å vere eit mangelfullt og tilfeldig samarbeid mellom ulike forvaltningsnivå, etatar og yrkesgrupper, og mangel på plan og heilskapstenking rundt den enkelte. Svikt i tiltakskjeder og -nettverk mellom ulike tenester, fag og nivå svekkjer effekten av elles formålstenlege tiltak innanfor kvar sektor». (kap. 2)

Utfordringer som tilbakemeldes fra brukere² av dagens helsetjenestene er nærmest likelydende og oppsummeres blant annet i Meld.St. 26. Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

- Tjenesten må tilpasses den enkelte bruker, ikke bare den enkelte diagnose
- Det er i for mange tilfeller symptomene som behandles, ikke årsaken til symptomene
- Tjenestetilbudet til mennesker med omfattende hjelpebehov kan bli bedre, både med tanke på omfang, innhold og kvalitet
- Det er fortsatt mangelfull samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og

¹ Ref: St.Meld. 85 (1970-71) og St Meld 9 (1974-75)

² Ref: Meld. St. 26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» og Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan)

spesialisthelsetjenesten

- Kvalitetsarbeidet foregår søylebasert og ikke på tverrfaglig og overordnet nivå
- Ordningene med koordinatore og individuell plan fungerer ikke etter intensjonen
- Tjenestene oppleves som fragmenterte og søyleorganiserte. Det er for lite koordinering mellom tjenestene
- Det er for lite brukerinvolvering
- Fastlegene er for dårlig integrert i resten av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Ovenstående setter agenda og aktualiserer behov for et prosjekt som ser nærmere på dagens praksiser knyttet til pasienter med langvarige og koordinerte tjenester (LKT) og søker etter løsninger og svar som kan bidra til en endring som vil bety en forskjell for flere innen målgruppen(e). Målet er å legge bedre til rette for at pasienter i målgruppen i økende grad skal oppleve et mer helhetlig og individuelt tilpasset helsetilbud på tvers av tjenestenivå og i tråd med ambisjonen om «Pasientens helsetjeneste».

Prosjektet tar utgangspunkt i at løsninger må skapes i samarbeid mellom pasienter, pårørende, spesialisthelsetjeneste, kommune. Som rettesnor for prosjektet er målsettingene som tydelig kommuniseres i Meld. St. 26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet»:

Fremtidens tjenester skal utvikles sammen med pasienter, brukere og deres pårørende. Brukerne skal få større innflytelse over egen hverdag, gjennom mer valgfrihet og et større mangfold av tilbud. Målet er å skape tjenester som bidrar til at hver enkelt tjenestemottaker får ivaretatt sine grunnleggende behov og mulighet til å leve et aktivt og godt liv i fellesskap med andre. Dette innebærer å ta i bruk brukernes ressurser på nye måter, med økt fokus på mestring og den enkeltes erfaringskompetanse som grunnlag for utvikling av tjenestene. (s.45)

Innledende sitat fra Samhandlingsreformen oppsummerer utfordringsbildet vi står overfor og ansporer også til løsninger. «(...)Store deler av spesialisthelsetjenesten er både i sin organisering og sin funksjon, preget av at målet er medisinsk helbredelse. Kommunehelsetjenesten har derimot et langt større fokus på pasientens funksjonsnivå og mestringsevne. For pasienten/brukeren er det en gjensidig avhengighet mellom de to målformuleringene». Begrepet og modellen av den gode dagen³ introduseres som et mål bilde som forener de ovenfornevnte perspektiver. I prosjektets innledende runder har modellen fungert samlende med hensyn til å integrere elementer av utfordringsbildet, sentrale føringer og felles mål.

³ Den gode dagen modellen er introdusert av Johannes Kolnes. Modellen tydeliggjør at målet for pasienten er å oppnå en best mulig håndtering av eget liv, men med støtte fra ulike aktuelle aktører undervies i et forløp. Visualiseringen av modellen som benyttes her er hentet fra Haukeland universitetssjukehus sin Kompetansestrategi for 2015-2030.

Fig. 1. «Den gode dagen»



Hovedprosjektet er blant annet inspirert av tankegods, modell og erfaringer fra implementering og bruk av Psykoseforløpet⁴ og fra innføring av Kreftpakkeforløpene. I tillegg har prosjektet latt seg inspirere av erfaringer fra arbeidet i lokale FACT-team⁵ (Flexible Assertive Community treatment). Modellene viser til nyere arbeidsmåter som er tatt i bruk av lokale aktører innenfor psykisk helsevern. Erfaringer fra implementering og bruk av disse kan bli sentrale for prosjektets ulike faser.

Endringsarbeid er krevende. I Melding. St 11. (2014-2015) Kvalitet og pasientsikkerhet 2013, påpekes at gjennomgående utfordringer i helse og omsorgstjenesten er knyttet blant annet til mangelfull samhandling og ledelse. Prosjektet ønsker å utforske hvordan tjenestene i samarbeid med pasienter og pårørende kan få til ønsket endring av ulike lokale praksiser og samarbeidsmåter. Erfaring fra tidligere implementeringsarbeid samt nyere implementeringsteori og -metode vil legges til grunn og inspirere arbeidet videre.

2 Hovedprosjektet

Med bakgrunn i LKT – forprosjektet⁶ har Haukeland universitetssjukehus tatt initiativ til et påfølgende hovedprosjekt.

Bestillingen til Hovedprosjektet er:

Prosjektet skal :

- omhandle «pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester»
- være et samhandlingsprosjekt på tvers av helsetjenestenivå
- ha ambisjoner om å finne fram til felles løsninger på felles utfordringer for flere av gruppene innen målgruppen

⁴ <http://www.saman.no/3478.2029.Psykoseforlop.html>

⁵ FACT - visjon, modell og organisering av FACT-modellen

⁶ Forprosjekt Langvarige og koordinerte tjenester (LKT) ble gjennomført i perioden desember 2013 til mai 2014. Prosjektet anbefalte et oppfølgingsarbeid med mål om å lage en elektronisk generisk oversikt over aktørene slik de fremstår i lov og forskrift og utvikle og innføre en kjent teknologisk løsning for en pasientapplikasjon som skal aktivere aktørkartet og nyttes som pasientens elektroniske kommunikasjonskanal med hjelpeapparatet. (se vedlegg 1.)

Bestillingen tilsa at vi skulle ta ett skritt tilbake i forhold til hovedkonklusjonen i forprosjektet. Det er ønsket at hovedprosjektet utforsker muligheten for å finne fram til noen få men sentrale og mer generell løsninger på utfordringer opplevd av flere grupper innen målgruppen.

Hovedprosjektet er forankret i den formelle samhandlingsstrukturen i foretaksområdet, samt i Grunnlagsdokumentet, med tilhørende handlingsplan⁷, og felles avtaleverk⁸ utarbeidet i 2012..

2.1 Prosjektets formål og mål

Formål

- Pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal oppleve trygghet, kvalitet og egenmestring i møte med helsetjenesten.

Mål

- Utarbeide et overordnet rammeverk som gir sentrale føringer for og understøtter, likeverdig samarbeid mellom pasienter, pårørende og relevante aktører i kommune og spesialisthelsetjeneste
- Bidra til at anbefalt rammeverk blir implementert og operasjonalisert etter prosjektperioden

2.2 Målgruppe

Hvem er pasientene med behov for «langvarige og koordinerte tjenester»?

«Det må være et mål at pasienter og brukere møter en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingsskjeder og pasientforløp som ivaretar god behandlingsskvalitet, uansett hvem som har ansvaret for de enkelte deltjenester. Særlig viktig er dette for pasienter med langvarige og sammensatte behov, som f.eks. eldre pasienter med flere sykdommer, syke barn og unge, pasienter med kroniske lidelser, pasienter med psykiske lidelser, rusmiddelavhengighet og terminale pasienter.» (St.melding.47 (2008-2009) Samhandlingsreformen)

Prosjektet har på bakgrunn av det innledende arbeidet utformet følgende arbeidsdefinisjon av prosjektets målgruppe.

Definisjon:

Barn, unge, voksne og eldre, med komplekse og sammensatte behov, som har behov for en dynamisk og samordna innsats fra ulike aktører både i kommune og spesialisthelsetjeneste – der manglende beredskap, kontinuitet i behandling og oppfølging, på kort- og lang sikt, vil få alvorlige konsekvenser for pasient/bruker og/eller omgivelser.

⁷ Ref: [Handlingsplan 2016](#)

⁸ <http://www.saman.no/2134.961.Samarbeidsavtaler.html>

2.1 Begrepsavklaringer

Kompleks/kompleksitet

Med bakgrunn i innhentet kunnskapsgrunnlag samt erfaringer fra ulike kliniske praksisfelt opplever prosjektgruppa at kompleksitetsbegrepet i større grad enn «langvarig og koordinert» beskriver prosjektets målgruppe. Kompleksitetsbegrepet henviser i denne sammenheng både til et behov for ulike kompetanser fra ulike fagpersoner, fagmiljø, organisasjoner og forvaltningsnivå, men også til situasjoner preget av uforutsigbart og behov for prioritering og improvisasjon⁹.

Beredskap for å unngå svikt; prosjektgruppa påpeker alvorret av eventuelle svikt i pasientforløpet for pasientergruppene. Konsekvensene av svikt rammer både pasienter, pårørende, system og samfunn. Tidlig innsats samt forebyggende og helsefremmende perspektiver vil på lik linje med helhetlig behandling og oppfølging, kunne redusere faren for svikt. Ulike overganger er dokumenterte faser med økt fare for svikt. Det kan være overgangen barn - ungdom – voksen, eller faser der pasienten skal overføres mellom tjenestenivå, mellom organisasjoner, mellom fagområder, mellom enheter innen samme organisasjon og/eller mellom ulike faggruppers og ulike personers ansvarsområder. I det videre prosjektarbeidet vil de sårbare overgangene ha et spesielt fokus.

Langvarig henviser i denne sammenheng til behovet for tjenester fra begge forvaltningsnivå over år, og ofte i store deler av pasientens liv.

2.2 Videre avgrensning av målgruppe

I Meld. ST. 26 Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet opereres det med en inndeling av brukerne i helse og omsorgssektoren i tre grupper:

1. Friske brukere som har en enkel, ikke kompleks sykdom /tilstand
2. Brukere med en kompleks sykdom /tilstand eller flere samtidige lidelser/problemer men som er selvhjulpne og oftest i arbeid
3. Brukere med de mest sammensatte og komplekse behov, oftest brukere av hjemmetjenester /beboere i omsorgsbolig eller institusjon.

Sist nevnte gruppe bruker i følge meldingen, størstedelen av ressursene på tross av at de prosentmessig utgjør en liten andel av befolkningen. Likevel får mange av dem ikke den helsemessige oppfølging de trenger. (s. 15)

Statistisk sentralbyrå presenterer i sin rapport *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2014*, tall fra IPLOS-registeret for perioden 2007-2014. Rapporten viser at det i 2014 var 341330 unike mottakere av helse- og omsorgstjenester. Nær fire av ti mottakere er under pensjonsalderen (38 %). I 2014 var en av fire mottakere under 50 år (24%) og en av tjue (5 %) under 18 år. Nær to av ti tjenestemottakere (19%) bor i en institusjon eller bolig med fast tilknyttet personell hele døgnet.¹⁰

I en analyserapport utarbeidet ved Haukeland universitetssjukehus (2013), vises det til at 10 % av pasientene med høyest døgnforbruk av somatisk spesialisthelsetjeneste står for hele 53% av

⁹ I slike situasjoner vil også målet om «brukermedvirkning» kunne antas å være spesielt utfordrende, da mangelen på systematikk, forutsigbarhet og mulighet for planlegging nettopp betegner det komplekse.

¹⁰ Mørk E. Kommunal helse- og omsorgstjenester 2014. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2015
<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/242516?ts=150606744c0>

totalforbruket. Rapporten viser at denne «storbrukargruppa» skiller seg tydeleg fra resten av brukergruppa både med hensyn til ulike egenskaper og ulikt forbruksmønster.

Rapporten oppsummerer sin funn slik:

Ein kan med bakgrunn i analysane slutte at det finst ei storbrukargruppe som skil seg klart frå resten av pasientane. Gruppa let seg rimeleg lett avgrense analytisk. Pasientane har i stor grad (multiple) kroniske lidingar, og langvarige tilstandar som krev oppfølging frå fleire ledd i behandlingsskjeda. Gruppa utfordrar i høve til å tenkje meir på tvers og meir langsiktig, og til å sikre gode overgangar mellom ulike ledd i kjeda. Heilskaplege samhandlingstiltak burde derfor kunne gi gevinst både i form av forbetra kvalitet i den langsiktige oppfølginga, og kunne gje færre ø-hjelpsinnleggingar.

For å ramme inn målgruppen ytterligere har vi sett til et teoretisk rammeverk presentert i den svenske rapporten:¹¹ *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett framfragmenterat vård- och omsorgssystem.* Dimensjonene i rammeverket utgår fra antagelsen om at grupper med lignende behov for samordning ligger i nærheten av hverandre på en skala som består av følgende to dimensjoner:

A. Kompleksitet i samordningen

Individets behov avgjør hvilke kompetanser som trengs og hvor mange og hvilke personer som må involveres for å imøtekomme samordningsbehovet. Samordningsbehov oppstår når flere personers kompetanse er nødvendig og forverres ytterligere når ulike personers kompetanse må hentes fra ulike profesjoner, ulike fagområder, organisatoriske enheter og ulike forvaltningsnivå.

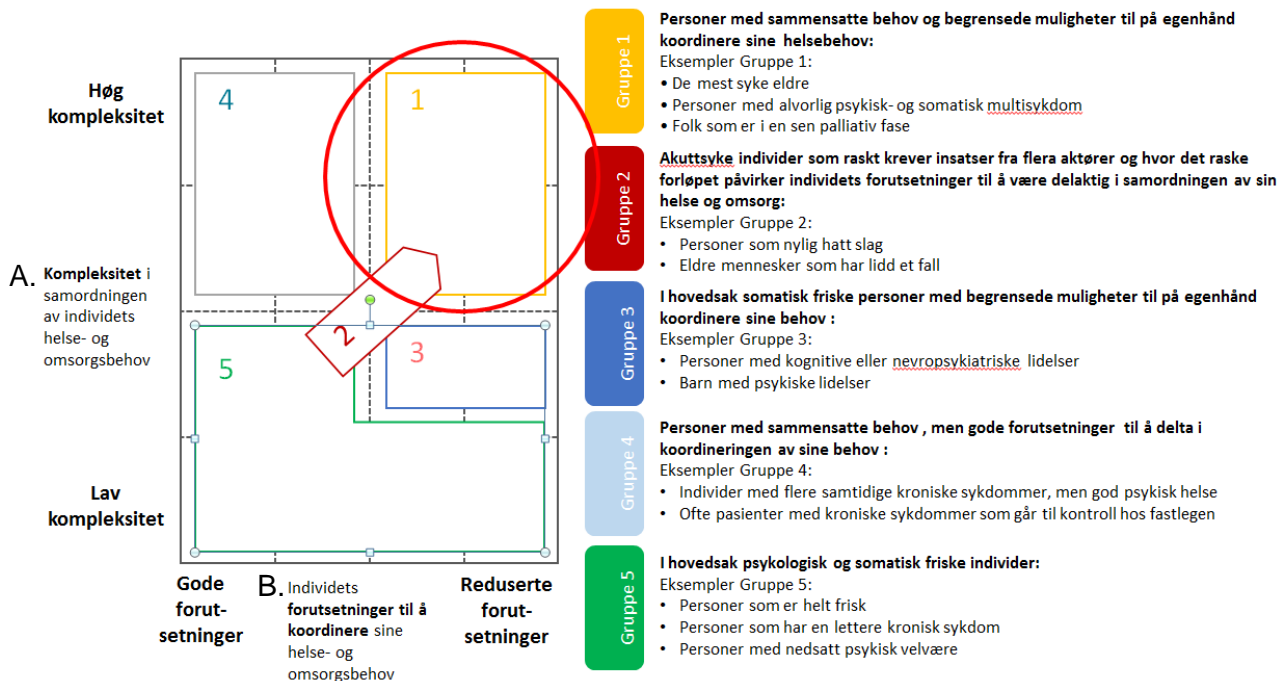
B. Den enkeltes forutsetninger for å være aktiv og medskapende i egen omsorg

Den enkelte pasient sin mulighet for å være aktiv og medskapende i samordningen av egen behandling og omsorg varierer og er avhengig av flere faktorer. Eks.: lav alder, høy alder, psykisk uhelse, kognitiv svikt, nedsatt funksjonsevne, manglende språk og samfunnsforståelse. Graden av aktiv deltakelse i egen omsorg er avgjørende for behovet for hjelp og støtte til samordning, enten fra pasientens eget nettverk og/eller fra helse og omsorgstjenestene.

Med bakgrunn i gruppeinndelingen vist til i primærhelsemeldingen, samt innledende arbeid med å avgrense prosjektets målgruppe (målgruppedefinisjon og inklusjons- og eksklusjonskriterier¹²), benytter vi det ovenfor beskrevne rammeverket med de samme to dimensjoner for å avgrense målgruppen ytterligere. (se fig. 2.)

¹¹ PM 2016:1 Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett framfragmenterat vård- och omsorgssystem.

Figur 2



Figur 2. viser til en kategori av av pasienter kategorisert med bakgrunn i dimensjonene; A. og B. Grenseoppgangene er flytende men visualiseringen henspeiler på en sammensetning av pasienter på tvers av alder, diagnose og fagområde med sammensatte utfordringer der graden av kompleksitet i samordningen er stor og mulighetene for å kunne være delaktig i samordningen av egen behandlings- og omsorgsprosess redusert.

Videre avgrensning av målgruppe

Videre avgrensning er foretatt på bakgrunn av alder og geografi (kommunetilhørighet). Vi avgrensner målgruppen til å omfatte barn (0-18) og eldre (over 67) som har tilhørighet til en storbykommune eller til en av to mellomstore kommuner i foretaksområdet.

Kommunene er Bergen kommune, Os kommune og Lindås kommune.

Kunnskap om konkrete praksiser og erfaringer fra utvalget av pasienter, deres pårørende og aktuelle tjenesteytere i kommuner og spesialisthelsetjeneste blir avgjørende også for videre arbeid med utforming av tiltak/rammeverk og utprøving av dette i de samme lokale praksiser.

Pilotering av løsningsforslag samt fullskala implementering må skje i avgrensede og lokale settinger. Å ha kjennskap til, kunnskap om og forståelse for konteksten(e) når komplekse intervensjoner skal implementeres er avgjørende for å lykkes.

3 Leveranse, nytteverdi og kritiske suksessfaktorer

3.1 Leveranse og nytteverdi

Formålet med prosjektet er at pasienter med høy grad av kompleksitet og reduserte forutsetninger for å være delaktige i samordning av egen behandling- og omsorgsprosess i større grad enn i dag, skal oppleve trygghet, kvalitet og egenmestring i møte med helsetjenesten.

Målet er å utarbeide et overordnet, generisk rammeverk som skal klargjøre og tilrettelegge for hvordan relevante aktører kan inngå i et samarbeid og en samhandling rundt den enkelte pasient. Rammeverket skal gi økt forutsigbarhet og trygghet for pasienter og pårørende og gi noen sentrale rammer og føringer for hvordan tjenestene skal samarbeide og samhandle med hverandre og med pasient og pårørende.

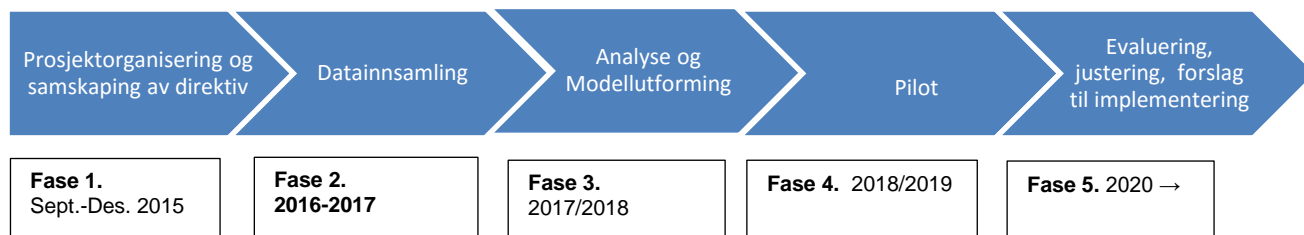
Prosjektet tar også mål av seg å bidra til implementering av et rammeverk bestående av identifiserte generiske hovedelementer som er felles for flere. Rammeverket vil inneholde forpliktende føringer for samarbeidet, samtidig tilsier all erfaring at rammeverket samtidig må romme lokale variasjoner knyttet til praksisfelt og målgrupper. Prosjektet tar derfor også mål av seg til å bidra til økt kunnskap om implementering og implementeringsprosesser.

3.2 Kritiske suksessfaktorer

- At det i et prosjekt er nødvendig, lov og påkrevd at en ser på løsninger som sprenger grenser og rammer for hvordan vi jobber i dag
- At de tiltak som foreslås og prøves ut lar seg overføre til ordinær drift med de endringer i organisering, makt og myndighet som skal til for at de skal kunne innfri hovedmålet for prosjektet
- At de hovedprinsipper og grep som en velger å implementere blir forpliktende og fulgt opp av de ulike involverte samhandlingsaktører; herunder organisasjoner og ledere i ulike deler av tjenestene
- At alle involverte; pasient, pårørende, personell i kommuner og spesialisthelsetjensten samt aktuelle organisasjoner, betraktes som likeverdige aktører også i implementerings- og oppfølgingsarbeidet.

4 Fremdriftsplan og metodisk tilnærming

Prosjektets målsettinger søkes oppnådd gjennom følgende prosjektfaser:



Skissert formål og mål fordrer en metodisk tilnærming som gir prosjektet de samtidige perspektiver fra pasientgrupper, pårørende, helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og tjenesteytere i kommunene.

Fase 1.	Prosjektorganisering	<ul style="list-style-type: none"> - Etablere prosjektorganisasjon med utgangspunkt i samhandlingsstrukturen - forankre prosjekt i samhandlingsstruktur og felles handlingsplan 2015/2016 - Samskrive direktiv og få dette godkjent i styringsgruppa
Fase 2.	Datainnsamling	<ul style="list-style-type: none"> - Gjennomføre systematisk litteratursøk - Justere direktiv og få dette godkjent i styringsgruppa - Avgrense målgruppe for datainnsamling - Feltarbeid: følge pasienter tilhørende valgte alderskategorier og valgte kommuner gjennom deres møte med aktuelle aktører i spesialisthelsetjeneste og kommune. Vi vil ha fokus på samhandling og samarbeid og gjennomføre intervju/samtaler med pasienter og pårørende, samt eventuelt fokusgruppeintervju med relevante ledere og tjenesteytere.
Fase 3.	Analyse og utforming av modell/rammeverk	<ul style="list-style-type: none"> - Den totale datafangsten skal sammenstilles og analyse gjennomføres - Utforme forslag til overordnet og forpliktende rammeverk
Fase 4.	Pilot	<ul style="list-style-type: none"> - Planlegge, dimensjonere og gjennomføre pilot - Finne egnede kvalitetsindikatorer/effektmål (erfaringsundersøkelser, feltobservasjoner, intervju)
Fase 5.	Evaluering og implementering	Evaluere, justere og foreslå implementering

4.1 Fase 2. Datainnsamling; Metodisk tilnærming

Fase 2. Etablere felles kunnskapsgrunnlag gjennom følgende arbeidslinjer:



a. **Kunnskapsgrunnlag:**

Det er nødvendig med et bredt kunnskapsgrunnlag og prosjektmedarbeiderne har gjennomført systematisk litteratursøk samt innhentet erfaringer fra andre aktuelle prosjekter; både internasjonalt, nasjonalt og lokalt.

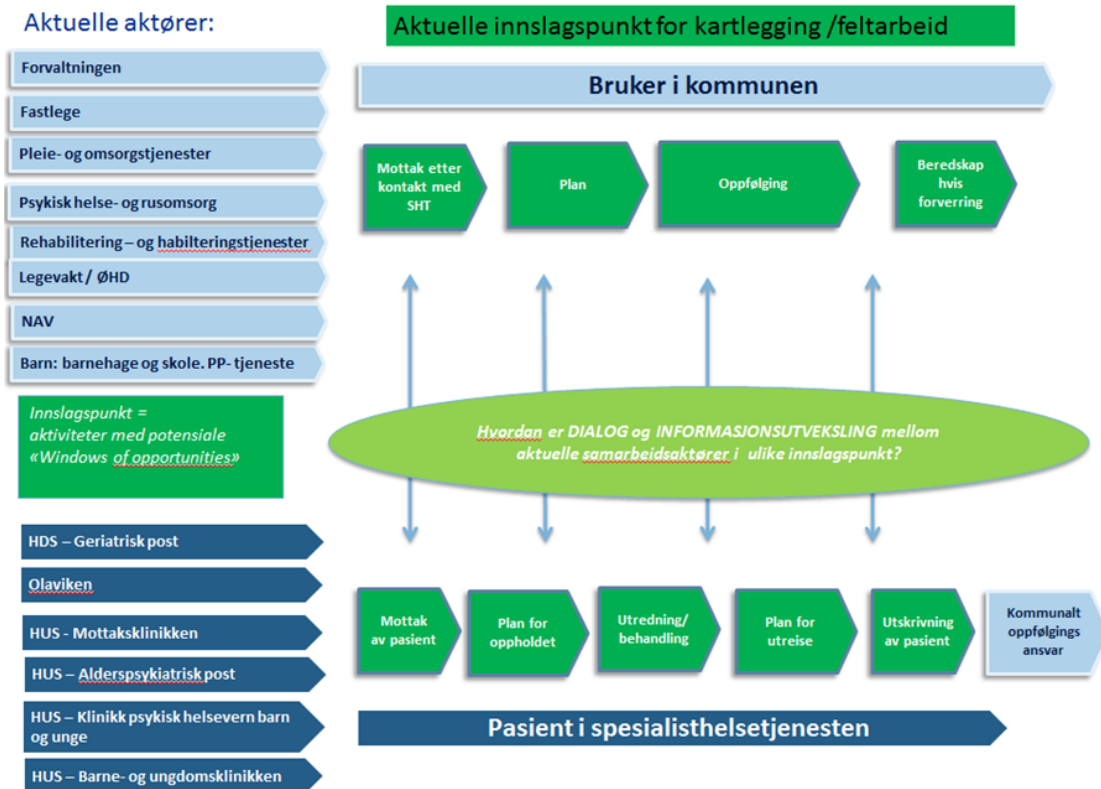
Videre har prosjektet innhentet kunnskap om og erfaringer fra innføring av kreftpakkeforløpene, Psykoseforløpet, Fact-team samt implementering og bruk av nasjonale verktøy som har til hensikt å styrke samarbeidet med og om pasienter med behov for langvarige, helhetlige og koordinerte tjenester, herunder Individuell plan(IP), Koordinerende enhet(KE), koordinatorfunksjoner osv.)

b. **Feltarbeid:**

Gjennom feltarbeid har prosjektet innhentet kunnskap om hvordan dagens samarbeid mellom pasienter og tjenesteaktører foregår.

Ved å følge arbeidsprosesser knyttet til et utvalg pasienter/brukere søker vi kunnskap om og forståelse for konkrete samhandlingspraksiser gjennom fokus på hvordan:

- pasienter og pårørende erfarer sine møter med tjenestene
- ansatte i spesialisthelsetjeneste og kommune samarbeider med den enkelte pasient/bruker
- spesialisthelsetjeneste og kommune samhandler
- man samhandler internt i kommune og spesialisthelsetjeneste



Vi har et særlig fokus på overganger både internt i spesialisthelsetjenesten, mellom forvaltningsnivå og i kommunen.

Kunnskap innhentes gjennom:

- samtaler med pasient, pårørende og personell
- deltagelse på fagmøter med personell der behandling og oppfølging drøftes og besluttes
- deltagelse i samarbeidsmøter mellom pasient/pårørende og aktuelt personell
- tilgang til relevante journalopplysninger i spesialisthelsetjeneste og kommune
- innsyn i bruk av relevante samhandlingsverktøy

Feltarbeidet er godkjent av Personvernombudet og for alle pasienter/brukere er det innhentet samtykke

c. Arbeidsgruppens prosesser:

Prosjektet har i denne fasen to arbeidsgrupper - en for gruppen eldre > 67 år og en for barn/unge 0 - 18 år. Arbeidsgruppene er bredt sammensatt med brukerkompetanse og fagkompetanse fra kommuner og sykehus.

Arbeidsgruppens oppdrag:

1. Gjøre seg kjent med prosjektets tidligere arbeid og innhentet kunnskapsgrunnlag
2. Identifisere mangler og supplere kunnskapsgrunnlaget – knyttet til BARN/ELDRE
3. Drøfte og beskrive dagens samhandlings- og samarbeidspraksis med utgangspunkt i aktuelle case innenfor målgruppen BARN og ELDRE.
4. Bidra til analyse og utforming av rammeverk
5. Bidra til planlegging og gjennomføring samt evaluering av pilot
6. Bidra til eventuell implementering

Arbeidsgruppene ble i samarbeid med styringsgruppa avsluttet i juni 2018.

4.2 **Fase 3. Analyse og utforming av rammeverk**

Tematikken i prosjektet er kompleks. Mange ulike perspektiv forenes i komplekse helsevirkeligheter. Innhentet datamateriale gjenspeiler kompleksiteten, og vi tar mål av oss å få beskrevet dette på en måte som yter respekt for de komplekse situasjoner som ulike pasienter, pårørende og helsepersonell står i.

I prosjektets analysefase har forløpsfasemodellen stått sentralt. Modellen bygger på psykoseforløpets fire faser; grønn, gul, orange og røde fase, hvor fargene henspeiler på faser i psykosepasientens sykdomsbilde: Grønnfase viser til pasientens mest stabile fase (omtales som arbeidsfasen i psykoseforløpet) og rød fase henviser til mer akutte faser av sykdommen som ofte inkluderer kontakt med spesialisthelsetjeneste.

I LKT- prosjektet har vi lånt og omskrevet psykoseforløpets modell og kalt den forløpsfasemodellen. Ved å benytte modellen som et analyseverktøy har vi sett at prosjektets målgruppe ikke følger linjære forløp der målet er et begrenset produkt eller tjeneste, men at den enkelte bruker/pasient står i pågående prosesser, over tid - der ulike faser og ulike utfordringer krever grader og variasjoner av innsats, svar, kontakt og involvering fra aktuelle tjenesteaktører. Slik blir det tydelig at rammeverket som prosjektet tar mål av seg å utforme, må ta høyde for nyanser, variasjoner og faser og må kunne tilpasses den enkeltes pågående prosess.

Analysearbeidet har også vist at det kan være hensiktsmessig å strukturere funn fra datainnsamlingen under følgende tre kategorier:

- Pasient og brukerperspektivet
- Samarbeid og samhandlingsperspektivet
- Arbeidsprosesser

Normalisation process theory: a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions (NPT) er et analyseverktøy som tar for seg faktorer som har betydning for om tiltak som iverksettes vil bli tatt i varig bruk i vanlige daglige rutiner. Teorien henviser til fire hovedtemaer:

- Bygge opp en felles og individuell forståelse og entusiasme (Coherence)
- Bygge og vedlikeholde engasjement og forpliktelse (Cognitive participation)
- Tilrettelegging, tilpasning og operasjonalisering av de nye rutinene (Collective action)
- Vurdering og oppfatning av effekt, nytte, «kostnad» (Reflexive monitoring)

Ved å benytte skissert tilnærming i analysefasen vil man kunne nå målet om å identifisere elementer/tiltak som sammen kan utgjøre hovedprinsipper i et rammeverk for samarbeid med og om pasienter med behov for helhetlige og koordinerte tjenester.

4.3 **Fase 4 Pilot**

Normalisation process theory (NPT) synes også å være et godt verktøy i planleggingen av ny praksis eller endring av praksis. De fire hovedtemaene nevnt over ansees som kritiske i planlegging og gjennomføring av pilot. Kontinuerlig arbeid for å sikre eierskap til utfordringene, behov for nye samarbeidsmåter (for målgruppene) og endelige løsningsforslag er avgjørende for å lykkes med pilot og implementering.

Pilotering av rammeverket må skje i avgrensede og lokale settinger. Å ha kjennskap til, kunnskap om og forståelse for konteksten(e) når komplekse intervensjoner skal implementeres er avgjørende for å lykkes. Gjennom prosjektets involvering av lokale ressurser (administrasjon, fag og ledelse) i arbeidsgrupper og i feltarbeidet samt i analyse og tiltaksfasen mener vi å ha lagt et godt grunnlag for gjennomføring av pilot i konkrete lokale praksiser.

Med kunnskap fra blant annet Normalisation process theory (NPT) og ved hjelp av ekstern veiledning vil det sammen med lokale pilotpraksiser utarbeides konkrete «kjøreplaner» for gjennomføring av pilot.

Vi ser det som hensiktsmessig å fordele ansvar for pilotering knyttet til målgruppene på ulike kommuner. Det vil si at kommunene enten får ansvar for pilot knyttet til Barn (0-18) eller pilot knyttet til Eldre 67+. Tidsramme for pilot er satt til ett år.

Styringsgruppen vedtok 25.05.18 at piloteringen blir fordelt slik:

- Bergen kommune, ett bydelsområde gjennomfører pilot knyttet til gruppen Barn (0-18)
- Lindås kommune - gjennomfører pilot knyttet til gruppen Barn (0-18)
- Os kommune - gjennomfører pilot knyttet til gruppen Eldre (67+)

I planlegging og gjennomføring av pilot er det avgjørende at lokalt nøkkelpersonell blir dedikert til arbeidet. Nøkkelpersonell må, sammen med sine ledere, bidra til planlegging og gjennomføring av pilot. For å lykkes må aktuelle aktører, miljø og kulturer forstå, ville og aktivt medvirke til at foreslåtte endringer i arbeidsprosesser vil bidra til kvalitetsforbedring som kommer brukere/pasienter, pårørende og tjenestene til gode. I planlegging og gjennomføring av pilot kan det være et viktig grep å flytte fokuset fra «prosjekt» til «kvalitetsforbedring». (ref. Anders Grimsmo)

Ledelse

I endrings- og kvalitetsforbedringsarbeid vil ledere, lederlinjer og ledergrupper ha et spesielt ansvar. Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov (oppdatert 30.01.2018) utfordrer til tjenesteutvikling med særlig vekt på operasjonalisering av bestemmelsene i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veilederen slår fast at oppfølging av pasienter og brukere med omfattende behov for tjenester krever tydelig ledelse. Krav og anbefalinger i veilederen er spisset inn mot planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av tjenestene for å sikre helhetlige tilbud til pasienter og brukere med behov for samtidige og sekvensielle tjenester fra ulike aktører. Veilederen viser til sentrale lederegrep for å sikre bedre oppfølging av personer med store og sammensatte behov. (s. 6 i Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov (oppdatert 30.01.2018)). Fokusgruppeintervju med ledere på tvers av forvaltningsnivå fra pilotkommuner og HUS, ansees derfor som sentralt å få gjennomført høsten 2018.

Evaluering

Innholdet i det endelige rammeverket vil være styrende for hvilke indikatorer som vil bli vektlagt når piloten skal evalueres, men vi vurderer det som hensiktsmessig å initiere egne evalueringer i de berørte tjenestene samt gjennomføre brukererfaringsundersøkelser.

Det er vanlig å dele inn i tre typer kvalitetsindikatorer:

- Strukturindikatorer (rammer og ressurser, kompetanse, tilgjengelig utstyr, registre m.m)
- Prosessindikatorer (aktiviteter i pasientforløpet f. eks. diagnostikk, behandling)
- Resultatindikatorer (overlevelse, helsegevinst, tilfredshet m.m.)

I prosjektet tar vi mål av oss å ha indikatorer knyttet til de tre kategoriene. Evalueringen vil skje under veiledning fra eksterne ressurs.

4.4. Fase 5 Implementering

Implementering viser til organisasjons- og kulturendringer som ofte kan vise seg å være svært krevende. Prosjektets skisserte formål og mål fordrer utarbeiding av en implementeringsplan som tar innover seg utfordringer knyttet til implementering av komplekse intervensjoner i komplekse virkeligheter. Implementeringsprosesser er ikke linjære, men vedvarende og sirkulæreprosesser som krever fokus og oppfølging over tid. Kunnskapssenterets modell for kvalitetsforbedring¹³ (PDSA-sirkelen), er retningsgivende for prosjektprosessen, så også for implementeringsfasen. I tillegg er det ønskelig å vurdere feltarbeid i lokale praksisfelt som en nyttig og komplementær implementerings- og evalueringsmetode. Det vises til nyere implementeringsforskning¹⁴ som blant annet omhandler etnografi som metode: *Ethnography is ideally suited to the challenge of process evaluation because it produces data with high validity, inherently incorporates social contexts, and works closely with theory to develop an understanding of how interventions work.*

¹³ <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>

¹⁴ Ethnographic methods for process evaluations of complex health behaviour interventions. Morgan-Trimmer S1, Wood F2.

5 Prosjektorganisering

5.1 Roller , oppgaver og ansvar

Prosjekteier

- Prosjektets initiativtaker
- Databehandlingsansvarlig
- Sikre fremdrift

Styringsgruppe

- Godkjenne prosjektdirektiv
- Tilføre nødvendige ressurser
- beslutte nødvendige endringer
- Støtte prosjektleder og prosjektmedlemmer i gjennomføring
- Følge opp leveranser og nytteeffekter

Prosjektleder

- Prosjektleder skal lede prosjektet til å oppfylle angitte mål i prosjektdirektiv.
- Skape et godt samarbeidsklima i prosjektgruppen
- Fordele og følge opp arbeidsoppgaver.
- Utarbeide og legge frem beslutningsgrunnlag til styringsgruppen

Prosjektgruppe

- Prosjektdeltakerne skal bidra med innspill og kompetanse for å sikre gode leveranser i prosjektet.
- Delta i prosjektmøter og andre avtalte aktiviteter - herunder sette av tid, stille forberedt og gi innspill
- Utføre avtalte oppgaver innen gitte frister, melde fra til prosjektleder ved ev. avvik
- Skape et godt samarbeidsklima i prosjektgruppen
- Innhente innspill til og drøfte prosjektets mulige løsninger hos interessentene man representerer (ledelse, fagmiljø, organisasjoner etc.)
- Formidle prosjektets beslutninger til interessentene man representerer underveis og ved avslutning
- Være ambassadør for prosjektet og bidra i innføring av prosjektets leveranser og nytteeffekter

Referansegrupper:

- Referansegruppen involveres for å kvalitetssikre innholdet i leveransene
- Gi råd og innspill til prosjektleder/prosjektgruppen
- Prøve ut forslag fra prosjektgruppen

Kjerneteam:

- Representantene i Kjerneteamet bistår prosjektleder med å oppfylle angitte mål i prosjektdirektivet
- Fasilitere for ulike gruppers arbeid i regi av prosjektet
- Utføre avtalte oppgaver og bidra til å sikre kvalitet og framdrift
- Bidra med dokumentasjon og presentasjon i prosjektets ulike faser

Styringsgruppen:		
Rolle	Navn	Tilhørighet
Prosjekteier/Leder av styringsgruppen	Anne Sissel Faugstad	Haukeland universitetssjukehus (HUS)
Styringsgruppemedlem	Inge Fiskvik	Brukerutvalget i Helse Bergen
Styringsgruppemedlem	Ungdomsrådet/pårørende gruppe	Brukerutvalget i Helse Bergen - Her kan vi spørre Brukerutvalget om råd
Styringsgruppemedlem	Nina Mevold Magne Ervik Trond Egil Hansen	Samarbeidsutvalget for Bergen kommune Gått ut fra februar 17 Kommet inn for Nina Mevold januar 18
Styringsgruppemedlem	Ørjan Raknes	Samarbeidsutvalet for Nordhordland
Styringsgruppemedlem	Nils Petter Borge	Samarbeidsutvalet for Bergensregionen
Styringsgruppemedlem	Solrun Hauglum	Samarbeidsrådet for Voss lokalsjukehusområde
Styringsgruppemedlem	Gunn Glimsdal	Haraldsplass Diakonale Sykehus
Styringsgruppemedlem	Britt Skadberg	Barneklubben (BKB), HUS
Styringsgruppemedlem	Hans Olav Instefjord	Divisjon for psykisk helsevern, HUS
Styringsgruppemedlem	Kjersti Erdal	Rehabiliteringsklinikken, HUS
Prosjektgruppe		
Prosjektdeltaker/ Kjernegruppe	Hilde Nesse Anne Hildegunn Færøy	Forskning- og utviklingsavdelingen, HUS Samarbeidsutvalget for Nordhordland
Prosjektdeltaker	Bente Orlen Westervik Ida Carlsen Eide Svein Nord Kristiansen	Brukerutvalet i Helse Bergen
Prosjektdeltaker	Audun Pedersen Eileen Langedal	Samarbeidsutvalget for Bergen kommune
Prosjektdeltaker	Rannveig Vatshelle Bovim	Samarbeidsutvalget for Nordhordland
Prosjektdeltaker	Unni Solem Christine Warholm	Samarbeidsrådet Voss lokalsjukehusområde
Prosjektdeltaker	Marit Helen Leirheim	Samarbeidsutvalget for Bergensregionen
Prosjektdeltaker	Anders Alme	Barneklubben (BKB), HUS
Prosjektdeltaker	Randi Luise Møgster	Kronstad DPS, Div. Psykisk helsevern, HUS
Prosjektdeltaker	Marianne Nielsen	Rehabiliteringsklinikken, HUS
Prosjektdeltaker	Magnus Alvestad	Seksjon for helsetjenesteutvikling, FOU-avdelingen Helse Bergen
Prosjektdeltaker	Janne Ferstad	Haraldsplass Diakonale Sykehus
Prosjektleder/ kjernegruppe	Anne Kvalheim	Forskning- og utviklingsavdelingen, HUS
Referansegrupper:		
Referansegruppe	Samarbeidsutvalget for Bergen kommune	
Referansegruppe	Samarbeidsutvalet for Bergensregionen	
Referansegruppe	Samarbeidsutvalget for Nordhordland	
Referansegruppe	Samarbeidsrådet Voss og omegn	
Referansegruppe	Medisinsk fagleg utval	

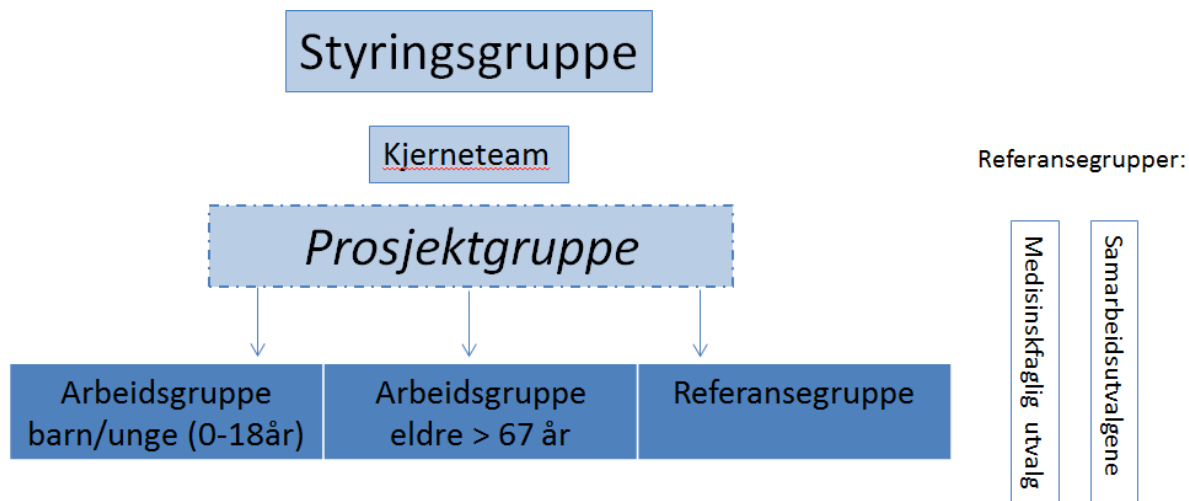
5.2 Organisering fra mars 2017

Avgrensningen i prosjektet fra desember 2016/ januar 2017 (se side 9 i dette direktivet) krever at vi ser på hensiktsmessig organisering og kompetansesammensetning i videre drift av prosjektet.

Det foreslås at Prosjektgruppen omorganiseres til to arbeidsgrupper og en referansegruppe basert på inndelingen av målgruppene i 1. barn/unge (0-18 år) og 2. eldre > 67 år. Omorganiseringen må sikre rett

og supplerende kompetanse med bakgrunn i avgrensningen som er gjort. Arbeidsgruppene skal kvalitetssikre aktiviteter i prosjektet både metodisk og faglig og representantene vil være viktige kontaktpunkt for diskusjon, forankring, analyse, tiltaksutforming og pilotering. Referansegruppen (som utgår fra prosjektgruppen) skal være med å kvalitetssikre metodisk tilnærming og en generisk tenkning i etterkant av pilotering.

På bakgrunn av dette foreslås følgende organisering:



Styringsgruppen godkjente foreslått organisering i sitt møte 24.04.17

5.2.1 Representanter

Arbeidsgruppe BARN-UNGE 0-18 år			
Navn:	Representerer:	Tittel/ kompetanseområde:	Kommentar:
Ida Carlsen	Brukerutvalget HUS	Brukerrepresentant	
Katrine Pettersen <i>fra april -18</i>	Ungdomsrådet HUS	Brukerrepresentant	
Marit Leirheim	Samarbeidsutvalget (SU) Bergensregionen	Systemkoordinator ved Koordinerende enhet habilitering og rehabilitering Askøy.	
Anne Jorunn Langeland <i>fra april -18</i>	HUS - Barne og ungdomsklinikken (BUK)	Rådgiver	<i>Frem til april -18: Anders Alme, overlege</i>
Siri Larsen	HUS - psykisk helsevern barn og unge (BPU)	Spesialrådgiver	
Harald Eikeland Simonsen	Bergen kommune - Etat for barn og familie	Psykologspesialist	
Irene Helland Vikøren	Bergen kommune - Etat for barn og familie	Resultatsenhetsleder. Kompetansenhet for avlastningstjenester	
Jonas Nordvik Dale	Os kommune	Fastlege/ kommuneoverlege	
Marita Wallevik	Os kommune	Leder forebyggende tjenester, Fagleiar helsestasjon	
Anita Bjørsvik Kvamme	Lindås kommune	Avdelingsleiar. Fysio- og ergoterapitenesta	

Arbeidsgruppe ELDRE > 67 år			
Svein Kristiansen	Brukerutvalget HUS	Brukerrepresentant	
Bente Orlen Westervik	Brukerutvalget HUS	Brukerrepresentant	<i>Fra mars-18: gått over i arb.gruppe barn/unge</i>
Inger Johanne Knudsen	Eldrerådet Bergen kommune	Brukerrepresentant	
Eileen Langedal	Bergen kommune	Rådgiver, Avd for ReHabilitering	
Monica Wammen Nortvedt	Bergen kommune	Enhetsleder Øyeblikkelig Hjelp Tjenester (ØHT)	
Elin Wathne	Bergen kommune	Etatsdirektør etat for forvaltning	
Jonas Nordvik Dale	Os kommune	Fastlege/ kommuneoverlege	
Kristin Haukeland	Os kommune	Leder hjemmebasert omsorg	
Kari Hesjedal	Lindås kommune	Avd.leder forvaltningskontoret for HO	
Irmelin Smith Eide <i>fra april -18</i>	HDS -Haraldsplass diakonale sykehus	Rådgiver/ rehabiliteringskoordinator Rehabiliteringstjenester	<i>Frem til april -18: Janne Ferstad</i>
Kenneth K. Sandviknes	HDS - Haraldsplass diakonale sykehus	Overlege geriatrisk akuttpost	
Linn Bergsma	HUS- Mottaksklinikken	Enhetsleder Mottaksklinikken - Korttidsposten	
Turid Vetaas	HUS - alderspsykiatri	Avd.sjef, avd alderspsykiatri	
Carina Orvedal Lønne (vara for Turid)	HUS - alderspsykiatri	Seksjonsleder, avd alderspsykiatri	
Sindre E.A. Angeltvedt <i>fra februar -18</i>	Olaviken	Klinikkisjef/ psykologspesialist	<i>Frem til februar -18: Minna Hynninen, fagsjef/psyk.spesialist</i>
Referansegruppe			
Audun Pedersen	Bergen kommune		
Rannveig Bovim	SU Nordhordland		
Unni Solem	SU Voss		
Marianne Nielsen	HUS, ReHabklinikken		
Randi-Luise Møgster	HUS, Divisjon psykisk helsevern		
Magnus Alvestad	HUS, Forsknings- og utviklingsavdelingen		
Eirik Elsaas	HUS, Avdeling for rusmedisin		

5.2.2 Organisering fra september 2018

Styringsgruppa har våren 2018 drøfta og komme med råd når det gjeld prosess, gjennomføring og ressursbehov for vidare arbeid med prosjektet. Kjerne teamet har med utgangspunkt i dette utarbeidet en oversikt med tentative ressursbehov i sykehus og kommuner for planlegging og gjennomføring av prosjektets piloteringsfase. Styringsgruppen støtter kjerne teamets forslag til organisering av arbeidet med planlegging og gjennomføring av pilot, samt forslag til budsjett og fordeling av estimerte kostnader for - 2018/2019. Styringsgruppen ber kjerne gruppen legge frem sak til Samarbeidsutvalgene med styringsgruppens beslutninger om gjennomføring av pilot, endret ressursbehov og anbefaling for fordeling av kostnader. Samarbeidsutvalgene må vurdere modell for finansiering.

Arbeidsgruppene (Barn 0-18 og Eldre 67+) avsluttet sitt arbeid i juni 2018. Det anbefales likevel å involvere aktuelle ressurser fra arbeidsgruppene i planlegging og gjennomføring av pilot på den måten den enkelte kommune og sykehus finner det tjenelig.

For å sikre at prosjektets måloppnåelse anser kjerneteamet det som hensiktsmessig å igjen involvere prosjektgruppen, supplert med kompetanse fra pilotkommuner og aktuelle avdelinger/enheter i spes.helsetjenesten(Arbeidsgruppe barn/-eldre) etter gjennomført og evaluert pilot.

5.3 Forslag til budsjett

Kostnadselement 2018	Budsjett inkl. mva
Prosjektleder frikjøp 50 %	500 000
Eksterne konsulenter	400 000
Kjerneteam: ressurser fra kommune 30%	300 000
Kjerneteam: ressurser fra spesialsithelsetjenesten 10%	100 000
Veileder Anders Grimsmo er tilknyttet prosjektet i en 10% stilling	150 000
Reiseutgifter, arrangement, møter og konferanser	100 000
Totalt	1 510 000

Kostnadene estimert i tabellen over (fra 2017) er kostnader som kom i tillegg til partenes ressurser i prosjektgruppa.

5.4 Vedlegg

1. Prosjektrapport fra forprosjektet

5.5

Referanseliste:

- St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tidl Melding. St 11. (2014-2015) Kvalitet og pasientsikkerhet 2013
- I St. Meld. 21. Ansvar og meistring (1998-99)
- Meld. St. 26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet»
- Saman.no
- Heggstad, T. Storbrukarar av somatiske spesialisthelsetenester – Pasientar busette i Bergen kommune. Bruk av døgntenester i Helse Bergen i perioden 2011- 2012
- Grimsmo, A., Løhre, A., Røssstad, T., Gjerde, I., Heiberg, I., Steinsbakk, A. Helhetlige pasientforløp- gjennomføring i primærhelsetjenesten
- Mørk E. Kommunal helse- og omsorgstjenester 2014. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2015
- https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/242516?_ts=150606744c0
- <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>
- Ethnographic methods for process evaluations of complex health behaviour interventions. Morgan-Trimmer S1, Wood F2.
- Normalisation process theory: a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions (NPT)
- [Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov, Helsedirektoratet januar 2018](#)