



International Research Institute of Stavanger

www.iris.no

Elisabeth Kiær og Astrid Solberg

Kvalitetsforbedring i helsesektoren

Erfaringer fra gjennombruddsprosjektet

Tidlig oppdagelse og behandling av første gangs psykose

Rapport IRIS – 2012/002

Prosjektnummer: 7211016
Prosjektets tittel: Erfaringer fra Gjennombruddsprosjektet Tidlig oppdagelse og behandling av første gangs psykose
Finansiering: Den norske legeforening, Sykepleierforbundet, Psykologforeningen
ISBN: 978-82-490-0754-7
Gradering:

Stavanger, 15.02.2012

Elisabeth Kiær
Prosjektleder

Sign.dato

Gottfried Heinzerling
Forskningsdirektør
Samfunns- og næringsutvikling

Sign.dato

Kari Kjestveit
Kvalitetssikrer

Sign.dato

Forord

Gjennombruddsprosjektet *Tidlig oppdagelse og behandling av første gangs psykose* ble startet opp av Legeforeningen i samarbeid med Sykepleierforbundet, Fagforbundet og Psykologforeningen i 2009. Det har deltatt 25 lokale prosjektgrupper fra hele landet i dette prosjektet. Denne studien tar opp tråden etter den første undersøkelsen som IRIS foretok høsten 2010 av tre lokale prosjektgrupper i dette Gjennombruddsprosjektet, som da var godt over halvveis i gjennomføringen. Hensikten var å få kunnskap om hva som var viktige betingelser for iverksetting av selve prosjektet, hvordan det ble tilpasset lokale forhold og hva som kunne være kilder til varig kvalitetsforbedring. Denne undersøkelsen rettet spesielt oppmerksomheten mot hvordan prosjektene var integrert i daglig klinisk virksomhet og hva slags type virksomhet de drives innenfor; om det er sengeposter/døgntilrettelagt eller poliklinisk eller ambulante tjenester. Det ble laget et notat som oppsummerte resultatene (Fjær, 2010).

I denne studien har vi i tillegg til oppfølging av de tre casene fra 2010, også hatt som mål å få innsikt i alle prosjektgruppens samlede erfaringer.

Først og fremst vil vi takke “spleiselaget” som har gjort det mulig å gjennomføre dette prosjektet: Legeforeningens Fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, Helsedirektoratet, Sykepleierforbundet og Psykologforeningen.

Vi vil også takke representanter fra ressursgruppen, Tove Mathiesen og Jan Olav Johannessen, for et svært godt samarbeid, og for mange gode innspill og avklaringer.

Takk også til informantene i studien, som alle har bidratt med sin tid og vært velvillige til å dele sine erfaringer.

Til sist rettes en takk til Svanaug Fjær som foretok den første undersøkelsen i dette gjennombruddsprosjektet, og som i denne studien har fungert som ekstern kvalitetssikrer.

Vi håper at denne rapporten kan bidra med innspill til videre bruk av Gjennombruddsmodellen som verktøy for å få til kvalitetsforbedring på ulike områder.

Stavanger, 6.februar 2012
Elisabeth Kiær
Prosjektleder

Innhold

Sammendrag	7
INTRODUKSJON	11
Målet med studien	13
Design	13
Etikk 13	
Presentasjon av resultater	13
DEL I: STRUKTURERTE INTERVJU MED 24 LOKALE PROSJEKTGRUPPER.....	15
1 Metode.....	17
1.1 Informanter.....	17
1.2 Datainnsamling.....	18
1.3 Analyse.....	18
2 Resultater.....	20
2.1 Organisering og aktivitet i de lokale prosjektene.....	20
2.2 Tallfestede mål og selvevalueringstall	21
2.3 Prosjektene arbeidsgrupper, ansvar og roller.....	23
2.4 Ressurser: tid, personell og kompetanse	24
2.5 Utskiftninger.....	25
2.6 Forbedringstema.....	25
2.7 Forankring og involvering.....	29
2.8 Målinger med SPC	30
2.9 Veiledning	34
2.10 Fellessamlinger.....	36
2.11 Endret praksis	38
2.12 Opprettholdelse av endret praksis	39
2.13 Lederstøtte og åpenhet for endret praksis og videreføring.....	41
2.14 Erfaringsspredning	42
2.15 Praksis med TIPS-telefon og informasjonsmateriell i enheten	46
3 Oppsummering	48
3.1 De 24 prosjektene samlet sett.....	48
3.2 Forskjeller mellom prosjektene.....	49
DEL II: FOKUSGRUPPEINTERVJUER MED TRE UTVALGTE PROSJEKTGRUPPER.....	51
1 Metode.....	53
1.1 Informanter.....	53
1.2 Datainnsamling.....	53

1.3	Analyse.....	54
2	Resultater.....	54
2.1	Case A	54
2.2	Case B	57
2.3	Case C	60
2.4	Fremmende og hemmende faktorer i prosjektgjennomføringen	62
2.4.1	Fremmende faktorer	62
2.4.2	Hemmende faktorer (utfordringer)	63
3	Oppsummering	66
DEL III: SPØRREUNDERSØKELSE BLANT TOPPLEDERNE		67
1	Metode.....	69
1.1	Informanter.....	69
1.2	Datainnsamling.....	69
1.3	Analyse.....	69
2	Resultater.....	70
2.1	Kjennskap og involvering	70
2.2	Forbedringer og resultater	71
2.3	Strategisk satsningsområde	72
3	Oppsummering	72
DISKUSJON		73
1	Tematisk diskusjon.....	73
1.1	Måleverktøyet SPC	73
1.2	Mål for prosjektarbeidet	75
1.3	Veiledernes rolle	76
1.4	Tid og ressurser	77
1.5	Forankring i ledelsen	78
2	Metodiske betraktninger.....	79
3	Konklusjon	80
4	Referanser.....	81
	Vedlegg.....	83

Oversikt over forkortelser som er brukt i rapporten:

Forkortelse	Beskrivelse
BUP	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk
BUPA	Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling
DIPS	Distribuert informasjons- og pasientdatasystem i sykehus
DPS	Distriktpsikiatrisk senter
EPJ	Elektronisk pasientjournal
FS	Forbedringsseminar/Fellessamling
GBP	Gjennombruddsprosjekt
SET	Selvevalueringstall
PDSA	Plan Do Study Act
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale
SPC	Statistical Process Control
UNN	Universitetssykehuset Nord-Norge
UPS	Ungdomspsykiatrisk seksjon
VOP	Voksenpsykiatrisk poliklinikk
VUP	Varighet av ubehandlet psykose

Sammendrag

Bakgrunn: Gjennombruddsprosjektet (GBP) *Tidlig oppdagelse og behandling av første gangs psykose* ble startet opp i 2009 av Legeforeningen i samarbeid med Sykepleierforbundet, Fagforbundet, Psykologforeningen og Mental helse. Det deltok til sammen 25 lokale prosjektgrupper fra hele landet i prosjektet.

Mål: Det overordnede målet med denne studien var å få innsikt i prosjektgruppenes erfaringer i GBP *Tidlig oppdagelse og behandling av psykose*, og hvilke forhold som har hatt innvirkning på resultatene. Aktuelle problemstillinger i studien har vært: Hva kjennetegner de ulike prosjektene når det gjelder gjennomføring av GBP og opplevelse av kvalitetsforbedring? Hvilke forhold oppleves som hemmende og fremmede for arbeidet med kvalitetsforbedring? Hvordan har prosjektet vært forankret i ledelsen?

Metode: Prosjektet har vært en tredelt studie bestående av: (1) En kvantitativ spørreundersøkelse med telefonintervjuer av 24 lokale prosjektgrupper, (2) en kvalitativ undersøkelse med fokusgruppeintervjuer av tre lokale prosjektgrupper, og (3) en elektronisk spørreundersøkelse blant toppledere innen psykisk helsevern i de representerte helseforetakene.

Resultater:

Spørreundersøkelse: De 24 lokale prosjektene fordelte seg på alle fire helseregioner, hvorav flest var lokalisert i Helse Sør-Øst. Femten av prosjektene var lokalisert i sykehus, mens de resterende ni var i DPS'er. Halvparten av prosjektene var organisert i kun én enhet (for eksempel en sengepost eller poliklinikk), og halvparten av prosjektene besto av flere organisatoriske enheter. Atten av de 24 prosjektene var aktive hele perioden. To prosjekter hadde et opphold for så å starte opp igjen, mens fire avbrøt underveis. Årsaker til avbrudd ble oppgitt å være manglende engasjement, urealistiske mål, manglende støtte, lite aktivitet og en opplevelse av lite nytteverdi ved å delta. Omtrent halvparten av prosjektene ble opplevd å ha nådd sine *tallfestede mål*. Nevnte årsaker til at tallfestede mål ikke ble nådd, var lav forekomst av problemstillingene (lite tallgrunnlag/pasienter), kort prosjektperiode, vanskelige målevariabler og konkurrerende forbedringsprosjekter i enheten.

De lokale *prosjektgruppene* besto av 2–7 deltakere, og de hyppigst representerte profesjonene i gruppene var psykiatrisk sykepleier, psykolog, psykiater og psykologspesialist. Både prosjektleder og prosjektgruppene mente at de i nokså stor grad hadde tilstrekkelig kompetanse, men i middels grad hadde nok tid til prosjektarbeidet. Prosjektgruppene mente samlet sett at *rollene og ansvarsområdene* i gruppen var nokså godt avklart ved prosjektstart. Det forekom *utskiftninger* i 11 av prosjektene, og åtte av prosjektene byttet prosjektleder i løpet av perioden.

Prosjektene hadde ulike *tema*, og disse handlet oftest om forbedring av samarbeid og kompetanseheving. Ifølge informantene var det stor enighet om tema i gruppene og ledelsen, og de mente at temaet i nokså stor grad fanget opp de viktigste utfordringene. Det var store variasjoner hvorvidt medlemmene i prosjektene opplevde at *målsettingen* deres var realistisk. Informantene mente at *forankringen* av prosjektets idégrunnlag var nokså høy både i fag- og toppledelsen, mens *involveringen* av fagledelsen var middels høy og av toppledelsen nokså lav.

Bruken av måleverktøyet Statistisk prosesskontroll (*SPC*) var svært varierende. Halvparten av prosjektene brukte det i liten eller nokså liten grad, og over halvparten svarte at de ikke kommer

til å fortsette med SPC-målingene i fremtiden. Det varierte også hvor fornøyd prosjektgruppene var med *veiledningen*. De opplevde at veileder i stor grad var tilgjengelig, men ”kun” i middels grad hadde kunnskap om enhetens organisatoriske rammer og kjennetegn. Samlet sett svarte prosjektene at utbytte fra *fellessamlingene* var midt på treet. Videre kommenterte informantene at innholdet i større grad burde tilpasses målgruppen, selv om dette sikkert kunne være utfordrende med tanke på varierende kompetanse i gruppene.

Om *endret praksis* svarte prosjektene at de i nokså stor grad hadde gjennomført planlagte kvalitetsforbedringstiltak. Samhandling internt og mellom tjenestenivåer var forbedret i middels grad. De svarte også at fokuset på tverrfaglighet og brukermedvirkning kun i middels grad har økt. Informantene svarte at de i nokså stor grad har definert mål for opprettholdelse av endret praksis, og at ledelsen i nokså stor grad var åpen for og har gitt støtte til endret praksis.

Rett under halvparten av prosjektgruppene opplevde å ikke ha fått undervisning eller informasjon om hvordan å *spre erfaringer*. De fleste hadde likevel definert mål for erfaringsspredning, og da hovedsakelig med egen avdeling eller enheter/avdelinger i egen virksomhet som målgruppe. De fleste hadde selv tatt initiativ til tiltakene for erfaringsspredning.

Over halvparten av prosjektene utarbeidet *informasjonsmaterie*ll som en del av GBP. Kun to etablerte *TIPS-telefon* som en del av GBP, men ni av prosjektene hadde dette allerede ved oppstart av prosjektet.

De *største forskjellene* mellom prosjektene fantes innen områdene SPC-målinger, veiledning og fellessamlinger. Det var også store forskjeller mellom prosjektene etter inndelingene når det gjaldt å sette realistiske mål.

Fokusgruppeintervjuer: Resultatene viste at det var ulike forhold som kunne virke hemmende og fremmede for å lykkes med prosjektgjennomføringen. Hva informantene vektla som *fremmede* faktorer, var knyttet til egenskaper (engasjement, ildsjeler) og kompetanse (fagspesialister, måleansvarlige), samt kontinuitet i gruppen. Videre var ledelsesforankring og involvering, tilstrekkelige ressurser (tid), og selve strukturen i gjennombruddsprosjektet (frister, veileder) sentrale forhold for å lykkes. Også bistand/støtte fra interne tverrfaglige grupper med psykoseproblematikk som tema, ble trukket fram som viktig.

Alle de faktorene som ble nevnt som fremmede i intervjuene ble med motsatt fortegn også omtalt som *hemmende* for prosjektgjennomføringen. Eksempelvis var kontinuitet i gruppen nevnt som en fremmede faktor, samtidig som *mangel* på kontinuitet ble omtalt som en hemmende faktor. Enkelte opplevde at roller og ansvar i prosjektgruppen ikke var avklart på et tidlig tidspunkt, mens andre utfordringer var knyttet til målinger og resultater; manglende kunnskap om SPC og målinger, og for få målevariabler. Også overordnede rammer i virksomheten (budsjettnedskjæringer, omorganiseringer, revisjoner og innføring av nye datasystem) ble opplevd som hemmende for prosjektgjennomføringen.

Forankring i toppledelsen: Resultatene viste at så godt som alle topplederne kjente til det *nasjonale* gjennombruddsprosjektet for tidlig oppdagelse og behandling av psykose, mens det bare var en tredjedel av lederne som kjente til pågående *lokale* gjennombruddsprosjekt i sin klinikk. Lederne var i nokså liten grad involvert i arbeidet lokalt. Over halvparten av topplederne opplevde at lokale prosjekt hadde oppnådd kvalitetsforbedring på området, og de

var i nokså stor grad fornøyd med resultatene. Alle topplederne mente at arbeidet med tidlig oppdagelse og behandling av psykose fortsatt vil være et strategisk satsingsområde fremover.

Konklusjon: Denne studien viste at en standardisert metode som Gjennombruddsmodellen både har styrker og svakheter i arbeidet med å oppnå kvalitetsforbedring. På den ene siden synes metodikken å virke drivende, og den hjelper prosjektgruppene med å strukturere arbeidet. Samtidig viser resultatene at det er utfordrende elementer knyttet til en slik standardisert metode. I noen grad kan det synes som om at rammene for prosjektet er for strenge, og at SPC nærmest blir et mål i seg selv. Denne type kvantifisering kan være en lite nærliggende arbeidsmåte for klinikere, ikke minst innenfor et fagområde som psykose, hvor det er et relativt lite pasientgrunnlag. Metoden krever en viss hyppighet av fenomenet det skal gjøres noe med for at den skal fungere. For prosjektgruppene er tallfesting av resultatmål obligatorisk, men resultatene viser at disse ikke fungerer styrende, men passer dersom målene er realistiske. Det ble også opplevd som en svakhet at veilederne i GBP har lite kunnskap om den organisatoriske konteksten som prosjektene arbeider innenfor, noe som kan tyde på at prosjektene hadde behov for faglig veiledning utover det som var tenkt å være veiledernes rolle. Studien viser at det er viktig å erkjenne behov og forskjeller i prosjektene, og at det må gjøres spesifikke tilpasninger av Gjennombruddsmodellen både innenfor det valgte forbedringsområdet, og til hvert enkelt prosjekt.

Introduksjon

I 2009 startet Legeforeningen i samarbeid med Sykepleierforbundet, Fagforbundet, Psykologforeningen og Mental helse opp et kvalitetsforbedringsprosjekt for tidlig oppdagelse og behandling av første gangs psykose. Prosjektet har vært organisert som et Gjennombruddsprosjekt (GBP).

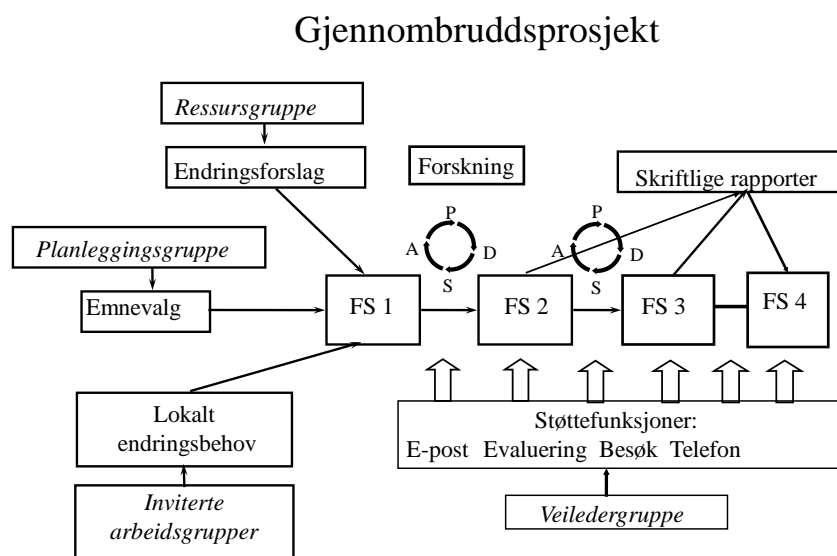
Bakgrunnen for å starte opp prosjektet var en økende forståelse og interesse for betydningen av tidlig oppdagelse og behandling av alvorlige psykiske lidelser. Den faglige ideen om at tidlig intervensjon ved psykoser er viktig, har en lang forhistorie, men har fått sterkere aktualitet fra slutten av 1980-tallet (Legeforeningen, 2009). Betydningen av tidlig behandling for utfallet av sykdommen, er nå anerkjent både i forskning og utvikling av tjenestetilbudet for pasienter med de mest alvorlige psykiske lidelsene. I tillegg til de faglige utfordringene med pasientgruppen, finnes viktige organisatoriske utfordringer. Gruppen omfatter både umyndige og myndige personer, og mange befinner seg i grenseområdet mellom at tjenester skal ytes av barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) eller om de skal behandles av voksenpsykiatrien.

Til sammen 25 lokale prosjektgrupper ved ulike enheter/avdelinger fra hele landet har deltatt i prosjektet. Prosjektgruppene har deltatt på tre forbedringsseminarer i perioden november 2009 til november 2010. De har også i 2011 fortsatt å registrere data og sende dette inn til det sentrale prosjektet. Endelig avslutning av GBP fant sted ved et siste forbedringsseminar i januar 2012 (FS4).

Midtveis i prosjektet, høsten 2010, ble tre lokale prosjekter fulgt i en studie gjennomført av IRIS (Fjær, 2010). Hensikten med studien var å få kunnskap om hva som ble opplevd som viktige betingelser for iverksetting av selve prosjektet, hvordan det blir tilpasset lokale forhold og hva som ble kilder til varig kvalitetsforbedring. Ved avslutning av prosjektet høsten 2011- januar 2012 ønsket Legeforening en ny oppfølging av disse tre prosjektgruppene, samt en undersøkelse av hvordan det har gått med samtlige 25 lokale prosjekter.

GBP er en modell for kvalitetsforbedringsarbeid i klinisk virksomhet. Den er en gjennomarbeidet og godt utprøvd metode for kvalitetsforbedring, utviklet av Institute for Healthcare Improvement i Boston. Strukturen i prosjektet kan sees med utgangspunkt i kvalitetshjulet PDSA (Plan-Do-Study-Act), og det antas at prosjektet skal gjennomføres etter denne strukturen, for å systematisk oppnå kvalitetsforbedringer. Prosjektgruppene som deltar forplikter seg til å lage mål og handlingsplan for arbeidet, og det skal brukes statistisk prosess kontroll (SPC) for å dokumentere måloppnåelsen. Prosjektene som deltar må videre jobbe etter fastlagte arbeidsformer, forholde seg til tidsfrister, sende inn rapporter og delta på tre forbedringsseminarer, såkalte fellessamlinger (FS). Prosjektgruppene får også tildelt en veileder som skal gi støtte og fungere som pådriver (Schreiner, 2004a). Utover de faste rammene for gjennomføring har de lokale prosjektene som deltar betydelig frihet i valg av tema for kvalitetsarbeidet.

Figur 1 gir en skjematisk oversikt over oppbygningen av Gjennombruddsmodellen.



Figur 1. Oversikt over oppbygning av GBP (ref. Legeforeningen, 2012)

Kvalitetsforbedring og organisasjonsutvikling er en viktig del av driften i de fleste virksomheter, og forskningen har identifisert en rekke forhold som påvirker endringsprosesser. Ulrich (1997, i Grønhaug, Hellesøy, & Kaufmann, 2001) oppsummerer at nøkkelfaktorer for vellykket endring er endringsforankring, en felles erkjennelse av behov for endring, visjonsutvikling, mobilisering av forpliktelser, forandring av systemer og strukturer, overvåking av fremgang og forsikring av varig endring.

I helsesektoren snakker man om kvalitetsforbedringsprogrammer (se bl.a. Øvretveit & Gustafson, 2002), og GBP er en slik modell. GBP har blitt karakterisert som en robust modell for kvalitetsforbedring (Kilo, 1998). Særlig er spredning og tilpasning av eksisterende kunnskap fremhevet som viktige momenter for å heve kvaliteten på tjenester. Kilo tar også opp viktigheten av det å etablere klare mål, og å overvåke (måle) forbedringen.

Brandeud med kolleger (2011) nevner tre suksessfaktorer for å få til kvalitetsforbedring, på bakgrunn av en studie av GBP'er. For det første er *lytting* viktig, for å samle informasjon fra pasienter, fra prosessen og fra forskningen. For det andre trekkes *involvering* frem, og det utdypes at det gjelder pasienter med familie, ledelse og det profesjonelle miljøet ellers. Sist nevnes betydningen av en *infrastruktur* som er tilgjengelig for, og som kan fasilitere forbedringer.

Det at kvalitetsforbedringer gjøres varige, er definert som en viktig del av GBP. Til dette knyttes også noen av utfordringene med GBP, av blant andre Kilo (1998). Han utdypes at erfarne ledere bør involveres for i økt grad å spre erfaringer og ideer fra prosjektgruppen. Også Øvretveit og kolleger (2002) viser til hvor viktig erfaringsspredning er for å gjøre endringer varige; prosjektgrupper bør reflektere over

hva som skal spres, og *hvordan*. Spredning er noe som må planlegges og læres (Øvretveit et al., 2002). Forskning fra internasjonale GBP'er har også funnet at sterk organisatorisk støtte, sterk teamledelse, samarbeidsferdigheter kan bidra til at kvalitetsforbedringsprosjekter når lengre i å forbedre praksisen sin (Mills & Weeks, 2004). Videre anbefales det at forbedringsgruppene blir integrert med organisasjonens/enhetens strategiske mål, at gruppene står sammen og at ledelses- og gruppeutvikling blir tilbudt (ibid).

Målet med studien

Det overordnede målet med denne studien var å få innsikt i prosjektgruppens erfaringer i GBP-prosjektet *Tidlig oppdagelse og behandling av første gangs psykose*, og hvilke forhold som har hatt innvirkning på resultatene.

Problemstillingene var:

- Hva kjennetegner de ulike prosjektene når det gjelder gjennomføring av GBP og opplevelse av kvalitetsforbedring?
- Hvilke forhold oppleves som hemmende og fremmede for arbeidet med kvalitetsforbedring?
- Hvordan har prosjektet vært forankret i ledelsen?

Design

De skisserte problemstillingene ble besvart ved hjelp av tre delstudier:

- Kvantitativ spørreundersøkelse med telefonintervjuer med 24 lokale prosjektgrupper
- Kvalitativ undersøkelse med fokusgruppeintervjuer med tre lokale prosjektgrupper
- Elektronisk spørreundersøkelse blant toppledere innen psykisk helsevern i de representerte helseforetakene/virksomhetene

Etikk

Tematikken i denne studien involverer ikke sensitive opplysninger, og det var derfor ikke nødvendig å få studien godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig etikk, REK Vest. Informasjon om konfidensialitet og konsekvenser av å delta i forskningsprosjektet ble vektlagt ved rekruttering, datainnsamling, analyse og ved formidling av resultater.

Presentasjon av resultater

Resultater og metodebruk i de tre ulike delene i studien vil presenteres separat i de påfølgende tre kapitlene. Avslutningsvis vil det bli en samlet diskusjon av alle resultatene sett under ett.

Del I: Strukturerte intervju med 24 lokale prosjektgrupper

1 Metode

1.1 Informanter

Alle de lokale prosjektgruppene som deltok fra oppstarten av GBP i 2010, ble invitert til å delta på telefonintervjuene. Noen av gruppene hadde trukket seg fra prosjektet underveis, men også disse ble oppfordret til å delta.

I forespørselen til de enkelte prosjektene ble prosjektlederne forespurt om å besvare spørreskjemaet, men det ble anbefalt at de på forhånd gikk gjennom spørsmålene med sin prosjektgruppe. De fleste spørsmålene skulle besvares på vegne av prosjektgruppen. Utvalget besto opprinnelig av totalt 25 informanter/prosjekter, men ett prosjekt ble avsluttet på et så tidlig tidspunkt at det ble besluttet at dette prosjektet utgikk fra denne studien.

Alle informantene var prosjektledere, med unntak av tre. I de tre unntakene var prosjektlederne forhindret fra å delta, men to prosjektmedarbeidere og en måleansvarlig svarte på vegne av prosjektgruppa, som på forhånd hadde vært gjennom spørsmålene.

Informantene i utvalget (n=24) var 14 kvinner og 10 menn. De var fra 31 til 62 år (gjennomsnitt 46 år). Seks av informantene hadde mer enn 4 års utdanning fra høyskole/universitet, og én hadde inntil fire års utdanning fra høyskole/universitet. Enogtyve av informantene var prosjektledere for GBP i sin enhet/avdeling, to var prosjektmedarbeidere og én var måleansvarlig. Tabell 1 gir en oversikt over informantenes erfaring med ledelse og psykoseproblematikk, samt hvilke profesjoner de tilhørte.

Tabell 1. Informantenes erfaring og profesjon (antall og prosent)

Års erfaring:	Gjennomsnitt	Min	Max
Med ledelse	6	0	22
Med psykoseproblematikk	15	1	30
Fra enheten hvor prosjektet er organisert	7	1	15

Profesjon	n	%
Psykiatrisk sykepleier	8	33,3
Psykologspesialist	6	25,0
Psykiater	3	12,5
Annet*	3	12,5
Legespesialist	1	4,2
Psykolog	1	4,2
Miljøterapeut	1	4,2
Sosionom	1	4,2

Note: *Annet: Klinisk sosionom, lege under spesialisering og kunst- og uttrykksterapeut.

1.2 Datainnsamling

Spørreskjemaet ble utformet i programvaren PASW Dimensions, og besto av 61 spørsmål. Skjemaet inneholdt demografiske spørsmål om informantene, i tillegg til spørsmål om organisatoriske forhold, prosjektgruppen, ressurser og rammevilkår, forankring av prosjektet, tema, måling og måleverktøy, veileder, fellessamlingene, resultater og endret praksis og TIPS-konferansen 2012. Under flere av spørsmålene var det åpne tekstfelt med mulighet til å skrive egne kommentarer.

Det ble sendt ut en e-post til alle de 25 prosjektlederene i prosjektgruppene med informasjon om spørreundersøkelsen per telefon og forespørsel om å delta. I denne e-posten ble det foreslått et tidspunkt for telefonintervjuet, og ønske om bekreftelse på at tidspunktet passet, samt opplysning om hvilket telefonnummer forskerne kunne nå informanten på. Når tidspunkt for intervju var avtalt, fikk informanten tilsendt spørreskjemaet elektronisk, slik at han/hun kunne få muligheten til å forberede seg sammen med sin prosjektgruppe i forkant av intervjuet. I de tilfellene e-posten ikke ble besvart, ble det sendt ut en oppfordring om å svare.

På avtalt intervjutidspunkt ble informanten ringt opp av en forsker. Forskeren hadde da det elektroniske spørreskjemaet åpent på pc-skjermen slik at det var klart for utfylling. Deretter ble ett og ett spørsmål gjennomgått og besvart. Intervjuene varte fra 20-40 minutter.

De var to forskere ved IRIS som gjennomførte telefonintervjuene.

1.3 Analyse

Dataene fra spørreundersøkelsen ble analysert ved hjelp av programmet IBM SPSS Statistics 19. Det ble i hovedsak gjennomført deskriptive analyser.

For å få vite mer om hvilke forhold som kan ha hatt innvirkning på prosjektgjennomføringen, vil forskjeller på prosjektene nå presenteres etter tre ulike grupperinger av prosjektene; *Prosjektenes aktivitet, selvevalueringstall ved FS3 og oppnåelse av tallfestede mål*. Tabell 2 viser hvordan inndelingene er foretatt. Disse inndelingene antar vi til en viss grad vil skille prosjektene fra hverandre når det gjelder utbytte/nytteverdi av prosjektet.

Tabell 2. Oversikt over tre valgte inndelinger av prosjektene.

Inndeling	Beskrivelse	N
Prosjekt-aktivitet	Var prosjektet aktivt hele prosjektperioden, hadde det et opphold for så å starte opp igjen, eller ble det avbrutt?	1: Prosjekt aktivt hele perioden (n=18) 2: Prosjekt med opphold/avbrutt prosjekt (n=6)
Selv-evaluerings-tall	Hvordan evaluerte prosjektene seg selv ved FS3?	1: Gruppen har ikke kommet i gang (n=0) 2: Aktivitet uten forandring (n=0) 3: Enkelte forandringer har kommet frem (n=6) 4: Påtagelige forbedringer er målt (n=9) 5: Forbedringene har fått gjennomslag i systemet(n=7) (Missing: n=2*)
Oppnåelse av tall-festede mål	I hvilken grad er de tallfestede målene som prosjektet satte seg nådd?	Skala: 1 (i liten grad) -7 (I stor grad), kodes om til dikotom variabel 1, 2, 3= Tallfestede mål <i>ikke</i> nådd (n=11) 5, 6, 7= Tallfestede mål nådd (n=10) (Missing: n=3**)

Note: *To prosjektgrupper avbrøt prosjektet før de fikk satt SET, **tre prosjektgrupper hadde svart på en måte som gjorde det vanskelig å tilordne dem en av inndelingene.

I intervjuene var det en rekke spørsmål hvor informantene ble bedt om å svare på en skala fra 1 (i liten grad) til 7 (i stor grad). Vi har brukt definisjonene i Tabell 3 som utgangspunkt for tolkningene av disse svarene.

Tabell 3. Definerings av graderte svar

Svar	Definisjon
1,0-2,1	I liten grad
2,2-3,4	I nokså liten grad
3,5-4,5	I middels grad
4,6-5,8	I nokså stor grad
5,9-7,0	I stor grad

Når forskjellene mellom prosjekter ble studert, ble størrelsen på forskjellene definert slik som Tabell 4 viser.

Tabell 4. Definerings av forskjeller i graderte svar

Differanse	Definisjon
<0	Ingen eller negativ forskjell
0,1-1,4	Liten forskjell
1,5-2,0	Noe større forskjell
>2	Stor forskjell

2 Resultater

Informantene i denne studien var som tidligere nevnt prosjektledere-/medarbeidere i 24 av de 25 prosjektene som opprinnelig startet opp med *GBP Tidlig oppdagelse og behandling av første gangs psykose*. Gjennom telefonintervjuene fikk vi informasjon om ulike forhold ved de 24 lokale prosjektene, som presenteres i avsnittene under. På flere av spørsmålene i spørreskjemaet var svarkategoriene gradert fra 1 til 7, og resultatene presenteres flere steder som gjennomsnitt. Oversikt over respondentenes prosentvise svarfordeling på de ulike spørsmålene, samt standardavvik (SD) finnes som vedlegg i rapporten (vedlegg 2 og 3).

2.1 Organisering og aktivitet i de lokale prosjektene

Av landets 19 fylker var det bare fem som ikke var representert blant prosjektene. Hvordan prosjektene fordelte seg på de ulike helseregionene fremkommer i Tabell 5.

Tabell 5. Prosjektene fordelt på helseregion (antall og prosent)

Helseregion	n	(%)
Sør-Øst	11	(45,8)
Vest	5	(20,8)
Midt	3	(12,5)
Nord	5	(20,8)

Prosjektene var organisert under ulike enheter i helseforetaket. Noen prosjekter var knyttet til én type organisatorisk enhet, for eksempel en sengepost eller en FOU-avdeling, mens andre omfattet flere typer organisatoriske enheter ved samme institusjon. Som Tabell 6 viser, var det flest lokale prosjekter som omfattet sengepost og poliklinikk ved samme avdeling eller institusjon. Kolonnene til høyre i tabellen gir også et bilde av hvor mange av prosjektene som befant seg på sykehus og DPS, etter hvilken type enhet de var lokalisert i. Totalt ni prosjekter var organisert i en DPS, mens 16 var organisert i sykehus. Videre var det flere av prosjektene i sykehus som kun omfattet én type organisatorisk enhet (kun sengepost, kun poliklinikk eller kun FOU, til sammen 8 av 15 prosjekter) enn det der var i DPS'ene. I DPS'ene var det tre av de ni prosjektene som kun omfattet en type organisatorisk enhet.

Tabell 6. Hvilke typer enheter prosjektene var organisert i, og fordelingen av sykehus og DPS (antall og prosent)

Organisatorisk enhet	Totalt		DPS*	Sykehus
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	<i>n</i>
Sengepost og poliklinikk	7	(29,2)	2	5
Kun sengepost	6	(25,0)	1	5
Kun poliklinikk	4	(16,7)	2	2
Ambulant team og poliklinikk	4	(16,7)	2	2
Kun FOU	1	(4,2)	0	1
Sengepost, ambulant team og poliklinikk	1	(4,2)	1	
Sengepost, ambulant team og poliklinikk og FOU	1	(4,2)	1	
<i>Totalt</i>	<i>24</i>		<i>9</i>	<i>15</i>

*inkludert en virksomhet med driftsavtale

Ikke alle de 24 prosjektene var aktive hele perioden;

- Fire prosjekter avbrøt før perioden var over, to av disse før FS3 og to etter FS3.
- To prosjekter hadde et opphold, for så å starte opp igjen
- Atten var aktive i hele perioden

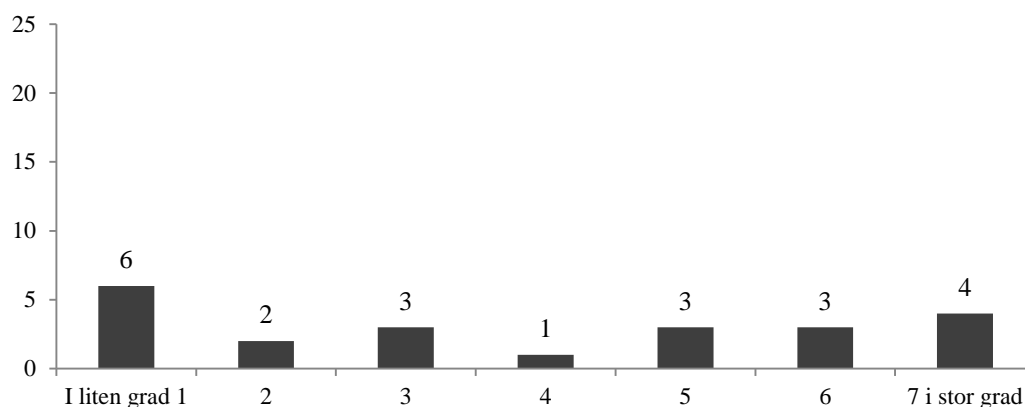
De fire prosjektene som avbrøt prosjektet, hadde ulike årsaker til dette, se tabell 7.

Tabell 7. Årsaker til at prosjekter avsluttet eller hadde opphold

Prosjektstatus	Årsaker
Avsluttede prosjekt	Prosjektleder, som var drivkraft og ildsjel bak prosjektet, sluttet. Prosjektet skulle opprinnelig videreføres, men det å miste ildsjelen, kombinert med at valgt forbedringstema var mer utfordrende enn forventet, medførte prosjektavslutning.
	Prosjektgruppen opplevde ikke støtte til videreføring i klinikkledelsen. Prosjektgruppen ønsket å satse på et annet tema enn det klinikkledelsen ønsket.
	GBP ble opplevd som lite nyttig i forhold til egne behov. Faglig innhold på FS1 ikke tilstrekkelig interessant, og målinger ved hjelp av SPC ikke opplevd som hensiktsmessig. Gruppas veileder for opptatt av måling, og hadde lite kompetanse på psykiatri.
	Lite aktivitet i prosjektarbeidet lokalt, og lite nytt å presentere på fellessamlingene. Forbedringsarbeidet i enheten fortsatte, men utenfor rammene til GBP.
Prosjekter med opphold	Startet opp igjen for å få en "verdigg" avslutning på prosjektet.
	Ønske om å arbeide videre med det valgte forbedringstemaet.

2.2 Tallfestede mål og selvevalueringstall

Informantene ble bedt om å svare på i hvilken grad de hadde nådd sine tallfestede mål. Figur 2 illustrerer svarfordelingen.



Figur 2. I hvilken grad har dere nådd deres tallfestede mål? (antall)

Ved å definere at de som svarte fra 1-3 ikke eller i liten grad har nådd sine tallfestede mål, og de som svarte 5-7 har nådd sine tallfestede mål i større eller mindre grad, kan man si at:

- Ti av prosjektene *hadde* nådd sine tallfestede mål
- Elleve av prosjektene *hadde ikke* nådd sine tallfestede mål

Informantene ble spurt om hvorfor de eventuelt ikke hadde nådd sine tallfestede mål. Fem av informantene forklarte at noe av grunnen var at forekomsten av psykosetillfeller var så lav, at det var vanskelig å si noe om oppnåelse av mål. Andre oppgitte årsaker til at tallfestede mål ikke var nådd, var at prosjektperioden var for kort til å kunne få til endringer, at omorganisering internt hindret framdrift i prosjektet og at prosjektgruppen ikke hadde fått nok fristilt tid. En informant beskrev også at det var dårlig planlagt fra GBP sentralt at målinger skulle gjøres i sommermånedene. At konkurrerende forbedringsprosjekter i samme enhet stjal fokus og krevde ressurser ble også nevnt som årsak til manglende måloppnåelse.

På to tidspunkt i løpet av GBP (i forkant av FS2 og FS3), evaluerte prosjektene i hvilken grad endringer var observert eller målt. Dette selvevalueringstallet kom de frem til ut i fra skår på skjemaer som målte grad av endring. Tabell 8 gir oversikt over hvordan prosjektene fordelte seg i forhold til selvevalueringstall etter FS3, samt en beskrivelse av de enkelte selvevalueringstallene. Som tabellen viser hadde alle de 22 prosjektene som var aktive til og med FS3, selvevalueringstall 3, 4 eller 5. Av de 24 prosjektene var det 16 av prosjektene som selv opplevde å ha fått til påtagelige forbedringer eller at forbedringene har fått gjennomslag i systemet.

Tabell 8. Oversikt over prosjektenes selvevalueringstall etter FS3 (antall og prosent)

Selv-evalueringstall	Beskrivelse	n	%
1	Prosjektgruppen har ikke kommet i gang	0	0,0
2	Aktivitet uten forandring	0	0,0
3	Enkelte forandringer har kommet frem	6	25,0
4	Påtagelige forbedringer er målt	9	37,5
5	Forbedringene har fått gjennomslag i systemet	7	29,2
-	Avbrudd før FS3	2	8,3
	Totalt	24	100,0

Note: *Tre av prosjektene avbrøt før FS3 og hadde dermed ikke selvevalueringstall.

2.3 Prosjektenes arbeidsgrupper, ansvar og roller

Alle de lokale prosjektene som deltok, etablerte en arbeidsgruppe som skulle jobbe med GBP. Arbeidsgruppene hadde fra 2 til 7 prosjektmedarbeidere, og gjennomsnittlig besto arbeidsgruppene av 4,9 personer. Tabell 9 viser hvilke profesjoner som var representert i arbeidsgruppene. Vi ser her at den hyppigst forekommende profesjonen var psykiatrisk sykepleier, etterfulgt av psykolog, psykiater og psykologspesialist. Kolonnen til høyre viser andelen av prosjektgrupper som hadde de ulike profesjonene representert i gruppen. Eksempelvis hadde 20,8 prosent av gruppene (fem prosjektgrupper) en eller flere sykepleiere i gruppen.

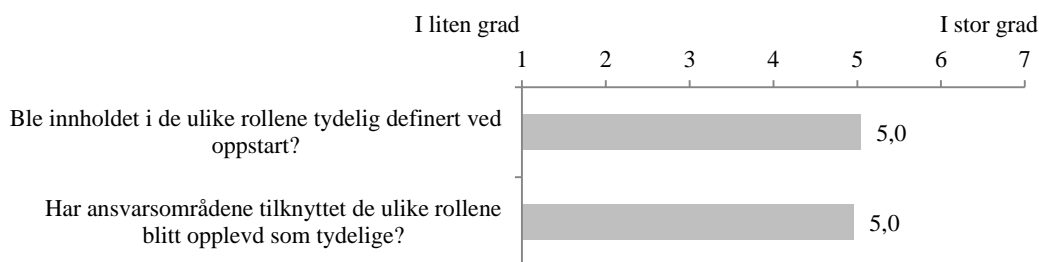
Tabell 9. Profesjoner representert i arbeidsgruppen (antall og prosent)

Profesjon*	Profesjon repr. i arbeidsgruppe (antall)	Andel prosjektgrupper med profesjon representert (%)
Psykiatrisk sykepleier	16	66,7
Psykolog	12	50,0
Psykiater	11	45,8
Psykologspesialist	11	45,8
Sosionom	6	25,0
Sykepleier	5	20,8
Lege	4	16,7
Miljøterapeut	4	16,7
Barne- og ungdomspsykiater	3	12,5
Legespesialist	2	8,3
Helsepersonell med fagbrev	1	4,2
Ufaglært	0	0,0

Note: 17 av prosjektgruppene hadde annen kompetanse tilgjengelig i tillegg; barnevernspedagog, helsesøster, klinisk pedagog, klinisk sosionom, kunst- og uttrykksterapeut, vernepleier, sosiolog, spesialergoterapeut, ergoterapeut, sosialpedagog, lærer, merkantil ekspert.

I spørreskjemaet ble informantene bedt om å ta stilling til i hvilken grad de mente at rollene som prosjektleder, prosjektmedarbeider og måleansvarlig ble definert ved oppstart, og i hvilken grad ansvarsområdene ble opplevd som tydelige. Informantene ble bedt om å krysse av på en skala fra 1-7 på hvert spørsmål, hvor 1 var i liten grad og 7 var i stor grad.

Som Figur 3 viser, mente informantene i nokså stor grad at rollene var tydelig definert på forhånd, og at ansvarsområdene ble opplevd som tydelige.



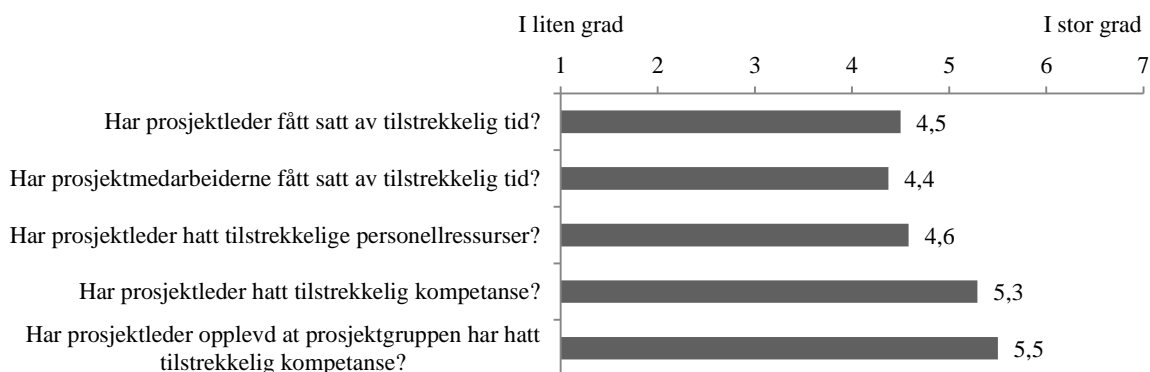
Figur 3. Rolledefinering og tydeliggjøring av ansvarsområder (gjennomsnittsskår)

Forskjeller mellom prosjektene:

Prosjektene som nådde sine tallfestede mål, opplevde i noe større grad at rollene var tydelig definert. Også prosjektene med høye SET-tall (4 og 5) opplevde i noe større grad at rollene var definert og at ansvarsområdene var klare. Det var små forskjeller mellom prosjektene i forhold til roller og ansvar avhengig av om prosjektene hadde opphold i eller avbrøt sin aktivitet.

2.4 Ressurser: tid, personell og kompetanse

Informantene ble også spurt om hvilke ressurser de hadde til rådighet med tanke på tid, personell og kompetanse. Figur 4 viser at informantene i nokså stor grad mente at både prosjektleder og prosjektgruppe har hatt tilstrekkelig kompetanse. Videre viser figuren at informantene i middels grad mente at prosjektgruppen og -lederen hadde fått avsatt nok tid. De mente i nokså stor grad at de har hatt tilstrekkelige personellressurser.



Figur 4. Prosjektgruppens ressurser (gjennomsnittsskår)

Forskjeller mellom prosjektene:

Prosjektene som hadde opphold eller avbrøt prosjektet, opplevde i noe mindre grad at de hadde tilstrekkelige personellressurser. Det var små forskjeller mellom prosjektene når det gjaldt grad av ressurser sammenlignet med SET-tall eller oppnåelse av tallfestede mål.

2.5 Utskiftninger

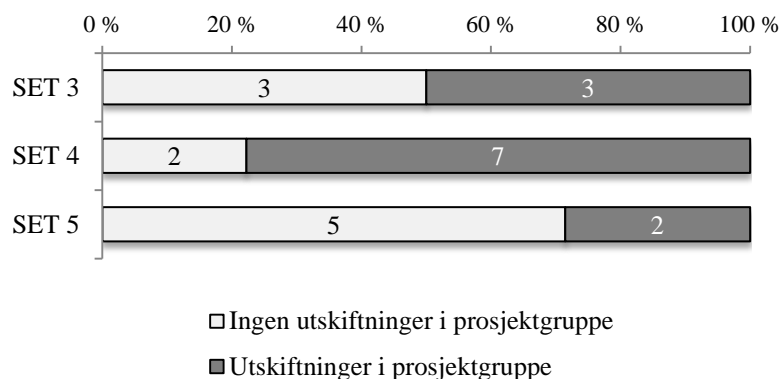
I 11 av de lokale prosjektene ble én eller flere i arbeidsgruppen skiftet ut i løpet av prosjektperioden. De som ble skiftet ut var:

- Åtte prosjektledere
- Åtte måleansvarlige
- Seks prosjektmedarbeidere

Det som ble oppgitt som årsaker til utskiftningene av personell var *permisjon, jobbskifte og sykmelding*.

Forskjeller mellom prosjektene:

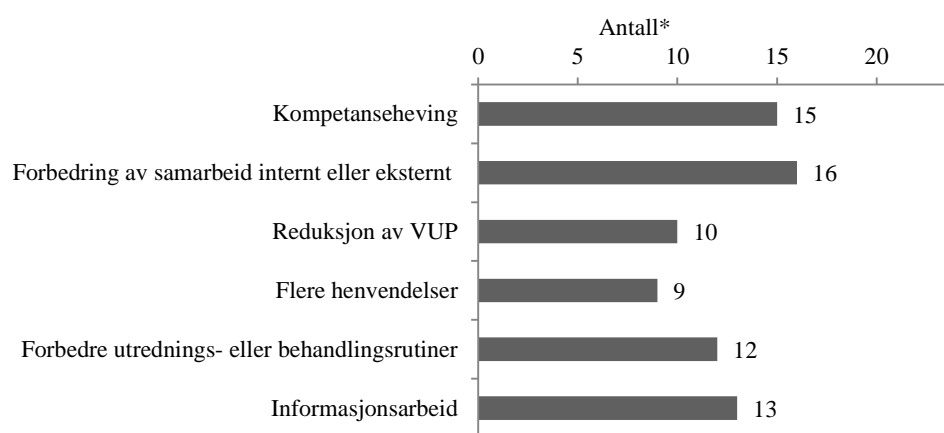
Det var ikke stor forskjell på prosjektgruppene utskiftninger etter hvorvidt de hadde nådd sine tallfestede mål. Ser man på forskjellene mellom prosjektene etter hvilken selvevalueringstall de hadde ved FS3, viser Figur 5 at flertallet av prosjektgruppene med SET5 ikke hadde hatt utskiftninger.



Figur 5. Utskiftninger etter SET (antall og prosent)

2.6 Forbedringstema

Alle de deltakende prosjektene måtte velge ett eller flere forbedringstema som de skulle arbeide målrettet med i GBP. I spørreskjemaet ble informantene bedt om å krysse av for hvilket/hvilke forbedringstema de hadde valgt av de seks områdene som fremkommer i Figur 6. Figuren viser at forbedring av samarbeid internt eller eksternt og kompetanseheving var de mest hyppig forekommende temaene i de lokale prosjektene.



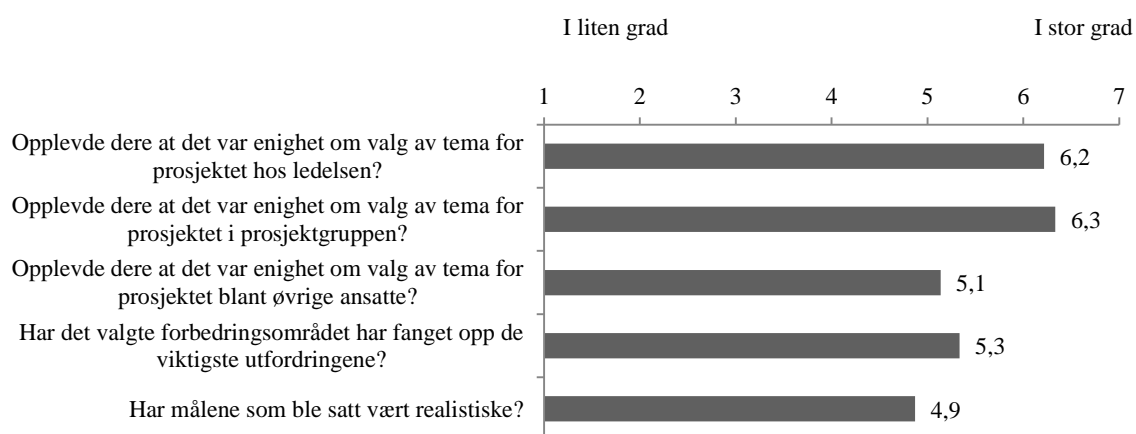
*Figur 6. Prosjektenes valgte forbedringsområder (antall) *Informantene kunne krysse av på flere alternativer*

I spørreskjemaet ble informantene også bedt om å gi en kort beskrivelse av det valgte forbedringsområdet (tabell 10). I de tilfellene der det ikke ble gitt en utfyllende beskrivelse av forbedringstema i telefonintervjuet, supplerte forskerne med beskrivelser hentet fra Sluttrapporter FS3.

Tabell 10: Beskrivelse av forbedringstema fordelt på enhet de lokale prosjektene var organisert i

Enhet	Beskrivelse av forbedringstema
ABUP, Ungdomsklinikken, Arendal	Heve kompetanse og fokus innad på avdelingen og forbedre samarbeid eksternt med helsesøster, videregående skoler og ungdomsskoler samt ungdomsteam i samme kommune.
Bergfløtt behandlingssenter, døgnetenheten	Forbedre behandlingsrutiner og utvikle kvalitet på samarbeidet med pårørende.
BUP Haugesund, Haugaland DPS	Forbedre utredningsrutiner i forhold til rus og psykose.
BUP Stavanger	Kompetanseheving internt i BUP; øke kompetansen på tidlige tegn på psykose.
BUPA, Nordlandssykehuset	Kompetanseheving internt. Forbedring av samarbeid mellom enhetene i BUPA og mellom BUPA og andre enheter i Rus- og psykiatriklinikken.
DPS Drammen poliklinikk, Psykoseteamet	Forbedre samarbeid eksternt; med henviserne, med helsetjenesten i kommunene, og internt mellom poliklinikkene.
DPS Kristiansund	Kompetanseheving internt om psykose og rus, og kvalitetssikre psykosediadgnoser i pasientjournaler.
DPS Lillehammer, BUP og VOP Otta	Forbedre samarbeid eksternt med primærhelsetjenesten og videregående skole. Forbedre behandlingsrutiner og utredning.
Enhet for nysyke (ENP), Nordlandssykehuset, Bodø	Kompetanseheving internt. Forbedre utredningsrutiner (nye verktøy).
Klinikk psykisk helse, SSHF Kristiansand	Kompetanseheving internt og forbedre samarbeid eksternt med helsesøstre.
Mosjøen DPS	Kompetanseheving internt, lage screeningverktøy, Samarbeidsforbedring internt og eksternt (fastlege), undervisning og informasjonsarbeid, konsekvensen skal være redusert VUP.
Poliklinikken, Gausel, Stavanger	Kompetanseheving internt med kvalitetsforbedring av psykoseutredning, forbedring av ansattes trivsel og fortrolighet med utredning og diagnostisering.
Søndre og Nordre Vestfold DPS, Utredningspost for unge med psykoselidelser.	Forbedring av kvalitet på samhandling eksternt med fastlege og pårørende.
Psykiatrisk divisjon A3, Stavanger	Forbedre utrednings- og behandlingsprosedyrer. Fokus på å øke pasienters opplevelse av deltakelse i egen behandling.
Psykoseseksjonen, sykehuset Namsos	Knytte voksen- og barnepsykiatrien sammen omkring utredning og behandling av psykose.
Ringerike DPS	Kompetanseheving internt gjennom å lage en behandlingslinje for pasientgruppen, og jobbe med informasjon /undervisning til samarbeidspartnere.
Salten DPS, Psykoseteamet	Kompetanseheving internt og eksternt (helsesøstre, fastleger). Forbedre samarbeid med andre lokale enheter.
Seksjon for tidlig intervensjon (STI), Sanderud og Reinsvoll.	Kompetanseheving eksternt; fastleger og samarbeidspartnere.
Senter for Barn og unges psykiske helse, TIPS Ung Oslo Syd .	Flere relevante henvendelser fra førstelinjen (fastleger og skolehelsetjenesten) om pasienter med psykoserisiko.
Tiller DPS, Ambulant akutt-team	Heve kvalitet på henvisninger fra fastleger, spesifikt i forhold til opplysninger om mulig psykose og rus.
Tips Asker og Bærum	Forbedre utredningsprosedyrer (nytt screenings- og henvisningsskjema). Kompetanseheving eksternt (helsesøstre og andre i primærhelsetjenesten).
Tips Stavanger	Forbedre samarbeid eksternt med Stavanger kommune ved å være tilgjengelige på Helsestasjonen for ungdom. Informasjonsarbeid (brosjyrer og Tips-annonser).
Ungdomspsykiatrisk seksjon, UNN	Reduksjon av VUP. Forbedre utredningsrutiner. Forbedre samarbeid internt og eksternt (med voksenpsykiatrien).
Vindern DPS	Reduksjon av VUP. Forbedre samarbeid eksternt (primærhelsetjenesten). Sjekke faktisk behandling/ oppfølging opp mot målene for behandlingslinjen.

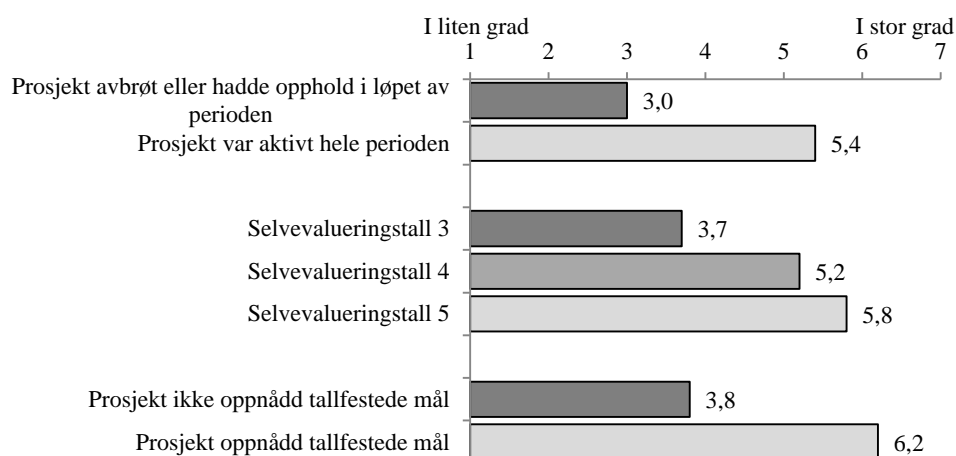
Figur 7 viser at informantene i stor grad mente at det var enighet om valg av forbedringstema både hos ledelsen og i prosjektgruppen. Hos de øvrige ansatte var det også nokså stor grad av enighet om temaet, men flere av informantene kommenterte at de øvrige ansatte ikke hadde vært nok involvert til å kunne si noe om dette. Figuren viser også at målene som var satt, i middels grad ble opplevd å være realistiske. Informantene mente at det valgte temaet i nokså stor grad fanget opp de viktigste utfordringene, og at målene som ble satt i nokså stor grad var realistiske.



Figur 7. Enighet om det valgte forbedringstemaet, og realistisk målsetting (gjennomsnittsskår)

Forskjeller mellom prosjektene:

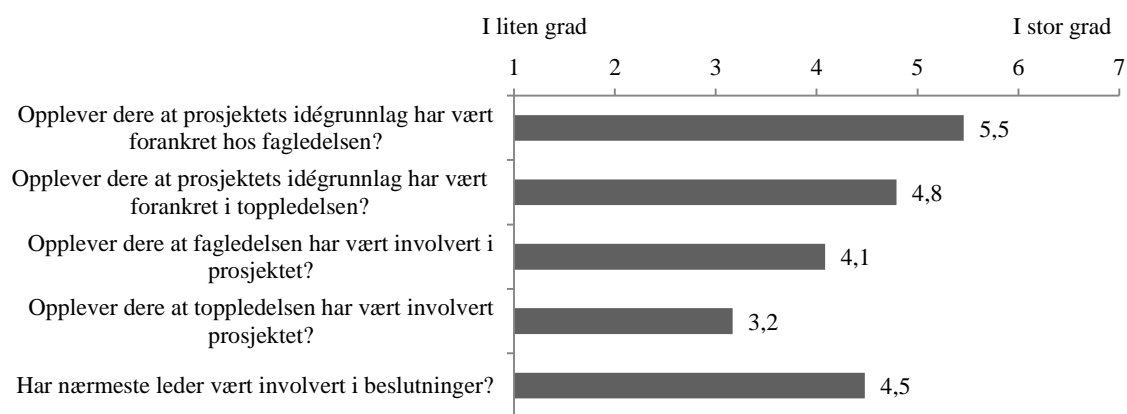
Det var små forskjeller mellom prosjektene når det gjaldt enighet om forbedringstema etter om de hadde opphold eller avbrøt, etter SET og etter hvorvidt de hadde nådd sine tallfestede mål. Prosjektene med høye SET (4 og 5) opplevde i noe større grad at det valgte forbedringsområdet fanget opp de viktigste utfordringene. Figur 8 viser at det var store forskjeller mellom prosjektene når det gjelder hvor realistisk de opplevde målsettingen deres hadde vært.



Figur 8. Hvor realistisk opplevde dere at målsettingen deres var? Forskjeller mellom prosjektene når det gjelder realistisk målsetting (gjennomsnittsskår)

2.7 Forankring og involvering

Informantene ble spurt flere spørsmål som omhandlet forankring av prosjektet i ledelsen. Som Figur 9 viser, ble det opplevd at selve *idégrunnlaget* til prosjektet i nokså stor grad har vært forankret i fagledelsen, og i toppledelsen. Når det gjelder *involvering* i prosjektet, har fagledelsen i snitt vært middels involvert, mens toppledelsen i nokså liten grad har vært involvert i de lokale prosjektene. Figuren viser også at *nærmeste leder* i middels grad har vært involvert i beslutninger.



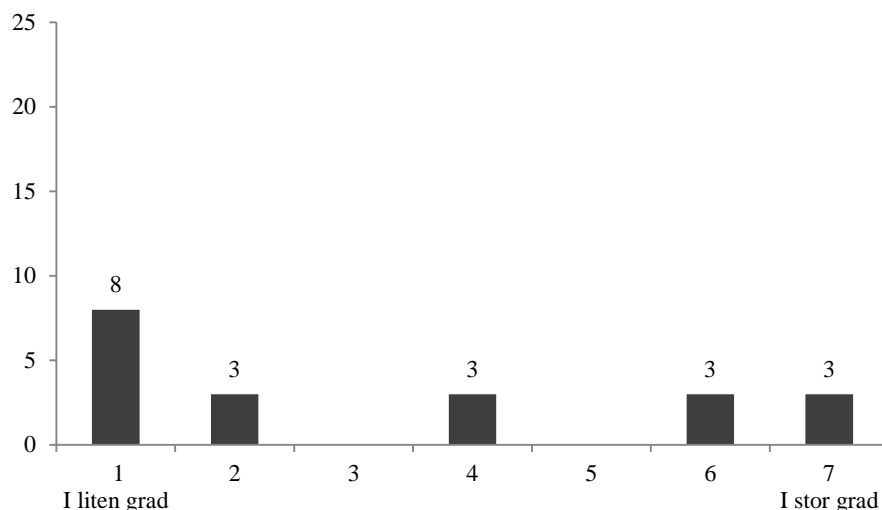
Figur 9. Forankring og involvering av prosjektet i ledelsen (gjennomsnittsskår)

Forskjeller mellom prosjektene:

Prosjektene som nådde sine tallfestede mål opplevde i noe større grad at prosjektets idégrunnlag var forankret i toppledelsen og at både fagledelse og toppledelse var involvert i prosjektet. Prosjektene med høye SET opplevde i noe større grad at fagledelsen var involvert i prosjektet, og i *mindre* grad at nærmeste leder var involvert. Det var små forskjeller mellom prosjektene når det gjaldt forankring og involvering sett i forhold til om de hadde hatt opphold eller avbrøt prosjektet.

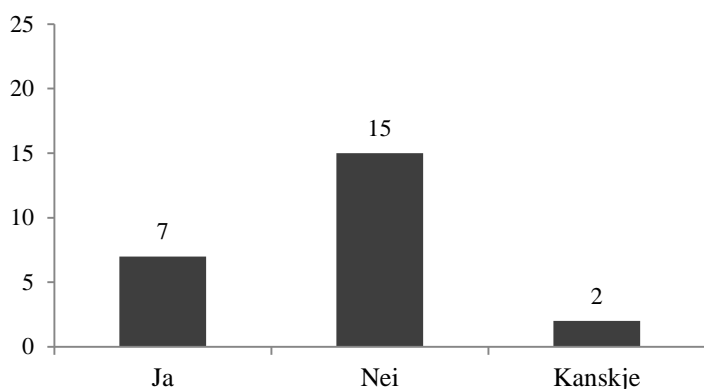
2.8 Målinger med SPC

I bare i seks av de 24 prosjektene ble SPC brukt i nokså stor eller stor grad i hele prosjektperioden. I elleve prosjekter ble SPC brukt i liten eller nokså liten grad (informantene har svart 1 eller 2 på skalaen).



Figur 10. Har dere fortsatt å bruke SPC i hele prosjektperioden? (antall)

På spørsmål om de hadde planer om å fortsette å bruke SPC etter at prosjektperioden var over, svarte flertallet av informantene at de *ikke* planlegger å bruke SPC i fremtiden (se Figur 11). Syv av de lokale prosjektene svarte ja på dette spørsmålet, mens to var usikre. Det må her tas i betraktning at fire prosjekter som nevnt tidligere ble avsluttet før prosjektet var over, og av naturlige grunner derfor ikke fortsatte målingene.

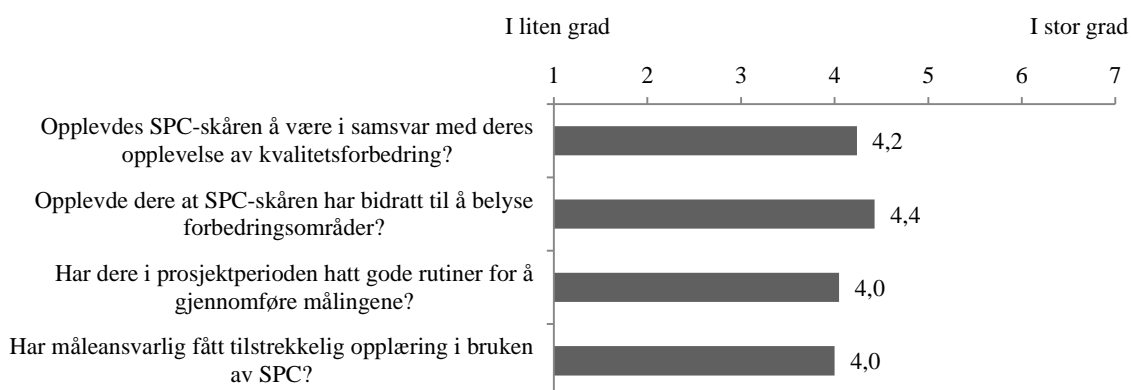


Figur 11. Planlegger dere å fortsette å bruke SPC i tiden framover?(antall)

Informantene hadde mulighet til å komme med ytterligere kommentarer til bruken av SPC dersom de ønsket dette. I kommentarene fremkom det at gjennomføringen av SPC-målinger har variert fra prosjekt til prosjekt. Det som gikk igjen var:

- Prosjektgruppen benyttet seg ikke av målinger.
- Prosjektgruppen brukte SPSS eller Microsoft Excel i stedet for SPC.
- Prosjektgruppen brukte SPC via en ekstern person, for eksempel veileder. Måleansvarlig foretok da registreringer og sendte data til denne eksterne ressursen.
- Prosjektgruppen hadde en person i gruppen som hadde god kompetanse på SPC.

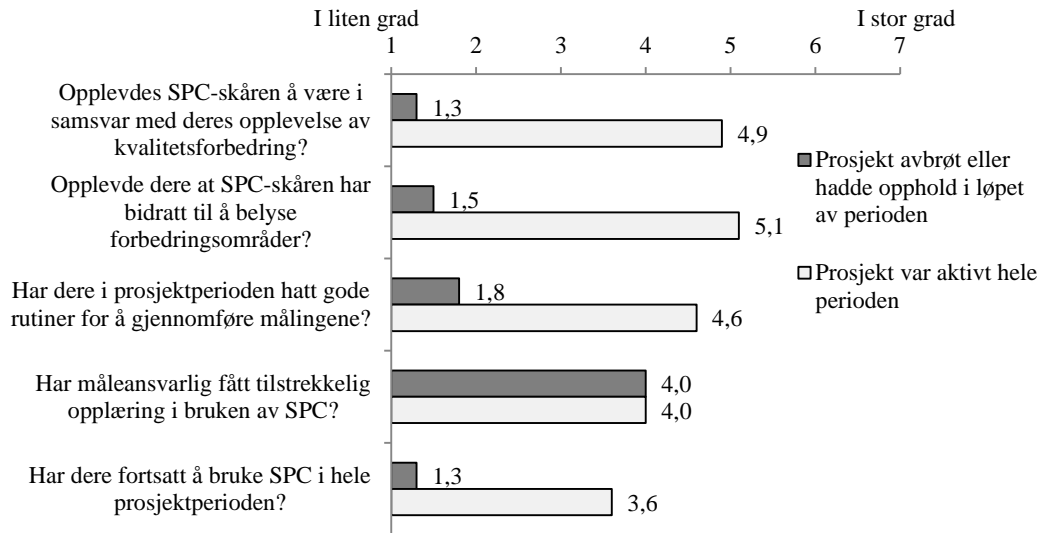
Figur 12 viser informantenes svar om bruken av SPC og målinger i prosjektet. Samlet sett ga informantene middels vurderinger av SPC-målingene. Spredningstallene var for disse variablene lik eller mer enn 2, noe som tilsier at svarene befant seg på hele skalaen, og at det både var mange høye og mange lave svar på skalaen. Gjennomsnittlig opplevde informantene at måleansvarlig i middels grad fikk god nok SPC-opplæring. Her var det mange ulike svar, og det kom også frem i kommentarene at tilfredsheten med opplæringen varierte mye fra prosjektgruppe til prosjektgruppe (se neste avsnitt).



Figur 12. Om måling og måleverktøy. I hvilken grad ..? (gjennomsnittsskår)

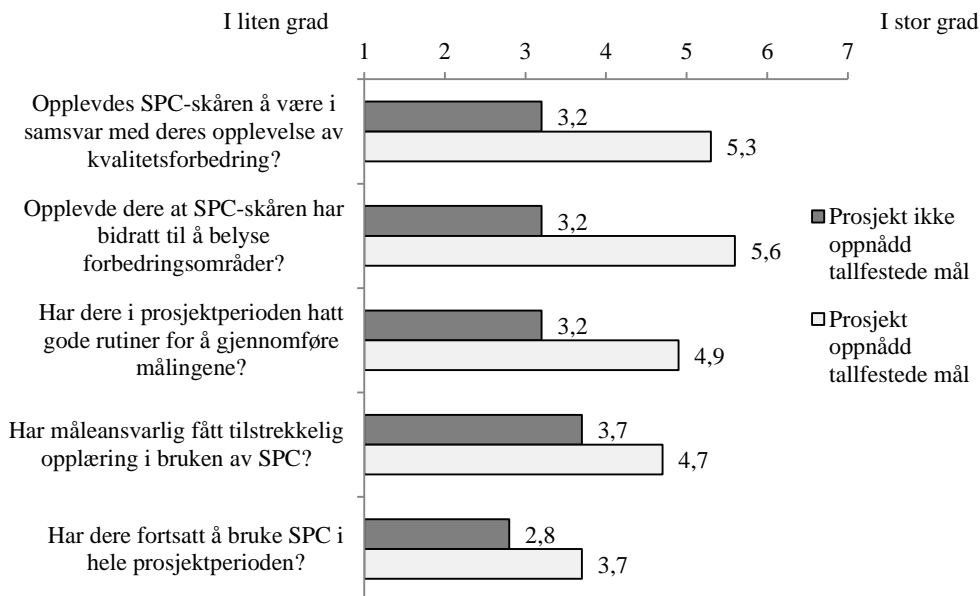
Forskjeller mellom prosjektene:

Det var forskjeller mellom prosjektene i erfaringene med SPC etter hvorvidt de hadde opphold i eller avbrøt prosjektet, eller om de var aktive hele perioden. Figur 13 visualiserer dette.



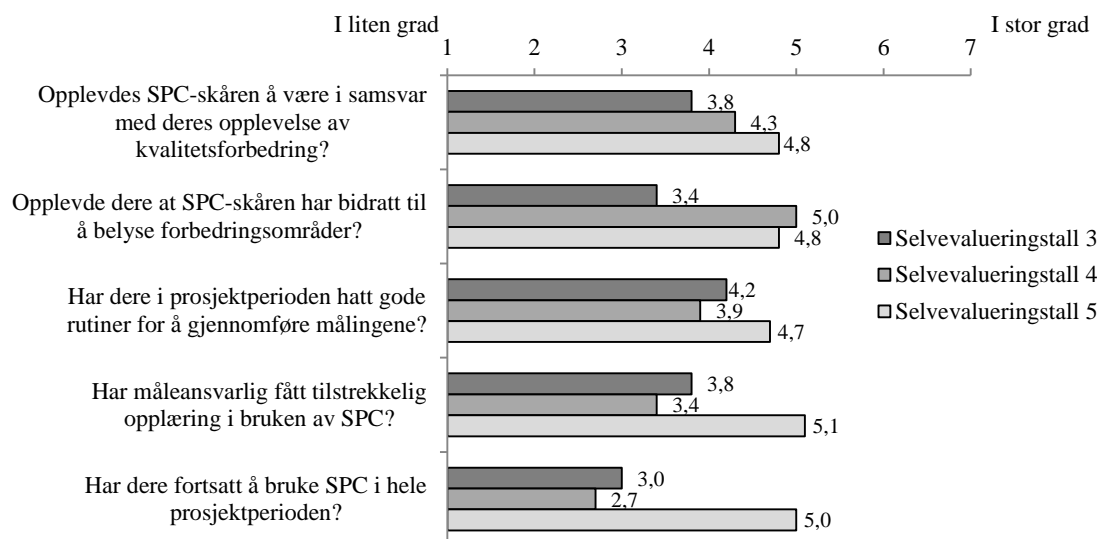
Figur 13. Forskjeller mellom prosjektene og SPC-målinger (gjennomsnittsskår)

Det var også forskjeller mellom prosjektene når det gjaldt SPC-målinger fordelt etter oppnåelse av tallfestede mål, se Figur 14.



Figur 14. Forskjeller mellom prosjektene og SPC-målinger etter oppnåelse av tallfestede mål (gjennomsnittsskår)

Ved å dele inn prosjektene inn etter SET, framkom også forskjeller når det gjaldt SPC-målingene. Se figuren under.



Figur 15. Forskjeller mellom prosjektene når det gjelder SPC-målinger etter SET (gjennomsnittsskår)

Kommentarer til SPC-målingene:

Flere informanter nevnte at bruken av SPC fungerte godt og var nyttig: ”SPC-målinger har vært nyttig, vi vil gjerne bruke det på andre prosjekter også. SPC konkretiserer endringer fint”. En annen informant var av samme oppfatning og la til at: ”SPC har fungert greit for å få frem det vi målte, vi kunne bruke dette i undervisning og medieoppslag”. Videre fortalte denne informanten at målingene hadde vært tidkrevende, og at det etter hvert ble viktigere for prosjektgruppa å bruke ressursene de hadde til rådighet på å få på plass et varig tilbud, fremfor å kjøre statistiske analyser. Det var også flere andre informanter som påpekte at målingene var for ressurskrevende, og det ble blant annet nevnt at fritid måtte tas i bruk for å få dette til.

Andre positive beskrivelser av målinger med SPC var: ”SPC er et godt verktøy når indikasjon er riktig”, ”SPC er et godt måleverktøy, fordi det er så enkelt” og ”bruken av SPC har gjort oss mer bevisst på nytten, og synliggjøring av prosessen”.

Når det gjelder opplæring i bruk av SPC, ble det etterlyst mer undervisning og mengdetrening. Noen kommenterte at opplæringen i bruken av SPC var ”elendig”, mens andre beskrev at det var altfor lite undervisning i hvordan en kunne trekke konklusjoner på grunnlag av målingene.

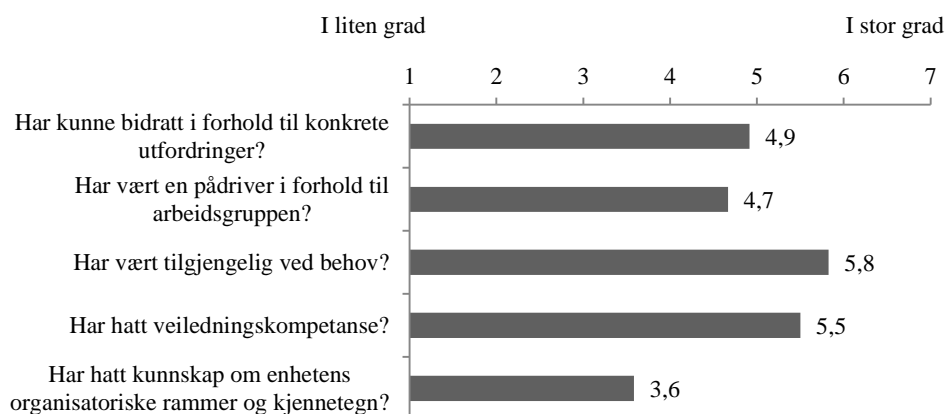
Videre nevnte flere informanter at de hadde for lav forekomst av problematikken, eller for lite tallmateriale til at målingene kunne ha nytteverdi. Noen prosjekter kunne derfor ikke konkludere i forhold til resultater. Flere prosjekter opplevde at veileder var en ressurs som ble brukt til målingene, men ikke alle opplevde at veileder hadde nok

kompetanse til å bistå med dette. Andre kommentarer var det burde oppnevnes flere måleansvarlige personer i det enkelte prosjekt, som får opplæring i og ansvar for målingene. Dette fordi dagens system med én måleansvarlig ble opplevd som for sårbart. En informant sa følgende: ”målingene falt sammen når måleansvarlig sluttet, erstatteren klarte ikke å sette seg inn i dette”.

2.9 Veiledning

Det varierte hvor mye kontakt prosjektgruppene hadde hatt med veilederen sin i tillegg til fellessamlingene og de arrangerte telefonkonferansene. Antall ganger de hadde hatt telefonmøter varierte fra 0 til 20 ganger (gjennomsnitt=5,5). Antall besøk av veilederen i enheten varierte fra 0 til fem ganger (gjennomsnitt=1,5). Fire prosjekter hadde ingen telefonmøter, og tre prosjekter hadde ikke besøk av veilederen i enheten. Flere informanter fortalte at de hadde hatt mest kontakt med veilederen via e-post.

Figur 16 viser informantenes tilfredshet med veileder på ulike områder. Det fremkom at informantene i nokså stor grad syntes at veileder har kunnet bidra i forhold til konkrete utfordringer, og at vedkommende hadde vært en pådriver for prosjektgruppen. Informantene var aller mest fornøyd med veileders tilgjengelighet og veiledningskompetanse, mens de ”kun” i middels grad opplevde at veilederen hadde kompetanse i forhold til deres organisatoriske rammer og kjennetegn. Dette kom også fram i kommentarene fra informantene, hvor flere mente at psykiatrikompetanse og kjennskap til organisatoriske rammer manglet hos veileder.



Figur 16. I hvilken grad har dere opplevd at veileder..? (gjennomsnittskår)

Forskjeller mellom prosjektene:

Prosjektene som var aktive i hele perioden opplevde i noe større grad enn prosjekter som hadde opphold eller avbrøt, at veileder kunne bidra i konkrete problemstillinger. Prosjektene som nådde sine tallfestede mål opplevde i *mindre* grad at veileder var en pådriver, i *mindre* grad at veileder hadde veiledningskompetanse og i *mindre* grad at veileder hadde kunnskap om enhetens organisatoriske rammer og kjennetegn. Prosjektene med høye SET (4 og 5) opplevde i *mindre* grad at veileder hadde veiledningskompetanse, og i *mindre* grad at veileder hadde kunnskap om enhetens organisatoriske rammer og kjennetegn.

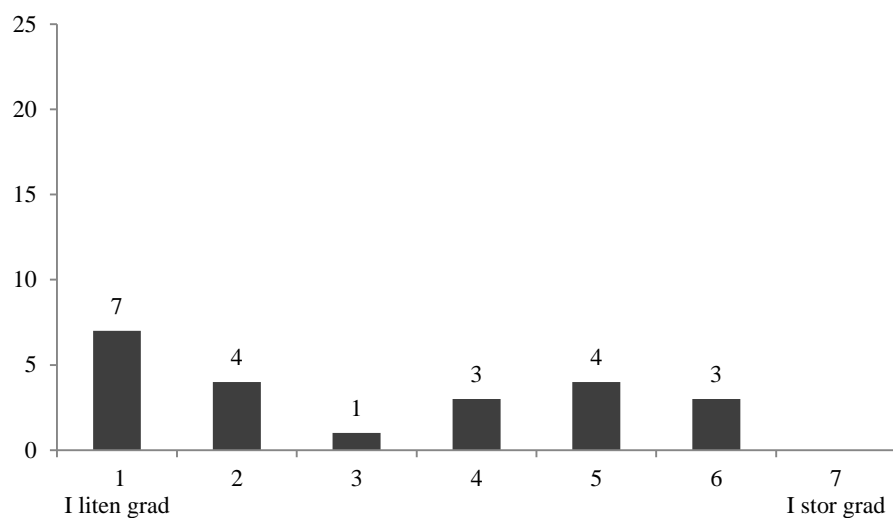
Kommentarer til veiledning:

Blant de åpne kommentarene som ble gitt i forhold til veiledning, ble det nevnt som positivt og nyttig for prosjektgjennomføringen å ha en veileder som var engasjert, og ha en *"utenforstående som er interessert"*. Flere beskrev at veilederen har vært tilgjengelig, og at de har fått den veiledningen og støtten de har bedt om.

Veiledernes kompetanse kom opp som et tema i noen av intervjuene. Det varierte i hvilken grad informantene opplevde at veilederne kunne hjelpe. En informant beskrev at: *"veileder var hyggelig, men hadde ingen erfaring med psykiatri"*. En annen informant beskrev samme problemstilling: *"Veileder hadde ikke kunnskap om å måle eller om det som ble målt. Veileder ble brukt lite. Vårt prosjekt hadde nok blitt bedre dersom veileder hadde kunnet psykiatri og statistikk"*. På den annen side var det informanter som beskrev at veileder i hovedsak hadde bistått med det metodiske: *"Vi fikk hjelp til målinger, ikke fag"* og *"Veileder var strålende på metodisk, men hadde en utfordring på det faglige"*. En informant problematiserte veileders metodefokus: *"Veileder var mest opptatt av målinger i SPC. Enheten opplevde at dette ikke var hensiktsmessig og at det ikke ga mening"*.

Andre informanter uttrykte at de var fornøyd med at veileder var pådriver og motivator overfor arbeidsgruppen, og beskrev at det var særlig gunstig med en veileder i samme by.

Figur 17 viser i hvilken grad informantene svarte at de *fortsatt hadde behov for veiledning*. Elleve av prosjektene hadde i liten grad fortsatt behov for dette, mens ti av prosjektene i stor eller middels stor grad hadde behov for videre veiledning.

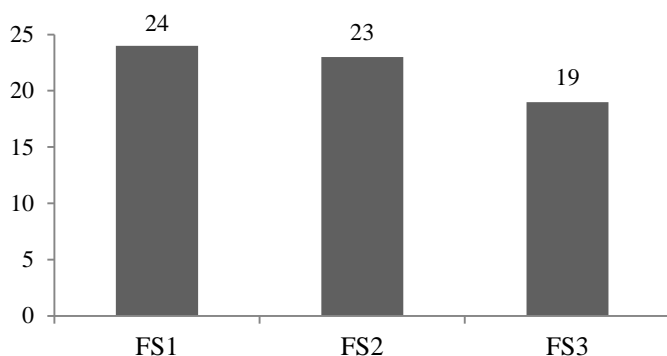


Figur 17. I hvor stor grad opplever dere fortsatt behov for kontakt med veileder? (gjennomsnittlig skår)

En informant kommenterte at de hadde ønske om videre veiledning, men ikke hadde fått tilbud om det. En annen informant beskrev at veiledningsbehovet hadde minket etter hvert som de selv hadde fått godt tak på målearbeidet.

2.10 Fellessamlinger

Deltakelsen på alle fellessamlingene var i følge informantene høy, se Figur 18.

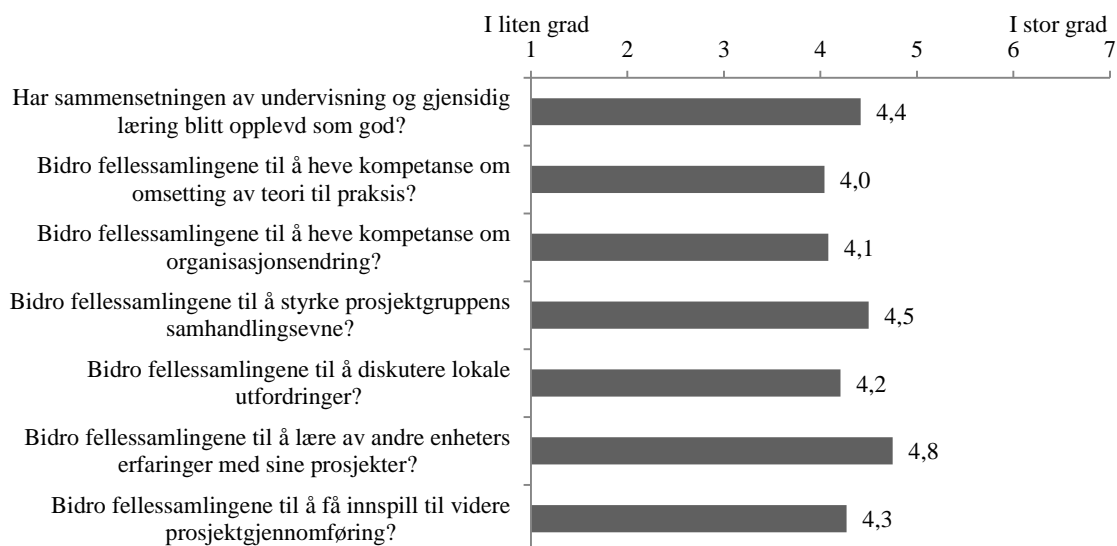


Figur 18. Prosjekter som deltok på FS 1-3 med en eller flere prosjektmedarbeidere (antall)

Informantene ble i spørreundersøkelsen bedt om å vurdere ulike aspekt ved fellessamlingene.

Figur 19 viser at informantene svarte "middels" på de fleste aspektene ved fellessamlingene (FS), bortsett fra at de i nokså stor stor grad opplevde at

fellessamlingene bidro til erfaringsoverføring og læring på tvers av enhetene som deltok.



Figur 19. Om fellessamlingene. I hvilken grad...?(gjennomsnittsskår)

Forskjeller mellom prosjektene:

Prosjekter som var aktive i hele perioden, opplevde i noe større grad at FS bidro til å heve kompetanse om omsetting av teori til praksis, og at sammensetningen av gjensidig læring og undervisning på FS var god. Prosjektene som nådde sine tallfestede mål opplevde i *mindre* grad at FS bidro til å diskutere lokale utfordringer

Prosjektene med høye SET (4 og 5) opplevde i *mindre* grad at FS bidro til å heve kompetanse om organisasjonsendring, i *mindre* grad at FS bidro til å styrke prosjektgruppens samhandlingsevne og i *mindre* grad at FS bidro til å diskutere lokale utfordringer.

Kommentarer til fellessamlingene:

Informantene kunne også utdype med egne ord hva de mente om *innholdet* på fellessamlingene. Noe som gikk igjen blant flere informanter var at innleggene favnet for bredt, og at de hadde ønske om presentasjoner med mer faglige dybde. En informant forklarte at det antakelig var stort spenn blant deltakerne når det gjaldt kunnskap om psykose, og at det dermed ville være vanskelig å få de faglige innspillene til å 'treffe' alle. Dette også fordi spennet i yrkesgrupper var stort, og eksempelvis en psykologspesialist og en miljøarbeider vil ha forskjellige utgangspunkt og behov. Informanten mente at behovet for faglig påfyll burde ha blitt undersøkt på forhånd, slik at det eventuelt ble unngått for generelle innlegg. Denne oppfatningen ble også delt av flere andre informanter. Videre ble det uttrykt at: "*kvaliteten på innholdet var lavere*

enn forventet. Vi ønsket mer fokus på det siste innen fagfeltet, og mindre fokus på metoden". En informant beskrev at de ønsket: *"færre, men grundigere og dypere faglige innlegg"*. To informanter trakk frem at opplæringen i SPC ikke var bra.

Innholdet på fellessamlingen ble videre beskrevet som både bra, veldig bra og at de faglige innleggene var gode. Flere mente også at innholdet varierte, og karakteriserte det som *"delvis bra, men mye irrelevant også"*. At noen innlegg var *"for lite matnyttige"* ble nevnt av en informant, mens en annen påpekte at innleggene burde vært *"litt mer praktisk rettet"*.

Formen på fellessamlingene var også et tema i intervjuene, og informantene hadde mange meninger om dette. Flere nevnte at organiseringen var bra og at rammene var gode. En informant sa at informasjonen om fellessamlingene kunne ha kommet tidligere. Flere informanter beskrev at programmet var litt for tettepakket. En informant uttrykte at det var for mye fokus på posterne.

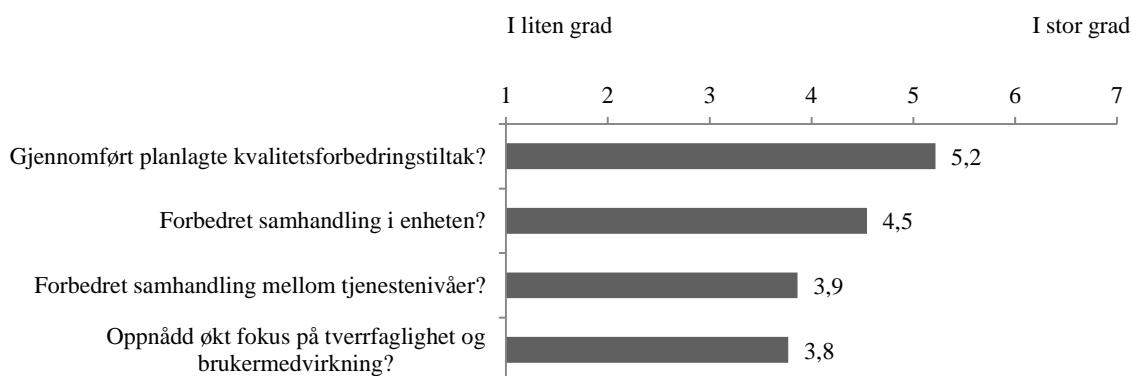
Det ble fremholdt av en informant at arrangørene var engasjerte, noe som virket positivt på prosjektgruppen. Flere informanter nevnte at det var god læring å presentere eget prosjekt og resultater, og at det å høre på andres erfaringer også var nyttig. Det å knytte kontakter og å oppleve at andre enheter hadde like problemstillinger ble beskrevet som positivt.

Noen mente at formen var litt lite matnyttig. Dette utsagnet kom fra en prosjektleder som hadde få ressurser i enheten sin til GBP. Informanten fortalte at gruppen heller kunne tenke seg å bruke tiden på fellessamlingen til å jobbe med sitt lokale prosjekt. Av en annen informant ble det problematisert at det å sette sammen grupper med totalt ulike prosjekt virket ugunstig, og at det hadde vært bedre å få jobbe i gruppearbeid med grupper som hadde tilsvarende eller like problemstillinger.

Det ble nevnt at det å skape en fellesfølelse burde blitt mer vektlagt, ved for eksempel å lage et bedre opplegg ved fellesmiddagene. En annen informant beskrev at *"det var tydelig at prosjektet var forankret i myndighetene og sentrale instanser som Legeforeningen. Tydelig fra dag én at man var del av et stort løft, noe som var bra"*.

2.11 Endret praksis

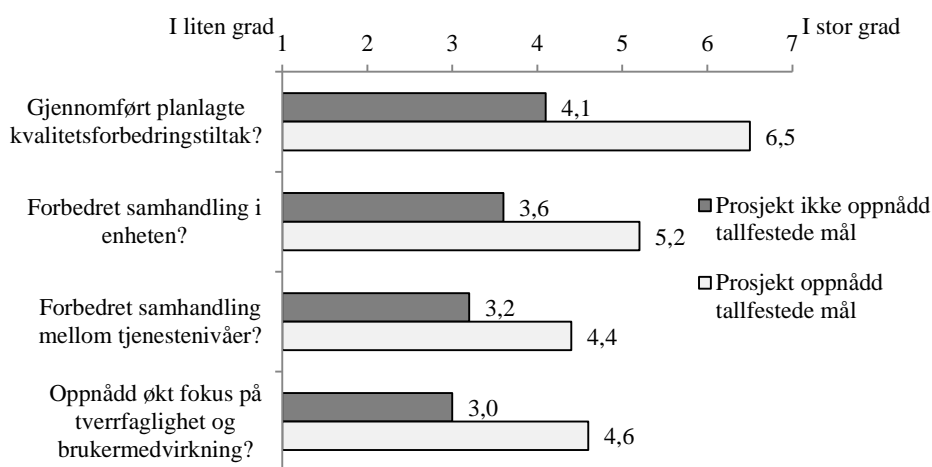
Figur 20 viser at prosjektene i nokså stor grad har opplevd at de har gjennomført planlagte kvalitetsforbedringstiltak. Når det gjaldt forbedring av samhandling i enheten, samhandlingen mellom tjenestenivåer og oppnådd fokus på tverrfaglighet og brukermedvirkning, svarte informantene at de GBP hadde bidratt til dette i middels grad.



Figur 20. Annen måloppnåelse (gjennomsnittskår)

Forskjeller mellom prosjektene:

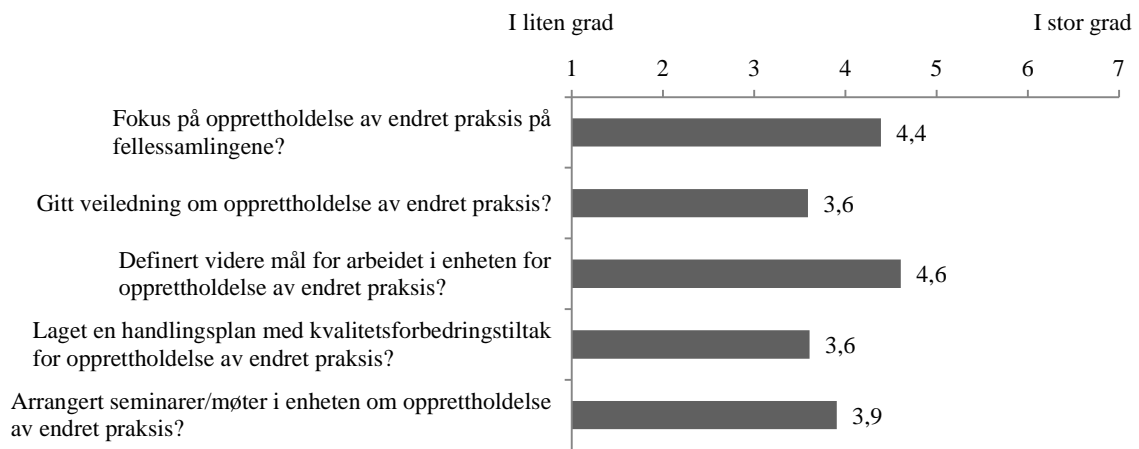
Prosjektene med høyere SET (4 og 5) gjennomførte i noe større grad planlagte kvalitetsforbedringstiltak, mens størst forskjeller ser man mellom prosjektene etter hvorvidt de nådde sine tallfestede mål. Figur 21 viser dette.



Figur 21. Forskjeller mellom prosjektene angående endret praksis etter hvorvidt de nådde sine tallfestede mål (gjennomsnittskår)

2.12 Opprettholdelse av endret praksis

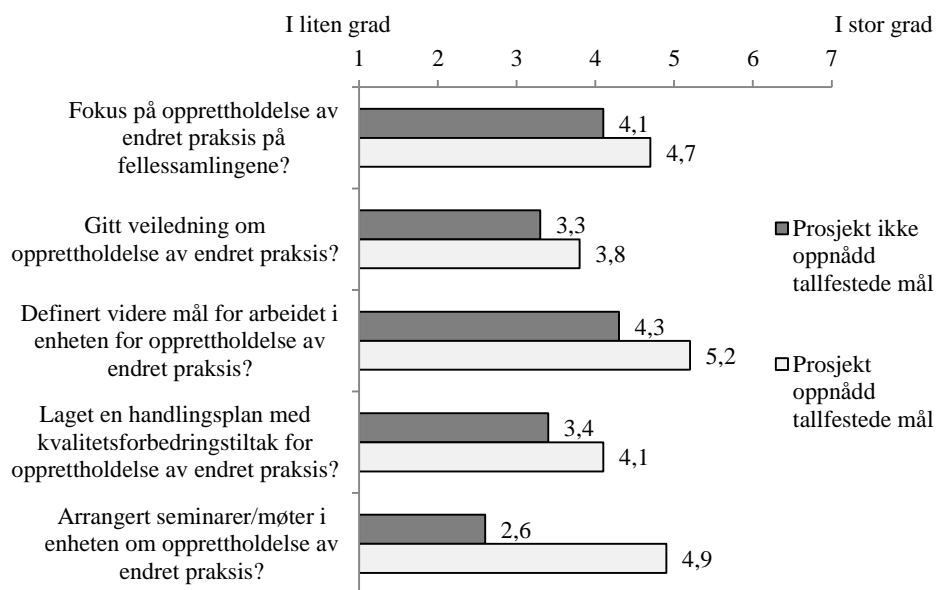
Informantene fikk flere spørsmål som omhandlet videreføring av den endrede praksisen. I Figur 22 ser vi at informantene svarer i *middels grad* på alle spørsmål om opprettholdelse av endret praksis, med unntak av spørsmålet om enheten har definert videre mål om opprettholdelse av endret praksis. Her svarte informantene at de i nokså stor grad hadde gjort dette.



Figur 22. For opprettholdelse av endret praksis, i hvilken grad har dere..? (gjennomsnittskår)

Forskjeller mellom prosjektene:

Prosjektene med høyere SET (4 og 5) har i større grad arrangert seminarer/møter om opprettholdelse av endret praksis. Prosjektene som nådde sine tallfestede mål har også i større grad arrangert seminarer/møter om opprettholdelse av endret praksis, noe Figur 23 viser.



Figur 23. Forskjeller mellom prosjektene angående opprettholdelse av endret praksis, etter hvorvidt prosjektene nådde sine tallfestede mål (gjennomsnittskår)

Kommentarer til opprettholdelse av endret praksis:

Informantene fikk ved hjelp av et åpent spørsmål mulighet til å utdype temaet opprettholdelse av endret praksis. Å ha fokus på videreføring og implementering ble beskrevet av mange, og en informant sa det slik: *"Dette skal bli varig og ikke bare et blaff"*. En informant opplevde allerede at *"endringene er implementert i hverdagen og i rutiner, og oppleves derfor som varig endring"*.

Informantene nevnte mange ulike utfordringer i forhold til å videreføre eller opprettholde endret praksis. Det ble beskrevet at implementeringen har vært vanskelig. En informant sa at: *"dette er kanskje litt tyngre enn antatt. Vi vil fortsette med det, men det er ikke lett å endre vaner og skape en struktur som holder"*. En annen informant beskrev at utfordringen var å overføre endringene på enheten som helhet: *"det er et evig motivasjonsarbeid, det å få folk til å gjøre noe de ikke er vant til. Det å få det til å bli rutine har vært vanskelig."* Sykmeldinger, permisjoner og omstillinger i organisasjonen ble nevnt som andre barrierer i videreføringen/implementeringen. Videre sa et par informanter at lite forankring i ledelsen vanskeliggjorde implementeringen. En informant beskrev at *"vi har fått ressurser og ikke blitt kritisert, men ledelsen motiverer eller inspirerer oss ikke"*, mens en annen sa at *"lederne burde hatt fokus på gjennombruddsprosjektet"*.

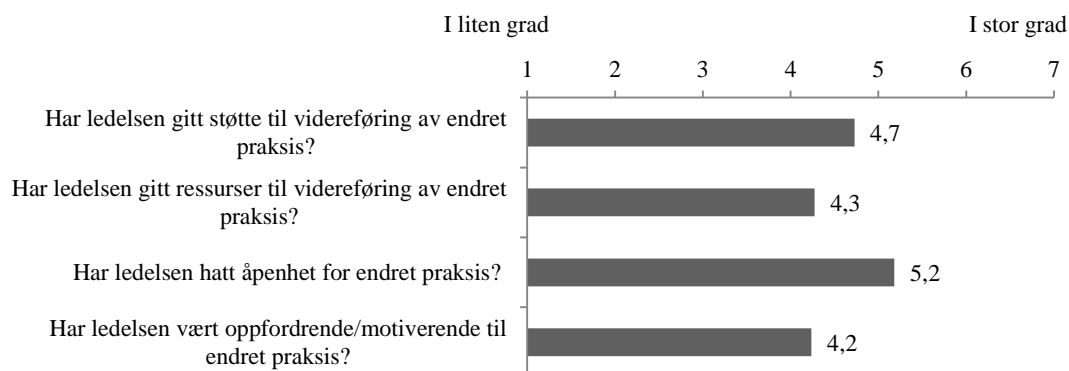
Et annet spørsmål innenfor samme tema handlet om prosjektgruppens *motivasjon* for videreføring av endret praksis. Det kan virke som om prosjektgruppens motivasjon for videre arbeid hang noe sammen med de utfordringene som har blitt utdypet i avsnittet ovenfor. Mer enn halvparten beskrev at prosjektgruppens motivasjon for arbeidet med å videreføre endringene fremover var høy og veldig god. Det ble beskrevet at *"det er en del av jobben vår"*, *"vi vil fortsette fordi vi ser nytten av fokuset"*, og *"det er meningsfylt å jobbe med målgruppen fordi vi gir dem bedre prognose, og ser resultater allerede"*.

Noen informanter påpekte utfordringer med å videreføre endringen på tross av at de var motivert. Enkelte mente at ledelsen i større grad burde eie prosjektet og være pådrivere, mens andre igjen pekte på for lite ressurser til å gjøre arbeidet. Noen hevdet at: *"det er for lite sted til å drive med endringsarbeid. Er mye usikkerhet i forbindelse med omlegginger og nedleggelse innen psykisk helsevern"*. Andre utfordringer kunne være utskiftninger og sykmeldinger i prosjektgruppen, eller at det ble opplevd som tungt for enkeltpersoner stadig å måtte motivere og oppmuntre andre til å bruke de nye rutinene.

Enkelte pekte også på at usikkerheten knyttet til effekten av prosjektet virket inn på motivasjonen: *"Det vi gjør er så uhandgripelig at videreføringene er utfordrende"*.

2.13 Lederstøtte og åpenhet for endret praksis og videreføring

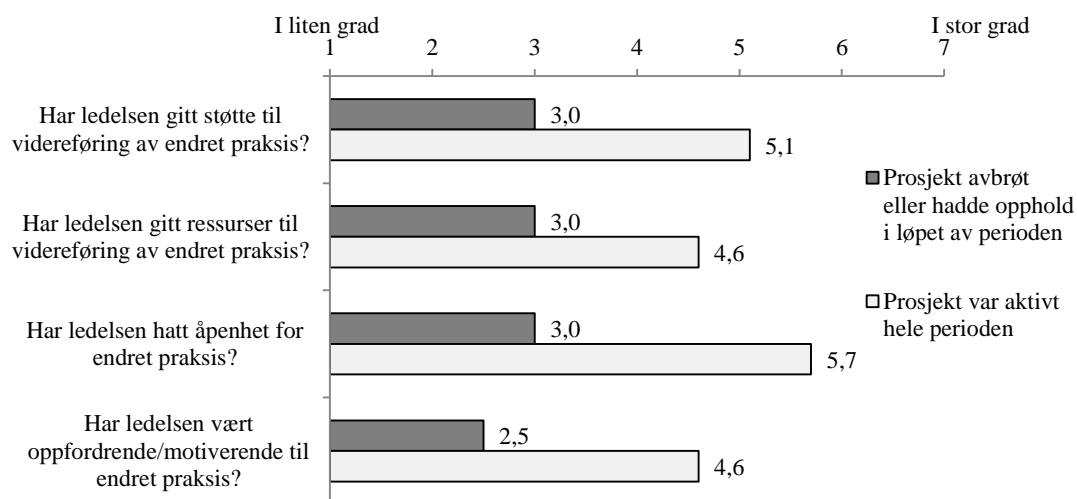
Prosjektgruppene har i nokså stor grad opplevd at ledelsen har vært *åpen* for endret praksis, at ledelsen har gitt *støtte* til videreføring av endret praksis. Videre opplevde de i middels grad at ledelsen har gitt ressurser til, og vært motiverende/oppfordrende til endret praksis (se Figur 24).



Figur 24. Lederstøtte til opprettholdelse av endret praksis (gjennomsnittskår)

Forskjeller mellom prosjektene:

Prosjektene som nådde sine tallfestede mål opplevde i noe større grad at ledelsen gav støtte til videreføring av endret praksis, og at ledelsen var åpen endret praksis. De største forskjellene var likevel knyttet til hvorvidt prosjektene hadde opphold eller avbrøt prosjektet. Figur 25 viser dette.

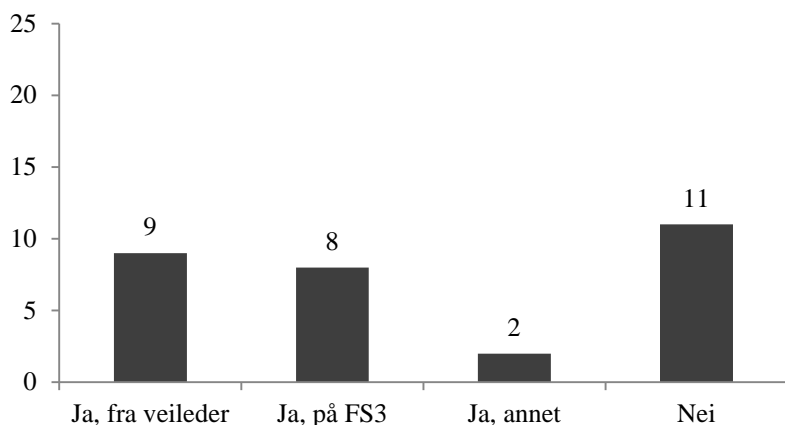


Figur 25. Forskjeller mellom prosjektene angående lederstøtte og åpenhet for endret praksis, etter hvorvidt prosjektet hadde opphold, avbrøt eller var aktivt hele perioden (gjennomsnittskår)

2.14 Erfaringsspredning

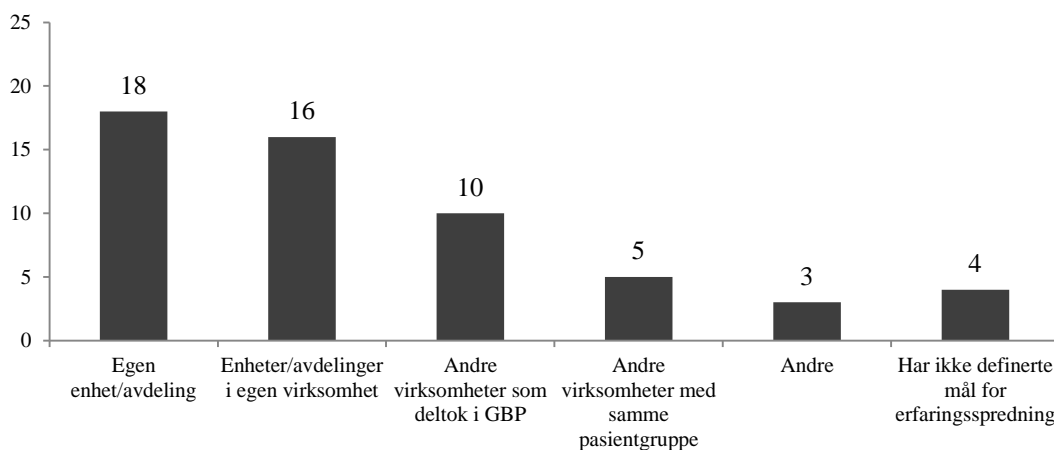
Noe av det som trekkes frem som en viktig del av et GBP, er å spre erfaringene fra prosjektet. Figur 26 viser hvor mange av informantene som svarte at de fikk

undervisning eller informasjon om hvordan de kunne spre erfaringene sine, og hvor de eventuelt fikk denne informasjonen. Man ser at nesten halvparten av informantene svarte at de ikke fikk slik informasjon. De som fikk slik informasjon fra andre enn veileder eller på FS3, trakk frem prosjektledelsen sentralt og andre grupper i GBP.



Figur 26. Ble det gitt undervisning om hvordan spre erfaringer? (antall) *Informantene kunne krysse av på flere alternativer

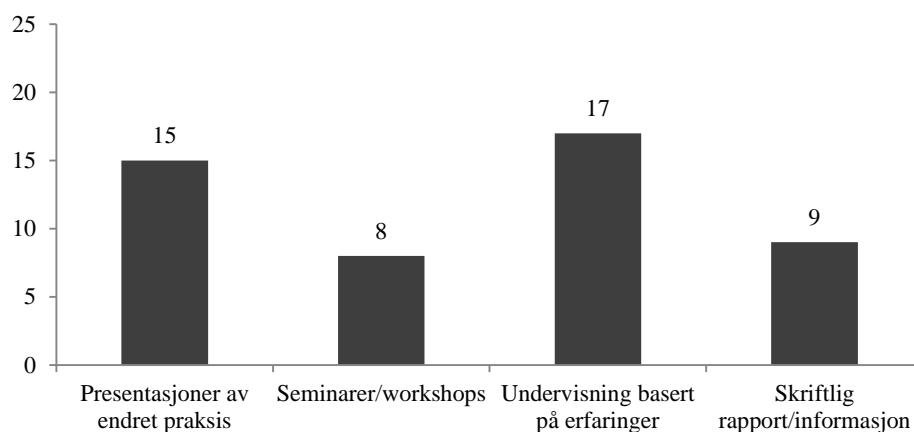
Figur 27 viser hvem som var i målgruppen for erfaringsspredningen i de enkelte prosjektene. Flest hadde som mål å spre erfaringene til egen enhet/avdeling, og andre enheter/avdelinger i egen virksomhet. Fire prosjekter hadde ikke definert noen mål for erfaringsspredning.



Figur 27. Hvem var i målgruppen for deres erfaringsspredningstiltak?(antall) *Informantene kunne krysse av på flere alternativer.

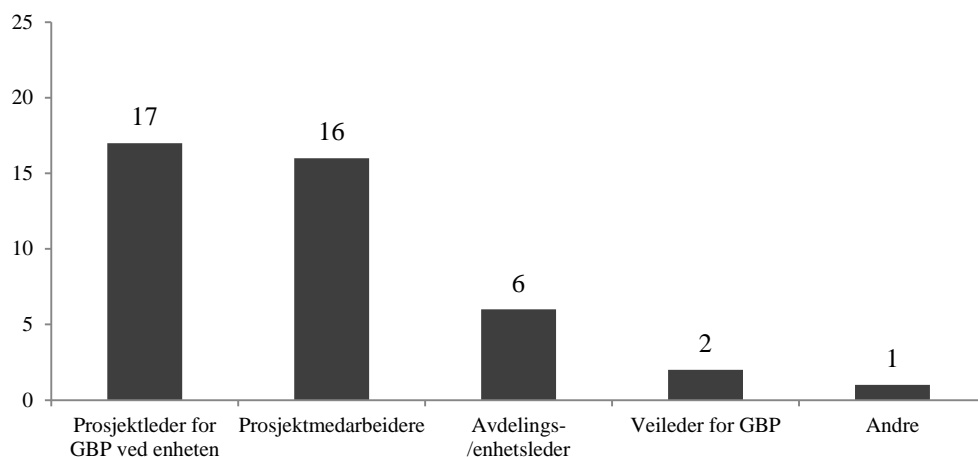
Informantene ble også spurt om hvilken form de hadde på erfaringsspredningstiltakene.

Figur 28 viser at undervisning og presentasjoner var de vanligste erfaringsspredningstiltakene.



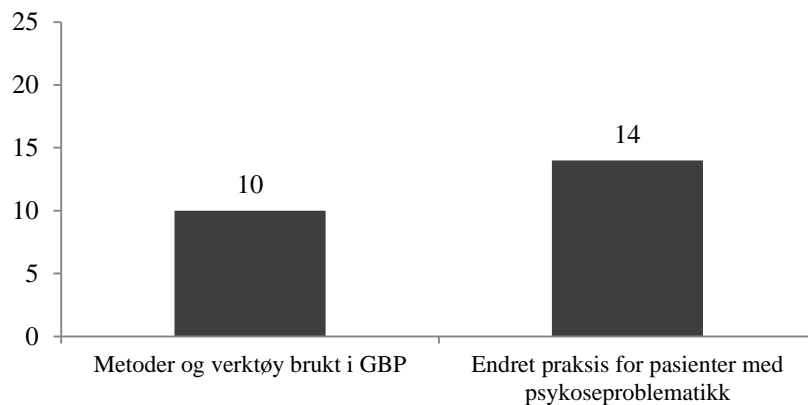
Figur 28. Hvilke metoder brukte dere for å spre erfaringer? *Informantene kunne krysse av på flere alternativer (antall)

Figur 29 viser at det stort sett var prosjektleder og prosjektmedarbeiderne i de lokale prosjektene som initierte erfaringsspredningstiltakene. I kategorien *Andre* beskrev en informant at initiativet kom fra sekretariatet i GBP.



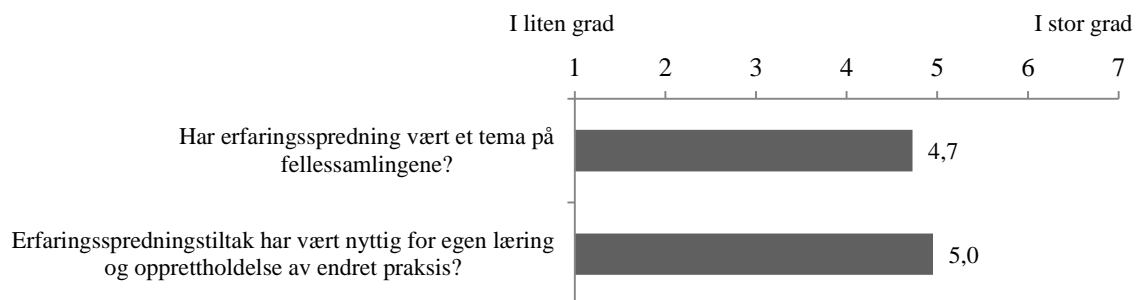
Figur 29. Hvem initierte erfaringsspredningstiltakene? *Informantene kunne krysse av på flere alternativer.

Informantene ble også spurt om hva som var *innholdet* i erfaringsspredningstiltakene, metodene i GBP eller den endrede praksisen som var i fokus. Figur 30 viser at flest hadde tiltak som omhandlet den endrede praksisen, men nokså mange hadde også tiltak som handlet om å spre erfaringer om metodene som ble brukt i gjennomføringen av GBP.



Figur 30. Hva omhandlet erfaringsspredningstiltakene deres? *Informantene kunne krysse av på flere alternativer.

Videre viser Figur 31 at erfaringsspredning i nokså stor grad opplevdes å ha vært et tema på fellessamlingene, og at dette har vært nyttig for egen læring og opprettholdelse av egen praksis.



Figur 31. Om erfaringsspredning. I hvilken grad..? (gjennomsnittsskår)

Kommentarer til erfaringsspredning:

Informantene fikk muligheten til å utdype sitt arbeid med erfaringsspredning. En informant sa at: *”Det må være en kontinuerlig oppfølging av dette, ikke bare gjøres stunt”*.

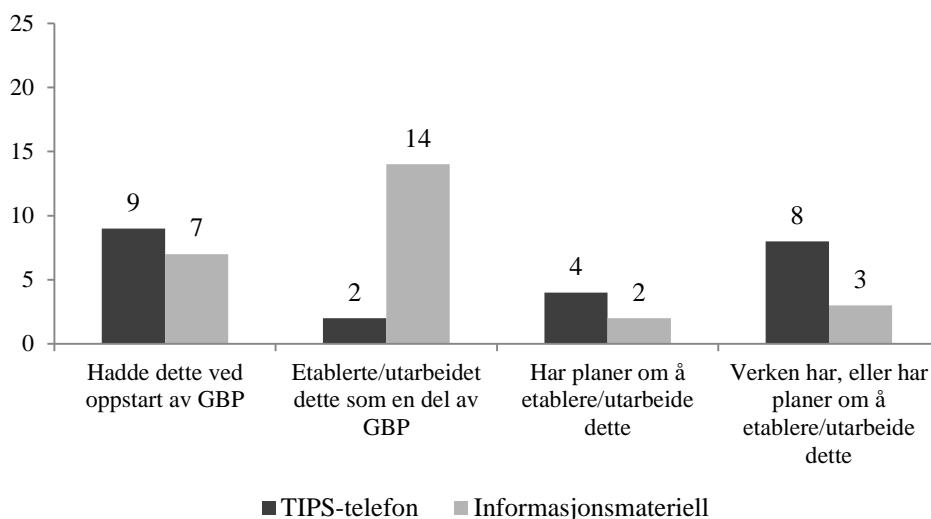
Videre ble ulike utfordringer med det å spre erfaringene nevnt. En informant sa at: *”det har vært vanskelig å holde fokus på spredning av erfaringer i en travel hverdag”*, og en annen at *”vi har hatt store endringer i gruppen, og mye fravær, så fokus ble heller på å komme i mål”*. Skepsis til endringer ble også beskrevet: *”folk er skeptiske til nye verktøy, nye arbeidsverktøy. Det er en bøyg”*.

Samtidig ble det fremholdt av mange informanter at det å spre erfaringer var en nyttig, nødvendig og viktig del av prosjektet: ”Det er i ånden. Et prosjekt inspirerer til flere. Der ligger tyngden for å få til kvalitetsforbedring, å skape engasjement”. At det å dele erfaringer fører til at ”de ansatte blir motivert, de blir mer bevisst på at de gjør noe som er bra”, ble omtalt av en informant, mens en annen sa at ”kunnskaps- og erfaringsspredningstiltak er lurt uansett”. Videre sa to informanter at erfaringsspredningstiltak er noe som forsterker og opprettholder fokus i prosjektgruppa.

En informant hevdet også at det å spre erfaringene med bruken av SPC, er nyttig med tanke på bruken av dette verktøyet i fremtidige prosjekter.

2.15 Praksis med TIPS-telefon og informasjonsmateriell i enheten

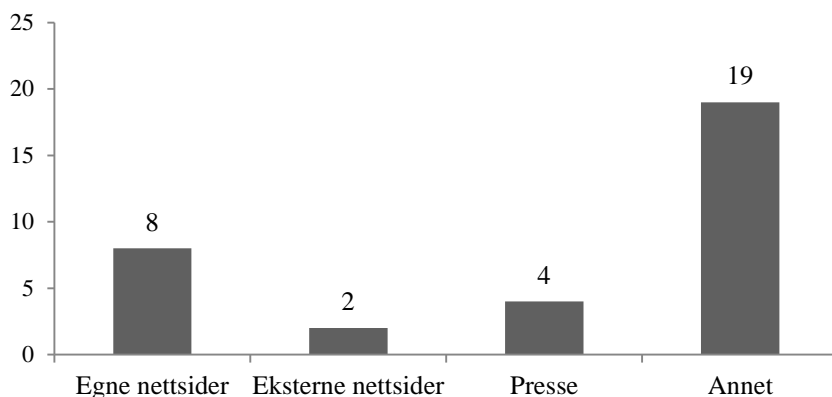
Bruk av TIPS-telefon og informasjonsmateriell har i flere år vært utbredte metodikker blant psykoenheter i arbeidet med å oppdage psykoser tidligere. Hvilken erfaring de lokale prosjektene har hatt med tanke på dette, og hvilke planer de har fremover fremkommer i Figur 32. I underkant av 40 prosent av prosjektene hadde allerede etablert TIPS-telefon ved oppstart av GBP for psykose, mens cirka en tredjedel hadde utarbeidet informasjonsmateriell. Hele 14 av de lokale prosjektene etablerte eller utarbeidet informasjonsmateriell som en del av GBP, mens det bare var to prosjekter som etablerte TIPS-telefon. Et lite antall prosjekter hadde planer om å utarbeide TIPS-telefon og informasjonsmateriell. Et relativt stort antall prosjekter hadde verken TIPS-telefon eller hadde planer om å etablere det.



Figur 32. Hva har deres praksis med tanke på TIPS-telefon og informasjonsmateriell vært?(antall)

Figur 33 viser hva slags verktøy prosjektene har brukt for å spre informasjonsmateriell. Åtte prosjekter har informasjonsmateriell på egne nettsider, mens flestparten oppga kategorien *Annet*. I denne kategorien ble det nevnt brosjyrer, video, brev til BUP,

fastleger og skoler, stand, utsendelse av skriv, e-poster, reist rundt med informasjonsmateriell, kinoreklame og powerpoint-presentasjoner.



Figur 33. Hva slags verktøy bruker dere for å spre informasjon?(antall)
*Informantene kunne krysse av på flere alternativer

Kommentarer til TIPS-telefon og informasjonsmateriell:

På spørsmål om TIPS-telefon, svarte flere informanter at de ikke har en slik spesifikk telefon, men at de har en vakttelefon som besvares av personer med kompetanse på psykose. En slik telefon ble beskrevet av en informant som: *"en lavterskel vakttelefon, men ikke spesifikt psykoser, men har gode rutiner for psykoseoppringninger"*. Noen hadde egne TIPS-nummer, som automatisk ble satt over på den ordinære vakttelefonen. Nummeret var i følge en informant spredt til lokale fastlegekontor. En informant la i forbindelse med dette til at *"ingen ringer"*. En annen informant fortalte at de hadde 2-3 henvendelser i uken. En informant beskrev at de hadde en telefon, men den kaltes ikke *TIPS-telefon*, og hadde begrenset tilgjengelighet (kun åpen til kl. 15:30).

En informant beskrev at de etablerte en veiledningstelefon i sitt prosjekt, og en annen informant sa det hadde vært et mål å etablere en TIPS-telefon i prosjektet, for å redusere VUP. En tredje informant beskrev at de hadde hatt planer om å etablere TIPS-telefon i starten, men at nå var planen å få en telefon med større nedslagsfelt.

Noen beskrev også at de var i planleggingsfasen av TIPS-telefon: *"Vi har diskutert om det kan være aktuelt, men ikke kommet skikkelig i gang med det"*, og *"vi har fått en TIPS-representant som skal være et bindeledd inn mot TIPS-teamet sentralt"*.

Når det gjelder informasjonsmateriell ble det utdypet av to av informantene at de hadde planer om å lage en egen nettside. En annen fortalte om planer om *"å sende ut informasjonsbrev til samarbeidspartnere; skoler, helsesøstre, leger og så videre"*.

En av informantene som hadde utarbeidet informasjonsmateriell i forbindelse med prosjektet, fortalte at de hadde laget videoer av hvordan utredningsverktøyet ble brukt i praksis, og at dette ble vist på flere avdelingsmøter. En annen spesifiserte at de hadde utarbeidet et undervisningsopplegg for skole og primærhelsetjeneste.

3 Oppsummering

3.1 De 24 prosjektene samlet sett

Prosjekter fordelte seg på alle helseregionene, flest var lokalisert i Helse Sør-Øst. Femten av prosjektene var lokalisert i sykehus, mens de resterende ni var i DPS'er. Halvparten av prosjektene var organisert i kun én enhet (for eksempel en sengepost eller poliklinikk), og halvparten av prosjektene besto av flere organisatoriske enheter. Atten av de 24 prosjektene var aktive hele perioden. To prosjekter hadde et opphold for så å starte opp igjen, mens fire avbrøt underveis. Årsaker for avbrudd var manglende engasjement, urealistiske mål, manglende støtte, lite aktivitet og en opplevelse av lite nytteverdi ved å delta. Omtrent halvparten av prosjektene opplevde å nå sine **tallfestede mål**, og nevnte årsaker til at tallfestede mål ikke ble nådd var lav forekomst av problemstillingene (lite å måle), kort prosjektperiode, vanskelige målevariabler og konkurrerende forbedringsprosjekter i enheten.

De lokale **prosjektgruppene** besto av 2–7 deltakere, og de hyppigst representerte profesjonene i gruppene var psykiatrisk sykepleier, psykolog, psykiater og psykologspesialist. Prosjektgruppene mente at de og prosjektleder i nokså stor grad hadde tilstrekkelig kompetanse, men i middels grad at de hadde nok tid til prosjektarbeidet. Prosjektgruppene mente samlet sett at **rollene og ansvarsområdene** i gruppen var nokså godt avklart ved prosjektstart. Det forekom **utskiftninger** i 11 av prosjektene, åtte av prosjektene byttet prosjektleder i løpet av perioden.

Prosjektene hadde ulike **tema**, og oftest handlet de om samarbeidsforbedring og kompetanseheving. I følge informantene var det stor enighet om tema i gruppene og ledelsen, og de mente at temaet i nokså stor grad fanget opp de viktigste utfordringene. Det var store variasjoner i hvorvidt prosjektene opplevde at **målsettingen** deres var realistisk. **Forankringen** av prosjektets idégrunnlag var nokså høy i både fag- og toppledelsen, mente informantene, **involveringen** av fagledelsen var middels høy og av toppledelsen nokså lav.

Bruken av måleverktøyet **SPC** var svært varierende. Halvparten av prosjektene brukte det i liten eller nokså liten grad, og over halvparten svarte at de ikke kommer til å fortsette med SPC-målingene i fremtiden. Det varierte også hvor fornøyd prosjektgruppene var med **veiledningen**. De opplevde at veileder i stor grad var tilgjengelig, men "kun" i middels grad hadde kunnskap om enhetens organisatoriske rammer og kjennetegn. Samlet sett svarte prosjektene at utbytte fra **fellessamlingene** var midt på treet. Videre kommenterte informantene at innholdet burde tilpasses målgruppen mer, selv om dette sikkert kunne være utfordrende med tanke på varierende kompetanse i gruppene.

Om **endret praksis** svarte prosjektene at de i nokså stor grad har gjennomført planlagte kvalitetsforbedringstiltak. Samhandling internt og mellom tjenestenivåer var forbedret i middels grad. De svarte også at fokuset på tverrfaglighet og brukermedvirkning kun i middels grad har økt. Informantene svarte at de i nokså stor grad har definert mål for

oppretholdelse av endret praksis, og at ledelsen i nokså stor grad var åpen for og har gitt støtte til endret praksis.

Rett under halvparten av prosjektgruppene opplevde å ikke ha fått undervisning eller informasjon om hvordan **å spre erfaringer**. De fleste hadde likevel definert mål for erfaringspredning, og da hovedsakelig med egen avdeling eller enheter/avdelinger i egen virksomhet som målgruppe. De fleste hadde selv tatt initiativ til erfaringspredningstiltakene.

Over halvparten av prosjektene utarbeidet **informasjonsmateriell** som en del av GBP. To prosjekt har etablert **TIPS-telefon** som en del av GBP, men ni av prosjektene hadde dette allerede ved oppstart av GBP.

3.2 Forskjeller mellom prosjektene

De største forskjellene mellom prosjektene var på områdene SPC-målinger, veiledning og fellessamlinger. Det var også store forskjeller på prosjektene etter inndelingene når det gjaldt realistisk målsetting. I Tabell 11 er alle forskjellene mellom prosjektene etter gjennomføring og resultater beskrevet. Vedlegg 3 gir en fullstendig oversikt over de 51 spørsmålene som prosjektene er blitt sammenlignet på, med gjennomsnittskårene totalt sett, SD og n.

Tabell 11. Oppsummering av forskjellene mellom prosjektene etter gjennomføring og resultater

Tema	Prosjekter som var aktive i hele perioden:	Prosjektene som nådde sine tallfestede mål:	Prosjektene med høyere SET (4 og 5):
Ansvar og roller	<i>Små forskjeller</i>	— Opplevde i noe større grad at rollene var tydelig definerte	— Opplevde i noe større grad at rollene var definerte — Opplevde i noe større grad at ansvarsområdene var klare
Ressurser: Tid og kompetanse	Opplevde i noe større grad at de hadde tilstrekkelig personellressurser	<i>Små forskjeller</i>	<i>Små forskjeller</i>
Forankring og involvering	<i>Små forskjeller</i>	— Opplevde i noe større grad at prosjektets idégrunnlag var forankret i toppledelsen — Opplevde i noe større grad at fagledelsen var involvert i prosjektet — Opplevde i noe større grad at toppledelsen var involvert i prosjektet	— Opplevde i noe større grad at fagledelsen var involvert i prosjektet — Opplevde i mindre grad at nærmeste leder var involvert i beslutninger
Forbedrings-tema og mål	— Opplevde i større grad at målene sine var realistiske	— Opplevde i større grad at målene sine var realistiske	— Opplevde i større grad at målene sine var realistiske — Opplevde i noe større grad at det valgte forbedringsområdet har fanget opp de viktigste utfordringene

Tabell fortsetter neste side

Tema	Prosjekter som var aktive i hele perioden:	Prosjektene som nådde sine tallfestede mål:	Prosjektene med høyere SET (4 og 5):
SPC-målinger	<ul style="list-style-type: none"> – Opplevde i større grad at SPC-målinger samsvarte med egen opplevelse av kvalitetsforbedring – Opplevde i større grad at SPC-målingene bidro til å belyse forbedringsområder – Opplevde i større grad å ha hatt gode rutiner for gjennomføring av SPC-målinger – Fortsatte i større grad å gjennomføre målingene hele perioden 	<ul style="list-style-type: none"> – Opplevde i større grad at SPC-målinger samsvarte med egen opplevelse av kvalitetsforbedring – Opplevde i større grad at SPC-målingene bidro til å belyse forbedringsområder – Opplevde i noe større grad å ha hatt gode rutiner for gjennomføring av SPC-målinger 	<ul style="list-style-type: none"> – Fortsatte i større grad å gjennomføre målingene hele perioden – Opplevde i noe større grad at måleansvarlig har fått tilstrekkelig opplæring i bruken av SPC
Veiledning	<ul style="list-style-type: none"> – Opplevde i noe større grad at veileder kunne bidra i konkrete problemstillinger 	<ul style="list-style-type: none"> – Opplevde i <i>mindre</i> grad at veileder var en pådriver – Opplevde i <i>mindre</i> grad at veileder hadde veiledningskompetanse – Opplevde i <i>mindre</i> grad at veileder hadde kunnskap om enhetens organisatoriske rammer og kjennetegn 	<ul style="list-style-type: none"> – Opplevde i mindre grad at veileder hadde veiledningskompetanse – Opplevde i mindre grad at veileder hadde kunnskap om enhetens organisatoriske rammer og kjennetegn
Felles-samlingene	<ul style="list-style-type: none"> – Opplevde i noe større grad at FS bidro til å heve kompetanse om omsetting av teori til praksis – Opplevde i noe større grad at sammensettingen av gjensidig læring og undervisning på FS var god 	<ul style="list-style-type: none"> – Opplevde i <i>mindre</i> grad at FS bidro fellessamlingene til å diskutere lokale utfordringer 	<ul style="list-style-type: none"> – Opplevde i <i>mindre</i> grad at FS bidro til å heve kompetanse om organisasjonsendring – Opplevde i <i>mindre</i> grad at FS bidro til å styrke prosjektgruppens samhandlingsevne – Opplevde i <i>mindre</i> grad at FS bidro til å diskutere lokale utfordringer
Endret praksis	<i>Uaktuelt **</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Gjennomførte i større grad planlagte kvalitetsforbedringstiltak – Opplevde i noe større grad å ha forbedret samhandling i enheten – Opplevde i noe større grad å ha oppnådd økt fokus på tverrfaglighet og brukervedvirkning 	<ul style="list-style-type: none"> – Gjennomførte i noe større grad planlagte kvalitetsforbedringstiltak
Opprettholdelse av endret praksis	<i>Uaktuelt **</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Har i større grad arrangert seminarer/møter om opprettholdelse av endret praksis 	<ul style="list-style-type: none"> – Har i noe større grad arrangert seminarer/møter om opprettholdelse av endret praksis
Lederstøtte og åpenhet for endret praksis	<ul style="list-style-type: none"> – Opplevde i større grad at ledelsen gav støtte videreføring av endret praksis – Opplevde i større grad at ledelsen var åpen for endret praksis – Opplevde i større grad at ledelsen var oppfordrende/motiverende for endret praksis – Opplevde i noe større grad at ledelsen ga ressurser til videreføring av endret praksis 	<ul style="list-style-type: none"> – Opplevde i noe større grad at ledelsen gav støtte videreføring av endret praksis – Opplevde i noe større grad at ledelsen var åpen endret praksis 	<i>Små forskjeller</i>
Erfarings-spredning	<i>Uaktuelt **</i>	<i>Små forskjeller</i>	<i>Små forskjeller</i>

***Opplevde i større grad" viser til en differanse på 2 eller mer. "Opplevde i noe større grad" viser til en differanse på 1,5-2. **Det er uaktuelt å sammenligne prosjektene på dette området, da en kan anta at de avbrutte prosjektene ikke har hatt konkret endret praksis å videreføre, eller å spre erfaringer om.

Del II: Fokusgruppeintervjuer med tre utvalgte prosjektgrupper

1 Metode

1.1 Informanter

Det ble rekruttert informanter fra tre ulike lokale GBP for tidlig oppdagelse og behandling av første gangs psykose. Disse tre casene ble studert midtveis i GBP (høst 2010), og skulle nå følges opp ved prosjektets avslutning. Casene er i den videre framstillingen kalt case A, case B og case C. Det ble tatt kontakt pr e-post med prosjektleder i det enkelte prosjekt, med forespørsel om prosjektgruppen kunne delta på et fokusgruppeintervju. Det ble oppfordret til å samle 6-8 personer fra prosjektgruppen, og understreket at det var spesielt viktig at prosjektleder og måleansvarlig deltok på intervjuet. Tilbakemeldingen fra prosjektlederne var at det var urealistisk å samle så mange personer ettersom det i realiteten hadde deltatt færre personer og fordi det hadde vært stor turnover og utskiftninger i prosjektene.

Til sammen ble det gjennomført tre fokusgruppeintervju, med henholdsvis 2-3-2 informanter i hver gruppe. Utvalget (n=7) bestod av seks kvinner og en mann. De var fra 31 til 55 år (gjennomsnitt 42 år). Tre av informantene var prosjektleder for GBP i sin enhet/avdeling, tre var prosjektmedarbeidere og én var måleansvarlig. Tabell 12 viser en oversikt over informantenes erfaring med psykoseproblematikk og fra enheten prosjektet var organisert i, samt hvilke profesjoner de hadde.

Tabell 12. Informantenes erfaring, profesjon og deltakelse i Gjennombruddsprosjektet

Års erfaring:	Gjennomsnitt	Min	Max
Med psykoseproblematikk	8,4	0	16
Fra enheten hvor prosjektet er organisert	6,2	3	11

Profesjon	n
Psykiatrisk sykepleier	3
Allmennlærer	1
Lege under spesialisering	1
Psykologspesialist	1
Sosiolog	1

Deltakelse i GBP	n
Hele perioden	4
Fra FS1 til FS3	1

1.2 Datainnsamling

Fokusgruppeintervjuer er spesielt godt egnet ved innsamling av empirisk data om erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler (Malterud, 2002). Ved planlagte gruppediskusjoner kan en dra nytte av gruppedynamikken for å få tilgang på innholdsrik informasjon på en effektiv måte (Polit & Beck, 2008). Det ble lagt vekt på å kartlegge prosjektgruppens aktivitet, resultater og kvalitetsforbedring samt utfordringer i arbeidet. Deltakerne ble forespurt om det var i

orden at samtalen ble tatt opp på bånd, og ble bedt om å fylle ut et spørreskjema med bakgrunnsopplysninger.

Det ble utarbeidet en intervjuguide i forkant av intervjuene, med åpne spørsmål innenfor temaområdene *aktivitet i arbeidet, resultater/kvalitetsforbedring og utfordringer*. Intervjuet hadde en åpen form, og ble ikke styrt stramt av intervjuer. Gruppeintervjuene hadde en varighet på 1,5 - 2 timer. Datainnsamlingen ble utført av to forskere ved IRIS i løpet av oktober 2011.

1.3 Analyse

Fokusgruppeintervjuene ble tatt opp på bånd, og i ettertid transkribert til tekst. Det ble deretter foretatt en innholdsanalyse av dataene fra fokusgruppeintervjuene (Duriau, Reger, & Pfarrer, 2007; Giannantonio, 2010).

2 Resultater

For å få mer kunnskap om erfaringer og aktivitet i prosjektene etter FS3, ble det gjennomført fokusgruppeintervjuer med deltakere fra tre lokale prosjektgrupper. Resultatene fra intervjuene med disse tre prosjektene presenteres i egne avsnitt under. For lettere å få overblikk over helheten i hvert prosjekt, gis det innledningsvis en oppsummering av intervjuresultater fra 2010 i tabellformat (Fjær). Det vil deretter fokuseres nærmere på status i prosjektene etter FS3, og fremmede faktorer for å lykkes med et slikt GBP. Til slutt gis det en samlet framstilling av hvilke utfordringer de tre prosjektene erfarte gjennom å delta i GBP for psykose.

2.1 Case A

Resultatene fra studien i 2010 (Fjær 2010) er oppsummert i Tabell 13, og gir oversikt over prosjektets organisering, tema og mål, ressurser, forankring og utfordringer.

Tabell 13. Beskrivelse av case A fra studien i 2010

	Beskrivelse
Organisasjon	DPS.
Prosjektgruppe	Lederen for GBP arbeider i psykiatrisk poliklinikk ved DPS. Gruppen består for øvrig av måleansvarlig og en person fra akutt-teamet. Akutt-teamet jobber vesentlig mer ambulant enn de ansatte på DPS.
Tema, mål, tiltak	<p>GBP er knyttet til arbeidet med implementeringen av behandlingslinjen og et allerede etablert samarbeid med kommunehelsetjenesten. Det ble startet utarbeiding av en behandlingslinje for psykose i tidsperioden 2008 til 2010, noe som er en digitalisert versjon av en tidligere utredningsperm som skal sikre sammenheng mellom ulike ledd i behandlingsskjeden. Målformuleringen er dermed lagt helt opp til det øvrige strategiske arbeidet ved klinikken.</p> <p>Tiltak knyttet til to forhold: (1) Forbedring av samarbeidet med primærhelsetjenesten (2) Arbeide for å styrke måloppnåelsen for behandlingslinjen.</p> <p>Bruke SPC for måling av VUP. Baselinestudien omfattet status for VUP i journaler fra siste to år. Status for VUP ble dokumentert i egen undersøkelse i journaler fra siste 2 år av teamet. Måle VUP etter innføring av behandlingslinjen.</p> <p>Registrere bruk av TIPS-telefonen, besøk på nettsidene til behandlingslinjen, bruk av screeninginstrumenter og bruk av utredningsplan.</p> <p>Drive informasjon og formidlingsarbeid til primærhelsetjenesten, samt gjennomføre meritterende kurs om psykose for fastleger i januar 2011.</p>
Tallfestet mål	Redusere VUP med 30 prosent.
Ressurser	I klinikken er det også en ressursgruppe på 13 personer som arbeider rundt temaet tidlig psykose. Den er tverrfaglig med sykepleier, leger, psykolog m/u spesialisering. Det er ikke sosialfaglig kompetanse i disse gruppene. Gruppen har spesialistkompetanse på tidlig psykose (tydelig spesialisthelsetjeneste).
Forankring	Faglig legitimering og forankring.
Utfordring	Utskiftning av prosjektmedarbeidere.

Status i prosjektet etter FS3

Case A har i løpet av GBP etablert en behandlingslinje i to ulike versjoner, som er lagt ut på henholdsvis intranett og internett. Målgruppen for behandlingslinjen på intranett er interne behandlere, mens målgruppen på internett er samarbeidspartnere, pasienter og pårørende. I tiden etter FS3 er det jevnlig målt antall besøk på behandlingslinjen på internett. Det var i starten et ønske om å samarbeide med de to BUP'ene og psykiatrisk avdeling om en felles behandlingslinje, men dette var man på det tidspunktet ikke klar for. Etter hvert har det imidlertid blitt interesse fra en av de andre instansene om å samarbeide om en felles TIPS- team, som både omfatter voksen- og barne-/ungdomspsykiatrien. Disse har i disse tider felles hospitering med andre TIPS-team, og vil i februar 2012 legge frem en innstilling om etablering av eget TIPS-team ved sykehuset.

Videre beskrev prosjektgruppen at case A for tiden står foran en stor omorganisering og kraftige budsjettkutt, noe som vil ha betydning for videreføringen av arbeidet med psykose. Omorganiseringen går ut på å slå sammen alle avdelinger på sykehuset innenfor området psykisk helse voksne. Det vil bli aktuelt å gå over til en enhetlig drift og ledelse. Fremover skal det utredes andre måter å organisere tjenesten på, og i forhold til arbeid med tidlig oppdagelse og behandling av psykose, diskuteres blant annet muligheten for å etablere et TIPS-team.

Når det gjelder måloppnåelse, mente prosjektgruppen å ha lyktes med å redusere varighet av ubehandlet psykose som før prosjektstart var høy. De beskrev at det framover fortsatt vil være et mål å registrere tall på VUP. Noe de ikke opplever å ha lyktes med, er sine andre målevariabler; screeningskjema og TIPS-telefon. Screeningskjemaene som ble utarbeidet er i liten grad blitt brukt, og det har også vært svært få henvendelser på TIPS-telefonen. TIPS-telefonen profileres fortsatt, men viderekobles automatisk til akutt-telefonen ettersom det er så få henvendelser. Akutt-telefonen betjenes av akutt-teamet, som har kompetanse på psykoseproblematikk.

Prosjektgruppen var enig om at deltakelse i GBP har medført økt bevissthet og forståelse for psykoseproblematikken for medarbeidere i akutt-teamet. Dette oppleves som et positivt resultat, selv om det ikke lar seg dokumentere på en enkel måte. Prosjektgruppen mente videre at kravene til prosjektgjennomføring i GBP har hatt en ”oppdragende” virkning som har bidratt til å øke fokus på problemområder. Det var nylig gjennomført en brukerundersøkelse på case A som viste svært gode resultater, og dette ble også opplevd å være en god indikasjon på at de stadig blir bedre i arbeidet.

Fremmede faktorer i arbeidet med GBP

Det blir fremhevet som viktig at prosjektmedarbeiderne i stor grad har eid og drevet arbeidet fram selv, og ikke fått dette som et pålegg fra ledelsen. Det å etablere en behandlingslinje var et arbeid som var godt i gang da GBP startet opp, og det ble derfor opplevd som nyttig å bruke strukturen i prosjektet til å arbeide videre med dette arbeidet. Prosjektmedarbeiderne fortalte også at de har utviklet en høyere kompetanse på å *måle* arbeidet som gjøres.

Ved oppstart av GBP var det allerede etablert en intern ressursgruppe rundt dette arbeidet. Denne gruppen har også fungert som støttegruppe i forhold til arbeidet i GBP, noe som oppleves å ha hatt betydning i prosjektgjennomføringen.

2.2 Case B

Resultatene fra studien i 2010 (Fjær 2010) er oppsummert i Tabell 14. Tabellen gir en oversikt over organisering, tema og mål for prosjektet, ressurser, forankring og utfordringer.

Tabell 14. Beskrivelse av case B fra studien i 2010

	Beskrivelse
Organisering	Barne- og ungdomspsykiatrisk Avdeling (BUPA), ved ungdomspsykiatrisk seksjon (UPS).
Prosjektgruppe	Prosjektgruppa var ved oppstart av prosjektet en tverrfaglig gruppe med 5 ansatte, alle knyttet til kompetansegruppe ved seksjonen. Gruppa ble underveis redusert og endret til to aktive, psykiatrisk sykepleier og miljøterapeut.
Tema, mål, tiltak	<p>Etablere en standard for utredning som skulle ta tilstrekkelig høyde for psykose. Til FS2 ble dette formulert som en målsetning om "god nok diagnostikk basert på tverrfaglighet, systematisert utredning og dokumentert kunnskap".</p> <p>Kvalitetsforbedring gjennom: (1) Valg av nytt og tilpasset utredningsprogram (2) Opplæring gjennom fagdager og internundervisning (3) Bedre tverrfaglig samhandling (bl.a. ved at miljøterapeuter også benytter det elektroniske dokumentasjonssystemet).</p> <p>Formulerte 30 punkter på en sjekklister som skulle brukes i gjennomgang av journaler. Gjennomgang i august 2010 av 50 henvisninger fra perioden fram til 14.02.2010, hvorav 18 journaler ble plukket ut med spørsmål om psykose, og 25 sjekkpunkter satt opp for å vurdere kvaliteten på diagnostisering og behandling.</p> <p>Teamet la vekt på å avdekke hva som var tilfeldig vs. rutinemessige svakheter og styrker. De var også opptatt av å ivareta ønske om diagnostisering som er mest mulig relevant og treffende for den enkelte pasient. Ved hjelp av dette skjemaet analyserte gruppen egen utredning og kvaliteten på denne.</p>
Tallfestet mål	Det ble ikke satt konkrete resultatmål i forbindelse med rapporteringen til FS2.
Ressurser	For dette prosjektet var det helt avgjørende at det ble satt av en tidsressurs for gruppen slik at de kunne samle seg fullt og helt om journalgjennomgangen. Tverrfaglig psykosegruppe etablert i 2008 med fokus på forbedring av kunnskap og kvalitet.
Forankring	Gjennombruddsprosjektet er tydelig forankret på klinikknivå. Må sikre seg legitimering internt i det nære kollegafellesskapet som skal bidra i gjennomføringen.
Utfordring	Utskiftning av prosjektmedarbeidere.

Status i prosjektet etter FS3

Prosjektteamets arbeid har bestått i å lage en liste med over 20 utredningsverktøy for psykose (både psykiske og somatiske undersøkelser). I 2010 ble det målt om det var gjort riktige vurderinger i forhold til bruken av aktuelle verktøy. Disse målingene skal gjentas i 2011. I ettertid av målingene tas det diskusjoner i den tverrfaglige psykosegruppen hvorvidt de ulike verktøyene fortsatt skal være en del av standarden, eller om de skal byttes ut eller fjernes.

Videre ble det foreslått aktivt å bruke standarder for utredning av psykose, og at man lager et program hvor det er mulig å se hvor i utredningsforløpet pasientene er. Dette gjennomgås på morgenmøtene slik at alle er orientert om forløpet i forhold til den enkelte pasient.

Arbeidet i gjennombruddsprosjektet har i følge prosjektteamet bidratt til å tydeliggjøre mulige forbedringsområder på psykosefeltet. De fremhevet at måten å jobbe på kan overføres til andre områder. Et eksempel som ble nevnt var kravene til dokumentasjon. Prosjektteamet pekte på at desto mer som gjøres i dette prosjektet, desto mer banes det vei for nye prosjekter de neste årene som bidrar til fagutvikling og økt kompetanse på området.

Prosjektteamet fortalte at de har hatt, og fortsatt har en ”åpen dør”-politikk, med mye og kontinuerlig informasjon til de ansatte. De ansatte har blant annet blitt invitert inn på prosjektteamets møter for å få framvist resultater av arbeidet. Prosjektteamet nevnte også at det har vært nyttig med målinger, da disse har fått frem forbedringsområder. Disse har hatt innvirkning på valg av tema for de tre fagdagene for seksjonens ansatte. Dette har ført til en holdningsendring blant de ansatte, ifølge prosjektteamet.

For å opprettholde endringene ser informantene for seg at dette temaet må stå på dagsorden i lang tid framover. Måten dette kan gjøre på kan blant annet være ved å fortsette å arrangere fagdager eller faglige samlinger. Ettersom ungdomspsykiatrien i nord er liten, har det blitt samarbeidet med voksenpsykiatrien om dette. Et slikt samarbeid vil bli tilstrebet også i tiden framover.

Fremmede faktorer i arbeidet med GBP

Det var allerede i 2008 etablert en tverrfaglig kompetansegruppe med fokus på psykose ved enheten. Informantene beskrev at begge medarbeiderne i prosjektteamet inngår i denne gruppen, og at det oppleves som en styrke. Den tverrfaglige gruppen møtes ukentlig, og har representanter fra ledelsen til stede.

Prosjektteamet opplevde fortsatt at det er en sterk forankring av gjennombruddsprosjektet i ledelsen. Det ble særlig trukket fram som positivt og hensiktsmessig å ha fått fristilt mye tid og ressurser til dette arbeidet. Prosjektteamet opplevde at arbeidet som blir gjort i prosjektet blir etterspurt av ledelsen og blir fremhevet som viktig. De opplever også å bli lyttet til. Prosjektteamet mente at en kombinasjon av deres engasjement og framdrift i arbeidet har vært medvirkende til at ledelsen har ønsket å prioritere tid og ressurser til dette arbeidet.

Å få mulighet til å ha kontinuitet i arbeidet ble videre trukket fram som en viktig faktor for å lykkes, i tillegg til ildsjeler som er engasjert og brenner for temaet. For å sikre en best mulig gjennomføring (av både dette og andre framtidige prosjekt), mente informantene det er viktig å ha "rette" personer i prosjektteamet. Motivasjon og lyst til å bidra er en nødvendighet, samtidig som en må være ansvarlig og pliktoppfyllende.

Totalt sett mente prosjektteamet at det har vært stor nytteverdi ved å ha deltatt i gjennombruddsprosjektet. Dette både fordi det har bidratt til å skape struktur i arbeidet, og holde problematikken varm. Prosjektteamet fortalte videre at det å ha frister knyttet til sluttrapporter eller samlinger, også har gjort det lettere å legitimere bruk av tid til arbeidet. For ytterligere å legitimere bruk av tid og ressurser, har det blitt gjennomført internundervisning for å informere de andre ansatte om konkret innhold i arbeidet og aktuell nytteverdi.

Prosjektteamet fortalte at de har opprettholdt kontakt med sin veileder i gjennombruddsprosjektet også i tiden etter FS3, både i form av møter og e-post. Veiledningen har omfattet diskusjon av resultatene og veien videre, og samarbeidet ble framhevet som veldig bra. De mente også at det å ha veilederen i geografisk nærhet har vært en viktig faktor i samarbeidet.

2.3 Case C

I Tabell 15 er resultatene fra studien i 2010 (Fjær 2010) oppsummert. Tabellen gir en oversikt over organisering av prosjektet, tema og mål, ressurser, forankring og utfordringer.

Tabell 15. Beskrivelse av case C fra studien i 2010

Område	Beskrivelse
Organisering	Samarbeid mellom BUP og psykosepost ved DPS.
Prosjektgruppe	I forbindelse med FS 1 ble det etablert en prosjektgruppe med deltakere fra DPS og BUP. Gruppen bestod i utgangspunktet av 2 psykiatriske sykepleiere, 2 lis leger og 1 psykolog og 1 psykologspesialist. Det har vært betydelig utskifting i gruppen i løpet av året. Ved utgangen av året bestod gruppen av to psykiatriske sykepleiere som hadde vært med fra starten, en lege i spesialisering som gikk inn som leder fra september og en sosiolog som kom inn i prosjektet i mai og en psykolog.
Tema, mål, tiltak	Målsetningene ble formulert litt ulikt. DPS skulle styrke screening på rus og gjøre kvalitetsvurdering av epikrisene. BUP skulle forbedre screeningkvalitet både på rus og psykose, samt redusere tiden fra inntakssamtale til eventuell psykosediagnose. DPS hadde god kompetanse på psykosescreeing, men skulle styrke arbeidet i forhold til rus. Ved BUP ble det en målsetning å styrke systematikken på utredning både på psykose og rus. GBP kom til å dreie seg om: (1) Forbedring av systematikk i screening både ved BUP og DPS (2) Inkludere rusproblematikk i tillegg til psykose. I valget av prosjekt tok de utgangspunkt i at psykoseposten ved Haugaland DPS ønsket en kvalitetsforbedring i arbeidet rundt rusproblemer. De ønsket bl.a. å innføre screeningverktøyene AUDIT og DUDIT. BUP ønsket kvalitetsforbedring både på rus og psykose.
Tallfestet mål	<u>BUP:</u> 1) 90% av alle pasienter skal gjennomgå systematisk screening for psykose og bruk av rusmidler (i løpet av de tre første samtalene) innen 30.09.10. 2) Redusere tid fra inntakssamtale til psykosediagnose blir satt første gang med 30%. <u>Psykosepost ved DPS:</u> 1) 90% av alle innlagte pasienter på psykoseposten skal gjennomgå systematisk screening for bruk av rusmidler innen 30.09.10. 2) Evaluering av epikrisekvalitet. Epikrisen skal i større grad enn tidligere omtale bruk av rusmidler, innen 30.09.10 Vi ønsker å øke denne andelen fra 50% til 90%.
Ressurser	Gruppen har gjort GBP innenfor sin ordinære arbeidstid. Involveringen av en sosiolog som gjorde registreringsarbeidet har vært viktig. Videre er det lagt mye arbeid i å drive informasjon og opplæring i forbindelse med de nye screeninginstrumentene. Gruppen oppfatter at det har vært spesielt utfordrende å få de nye screeningverktøyene integrert i driften.
Forankring	Ledelsen på klinikknivå tok opp henvendelsen fra Legeforeningen om GBP og det var ønskelig at flere avdelinger skulle samarbeide om dette.
Utfordringer	Utskiftninger av prosjektmedarbeidere.

Status i prosjektet etter FS3

GBP for psykose var i utgangspunktet et samarbeidsprosjekt mellom BUP og DPS (voksenpsykiatrien). De to enhetene har hatt noen felles prosjektmøter, men de har jobbet hver for seg med sine mål og aktiviteter. Det har til en viss grad blitt opplevd som en utfordring at BUP og DPS har hatt noe ulikt utgangspunkt og fokus for prosjektet.

Prosjektgruppen fortalte at det etter FS3 har medgått mye interne ressurser til andre prosjekter i organisasjonen. Først og fremst innførte helseforetaket datasystemet DIPS. Dette medførte flere opplæringsrunder for alle ansatte, i tillegg til at måleansvarlig i GBP var sentral ressursperson i innføringen av systemet ved BUP. Innføringen av DIPS fikk også direkte følger for prosjektarbeidet, ettersom det var blitt laget retningslinjer for å screene på papir, mens DIPS innebærer å gå over til et fullstendig elektronisk system. BUP har den siste tiden arbeidet med å lage nye retningslinjer til alle behandlerne på hvordan de skal gjøre det etter at DIPS er etablert. Innføring av DIPS har også medført bedre registreringsrutiner, som både gjør det lettere å få oversikt over antall personer som blir screenet og måle VUP.

I tillegg til innføring av nytt datasystem, har det også blitt gjennomført en ekstern revisjon av klinikk for psykisk helsevern. Som en konsekvens av dette, ble det satt ned flere arbeidsgrupper som arbeider med ulike forbedringsområder, deriblant psykoseproblematikk. Disse arbeidsgruppene er ikke direkte koplet opp mot prosjektgruppen for GBP, men en av deltakerne er med i en slik arbeidsgruppe.

En annen konsekvens av den eksterne revisjonen var at det ble innført obligatorisk rus-screening i hele psykiatrisk klinikk. Psykoseposten ved DPS'en har som tidligere nevnt hatt som mål å styrke screening på rus og gjøre kvalitetsvurdering av epikrisene. Siden rus-screeningen ble obligatorisk, ble målet noe justert slik at det i større grad handler om epikrise-kvalitet; hvorvidt rus omtales i epikrisene og om det faktisk blir screenet. Konkret innebærer arbeidet å velge ut 20-30 epikriser årlig som kvalitetskontrolleres. I dette arbeidet skal det etter planen brukes statistisk prosesskontroll (SPC) for å måle resultater.

Ved Psykoseposten DPS, har prosjektmedarbeiderne sammen med sin seksjonsleder nå bestemt at de skal trekke seg ut av GBP, fordi de opplever å ha oppnådd ønskede endringer ved at kvalitetskontroll er implementert i driften. BUP er på sin side usikre på hvordan prosjektarbeidet blir etter FS4, og om det skal slås sammen med noen av de andre prosjektene i helseforetaket. Dette skal diskuteres nærmere med lederne i løpet av høsten. Prosjektgruppen har per i dag ønske om å etablere en intern behandlingslinje som innebærer klare retningslinjer for pasientforløpene når det gjelder psykose.

Veileder i GBP har fått tilsendt rapporter slik at hun har fått anledning til å gi tilbakemeldinger, og dette vil også bli gjort før FS4.

Fremmende faktorer i arbeidet med GBP

I prosjektgruppen var det en klar oppfatning om at et kriterium for lyktes med prosjektarbeidet, er at spesialister er deltakere i prosjektgruppen. Dette har ikke vært tilfelle her, men spesialister har blitt brukt som sparrings- og diskusjonspartnere etter behov. En annen viktig komponent som ble trukket fram var involvering fra ledelsen. Prosjektgruppen nevnte konkret at de etter FS3 tok initiativ til møter for å involvere ledelsen. Prosjektgruppen pekte på at det hadde vært mer hensiktsmessig dersom ledelsen hadde vært tydelige på mål og hensikt med å delta i prosjektet, og i større grad angitt hvor mye ressurser som skulle brukes. Hittil har prosjektmedarbeiderne jobbet med prosjektet i tillegg til sine vanlige oppgaver. Gruppen mente det kunne ha vært hensiktsmessig at det ble satt av en stillingsandel til prosjektet, fordi dette ville fungert som en pekepinn på hvor mye tid og ressurser som skulle brukes på dette arbeidet.

Måleansvarlig i prosjektet er ansatt i en merkantil stilling, og har derfor hatt mulighet til å opparbeide seg meget god kompetanse på SPC. Dette trekkes fram som et suksesskriterium for prosjektet.

Prosjektgruppen mente at det har vært et generelt fokus på kvalitetsforbedring ved hele enheten. Blant annet tok de selv initiativ til å få opplæring i SPC-målinger i løpet av prosjektperioden. Opplæringen skjedde i form av workshops i regi av Kunnskapssenteret. Målgruppen for workshopen var både sekretærer og behandlere på BUP og DPS.

Begge psykologene fra DPS har nå planer om å skrive spesialistoppgaven ut fra erfaringer med GBP, med bruk av statistisk prosesskontroll.

2.4 Fremmende og hemmende faktorer i prosjektgjennomføringen

Flere av faktorene som her presenteres er omtalt både som en hemmende og en fremmende faktor. Når enkelte faktorer faller i begge kategorier, er dette fordi det var slik det ble omtalt av informantene. I tabellene 16 og 17, gis det en oversikt over alle hemmende og fremmende faktorer som ble nevnt i intervjuene. Det er her tatt med alle faktorer som ble nevnt, uavhengig av hvor mange av gruppene som mente dette. Hensikten har ikke vært å gi et bilde av faktorer det var enighet (konsensus) om, men å vise bredden av ulike faktorer som kunne virke inn på prosjektgjennomføringen.

2.4.1 Fremmende faktorer

I alle de tre prosjektene ble det pekt på forhold som ble opplevd å være viktige for en god prosjektgjennomføring. Disse forholdene er oppsummert i Tabell 16, og handler om prosjektgruppen, lederforankring, ressurser og virkemidler i GBP.

Tabell 16. Fremmede faktorer for en god prosjektgjennomføring

Områder	Faktorer
Prosjektgruppen	<ul style="list-style-type: none"> • Engasjement/ildsjeler • Eierfølelse til prosjektet • Involverte fagspesialister • Prosjektmedarbeidere med målekompetanse • Kontinuitet i gruppen
Ledelsesforankring	<ul style="list-style-type: none"> • Lederinvolvering og forankring
Ressurser	<ul style="list-style-type: none"> • Fristilt tid til prosjektarbeidet • Intern ressurs-/støttegruppe • Deltakelse i tverrfaglig gruppe om psykoseproblematikk
Virkemidler i GBP	<ul style="list-style-type: none"> • Struktur og frister • Tett veilederkontakt (geografisk nærhet)

2.4.2 Hemmende faktorer (utfordringer)

Fra studien i 2010 (Fjær, 2010) ble det beskrevet flere utfordringer de tre casene i prosjektgjennomføringen så langt. Disse utfordringene handlet om informasjon, kommunikasjon og opplæring, tidsressurs, kontinuitet i personalet, og legitimering og anerkjennelse. I fokusgruppeintervjuene som ble gjennomført høsten 2011 ble det spesielt spurt etter utfordringer i arbeidet i tiden etter FS3. Det viste seg at flere av utfordringene som kom fram midtveis i prosjektet fortsatt var aktuelle for prosjektgruppen. Tabell 17 gir en oversikt over de utfordringene som informantene trakk fram i fokusgruppeintervjuene, og som er uavhengig av fase i prosjektet.

Tabell 17. Hemmende faktorer for en god prosjektgjennomføring

Områder	Faktorer
Prosjektgruppen	<ul style="list-style-type: none"> • Utskiftning og manglende kontinuitet • Manglende deltakelse fra behandlere/fagspesialister • Manglende ildsjeler på målearbeid (SPC) • Uavklarte roller og ansvar ved oppstart • Travel hverdag • Legitimering av tid og ressurser
Ledelsesforankring	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende føringer • Manglende initiativ
Personellressurser	<ul style="list-style-type: none"> • Ikke tilført ekstra personellressurser • Mangel på tid • “Konkurransse” med andre interne prosjekt • Parallelle prosjekter/arbeidsgrupper ikke samordnet • Prosjektarbeid på bekostning av pasientkontakt
Målinger/resultater	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende kunnskap om SPC og målinger • Få målevariabler • Visualisere tall og resultater overfor øvrige ansatte
Overordnede rammer	<ul style="list-style-type: none"> • Budsjettnedskjæringer • Omorganiseringer • Revisjoner • Innføring av nye datasystem • Manglende felles budsjett i geografisk område

Utfordringer knyttet til prosjektgruppen: Alle tre prosjektene hadde opplevd utfordringer knyttet til turnover av prosjektmedarbeidere av ulike grunner. Årsakene kunne være permisjoner eller overflytninger til andre avdelinger eller til andre oppgaver. I noen tilfeller har prosjektmedarbeidere vært ute en periode, og deretter kommet tilbake igjen. Dette ble opplevd å være en utfordring, også fordi det ikke alltid ble sett som hensiktsmessig å erstatte de personene som gikk ut fordi det opplevdes tungt å oppdatere nye personer. En av informantene uttrykte at: *”en ting er å kjenne til det arbeidet vi driver, en annen ting er å kjenne rammene for GBP”*.

En annen utfordring knyttet til utskiftninger, var at gruppen i utgangspunktet var satt sammen av ulike yrkesgrupper, og at når en person gikk ut, opplevde de resterende gruppemedlemmene at man mistet ett av perspektivene: *”Vi har jo hatt veldig fruktbare diskusjoner fordi det har vært forskjellige yrkesgrupper”*. Andre opplevde at de helt fra starten hadde savnet å ha en spesialist i prosjektgruppen. De mente det ville gi dem økt trygghet for at eksempelvis retningslinjer som ble utarbeidet i gruppen var faglig godt nok grunnet. Spesialister ble trukket inn og brukt som sparringspartnere og ressurspersoner ved behov, men prosjektgruppen mente likevel det hadde vært hensiktsmessig at spesialisten hadde vært en fast deltaker i prosjektgruppen.

Flere av prosjektmedarbeiderne mente at deltakelsen i GBP og hva det ville innebære av forventninger og ansvar, kunne ha vært bedre avklart internt før oppstart. I to av gruppene var deltakelse i prosjektet initiert av ledelsen, mens det i den siste gruppen var enighet og motivasjon for deltakelse blant de som ble prosjektmedarbeidere.

Utfordringer knyttet til ledelsen: Spesielt en av prosjektgruppene opplevde at det helt fra det ble bestemt at de skulle delta i prosjektet, var manglende føringer fra ledelsen når det gjaldt behandlings- og prosjektmål. I fortsettelsen har også ledelsen i liten grad vært involvert i arbeidet, og i den grad de har deltatt har det vært prosjektgruppen som har tatt initiativ til å informere dem om prosjektet.

Utfordringer knyttet til personellressurser: Ingen av de tre lokale GBP hadde fått tilført ekstra personellressurser i løpet av prosjektperioden, og de fleste hadde disse oppgavene ”på toppen” av det vanlige arbeidet. En av prosjektgruppene hadde som tidligere nevnt fått fristilt mye tid til dette arbeidet. Informantene trakk fram at det å bruke tid på GBP i noen grad går på bekostning av pasientkontakt. I spesielt ett av intervjuene framkom det at det var mange prosjekter som gikk parallelt med GBP for psykose. Dette skapte en slags ”konkurranse” mellom prosjektene med tanke på tid og personell. Oppstartede prosjekter og arbeidsgrupper opplevdes å ikke alltid være like samordnet, noe som førte til at man ikke hadde kjennskap om hverandre og gikk i hverandres ”bed”.

Utfordringer knyttet til målinger/resultater: Målinger ved bruk av SPC ble sett som en utfordring i to av prosjektgruppene. Dette hadde bakgrunn i manglende erfaring og kompetanse på målinger og statistikk, men også manglende interesse for målinger. En av informantene sa det slik: ”Hvis vi hadde hatt noen som på en måte hadde et stort eierskap til de målingene så hadde det jo vært supert”. Til tross for utsagnet ovenfor, mente den samme informanten at: ”...GBP hjalp oss veldig mye med å definere håndgripelige mål og ikke minst få gjennomført og satt opp en statistikk som ble leselig fordi det ikke har vært så i vår interesse...”. Veilederne ble her brukt som ressurspersoner, og aktuelle tall ble sendt til dem slik at de kunne utarbeide grafer og statistikk. Den tredje prosjektgruppen hadde som tidligere nevnt opparbeidet seg svært god kompetanse på SPC på egenhånd, og hadde derfor ikke behov for bistand til dette arbeidet.

Utfordringene knyttet til manglende kunnskap om SPC og målinger, hang muligens også sammen med at det har vært utskiftninger i gruppene. Utskiftninger har medført at ansvaret har blitt flyttet på, slik at stadig nye prosjektmedarbeidere har måtte satt seg inn i oppgaven. Noen prosjektgrupper pekte på at de har hatt for få målevariabler, og at tall i begrenset grad viser kvalitetsforbedring. Følgende utsagn viser at det trolig er en del ambivalens knyttet til det å måle som skyldes mangel på kompetanse på dette området: ”Hadde det vært en ildsjel på måling, så hadde vi sikkert fått til å måle mye mer og definert nye målevariabler og hatt regelmessige presentasjoner av det”. En av gruppene mente at en utfordring framover blir å finne måter å visualisere tall og resultater på overfor de øvrige ansatte slik at det gir mening og interesse.

Utfordringer knyttet til overordnede rammer: Ett av de lokale prosjektene står overfor en omorganisering og omfattende budsjettnedskjæringer, noe som har medført usikkerhet i forhold til det videre arbeidet med prosjektet. Samtidig kan dette ende opp med noen nye forslag til organisering av arbeidet med psykose som kan ses som en videreføring og forbedring av arbeidet. Den samme prosjektgruppen pekte på at økonomiske rammer for det utadrettede og proaktive arbeidet i forhold til psykose er en

utfordring, og at man hadde hatt mye å hente på å ha et felles budsjett i sitt geografiske område som blant annet kunne vært brukt til felles annonsering og forebyggende arbeid.

Et av helseforetakene har vært under revisjon den siste tiden, tillegg til at de har innført nytt datasystem. Dette betyr at mye av den interne kapasiteten har gått med til dette, noe som har gått ut over arbeidet med GBP.

3 Oppsummering

Resultatene fra fokusgruppeintervjuene med de tre prosjektgruppene viste at det var ulike forhold som kunne virke hemmende og fremmende for å lykkes med prosjektgjennomføringen.

Hva informantene vektla som *fremmende* faktorer, var knyttet til egenskaper (engasjement, ildsjeler) og kompetanse (fagspesialister, måleansvarlige), samt kontinuitet i gruppen. Videre var ledelsesforankring og involvering, tilstrekkelige ressurser (tid), og selve strukturen i gjennombruddsprosjektet (frister, veileder) sentrale forhold for å lykkes. Også bistand/støtte fra interne tverrfaglige grupper med psykoseproblematikk som tema ble trukket fram som viktig.

Alle de faktorene som ble nevnt som fremmende i intervjuene ble med motsatt fortegn også omtalt som *hemmende* for prosjektgjennomføringen. Eksempelvis var kontinuitet i gruppen nevnt som en fremmende faktor, samtidig som *mangel* på kontinuitet ble omtalt som en hemmende faktor. Enkelte opplevde at roller og ansvar i prosjektgruppen ikke var avklart på et tidlig tidspunkt, mens andre utfordringer var knyttet til målinger og resultater; manglende kunnskap om SPC og målinger og for få målevariabler. Også overordnede rammer i virksomheten (budsjettnedskjæringer, omorganiseringer, revisjoner og innføring av nye datasystem) ble opplevd som hemmende for prosjektgjennomføringen.

Del III: Spørreundersøkelse blant topplederne

1 Metode

1.1 Informanter

Det ble sendt ut et elektronisk spørreskjema til toppleder innen psykisk helsevern i de 15 helseforetakene eller virksomhetene som var representert i GBP. Elleve av disse lederne svarte på undersøkelsen, noe som utgjorde en svarprosent på 73.

Seks av informantene var menn (54,5 %), mens fem av informantene var kvinner (45,5 %). De fleste lederne hadde stillingstittel som klinikkssjef/-direktør eller divisjonssjef/-direktør for psykisk helsevern, men også en virksomhetsleder i en virksomhet med driftsavtale deltok.

Informantene representerte alle fire helseforetak; Helse Nord, Helse Midt, Helse Vest og Helse Sør-Øst.

1.2 Datainnsamling

Spørreskjemaet ble utformet i programvaren PASW Dimensions med totalt 7 spørsmål. Skjemaet inneholdt spørsmål om kjennskap til GBP for tidlig oppdagelse og behandling av første gangs psykose nasjonalt og lokalt, grad av involvering i lokal prosjekt, opplevelse av kvalitetsforbedring og grad av fornøydhet med dette og videreføring av ideen bak prosjektet i som strategisk satsingsområde. To av spørsmålene var utformet med åpne kommentarfelt.

Det ble sendt ut en e-post til alle de 15 topplederne med informasjon om spørreundersøkelsen og forespørsel om å delta. I denne e-posten var det også link til selve spørreskjemaet. Det ble gitt frist på én uke for å svare, og det ble sendt ut to oppfordringer om å svare før det ble satt sluttstrek for undersøkelsen.

1.3 Analyse

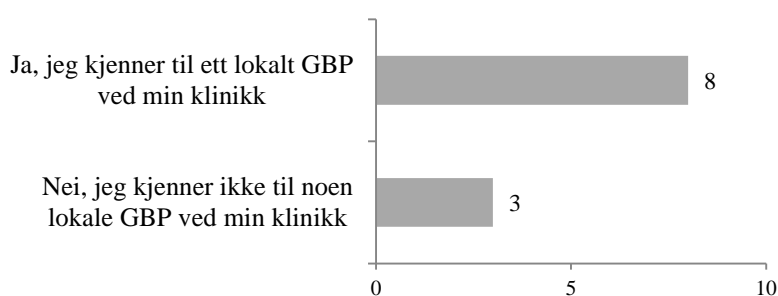
Dataene fra den elektroniske spørreundersøkelsen ble analysert ved bruk av IBM SPSS Statistics 19. Det ble kun gjennomført deskriptive analyser.

2 Resultater

2.1 Kjennskap og involvering

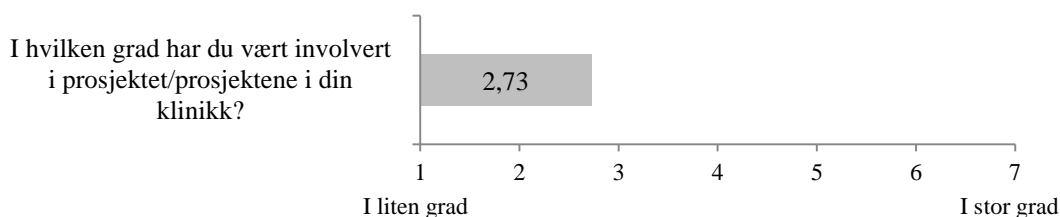
På spørsmål om de var kjent med det *nasjonale* GBP for tidlig oppdagelse og behandling av første gangs psykose, svarte 10 av 11 (90,9%) toppledere bekræftende på dette.

Når det gjaldt spørsmål om de var kjent med *lokale* GBP som var startet opp på sin klinikk/virksomhet, svarte åtte av informantene bekræftende på at de kjente til ett lokalt prosjekt ved sin klinikk, mens tre ikke kjente til slike prosjekt. Figur 34 gir en grafisk framstilling av svarfordelingen.



Figur 34. Kjennskap til lokale prosjekt/prosjekter

Informantene fikk videre spørsmål om i hvilken grad de hadde vært *involvert* i lokale GBP for psykose. Den gjennomsnittlige skåren for lederne var 2,7 (min 1 – maks 5, SD 1,5), noe som betyr at det samlet sett var relativt lav grad av involvering i lokale prosjekt. Figur 35 gir en grafisk framstilling av dette.



Figur 35. Involvering i prosjektet/prosjektene

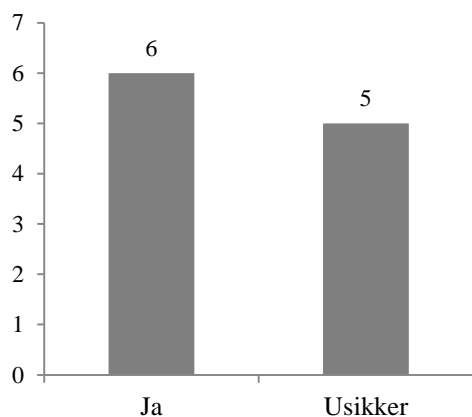
I spørreskjemaet ble lederne også bedt om å skissere kort på hvilken måte de hadde vært involvert i prosjektet/prosjektene. Åtte av informantene valgte å kommentere dette. Den mest hyppig nevnte måten å bli involvert på, var å bli *orientert* om prosjektet før oppstart og/eller underveis i prosessen: ”Fortløpende orientert om prosessen”, ”Prosjektleder presenterte prosjektet for lederteam før oppstart. Prosjektleder

orienterte lederteam etter oppstart. Fikk godkjennelse av prosjektet og ble bedt om å orientere underveis”.

En av informantene hadde vært med på å *initiere* prosjektet, mens andre også hadde deltatt på *planlegging, utpeking av deltakere og drøfting*. Det var en av lederne som nevnte at han hadde vært med på *undervising*, mens en annen informant trakk fram sin rolle i forhold til gjennomslag i ledergruppen for ressursbruk og prioritering av prosjektet: *”Sørget for at vi fikk gjennomslag i direktørens ledergruppe for å bruke ressurser på deltakelse i prosjektet. Aktivt med for å legge til rette for at dette skulle prioriteres i klinikken”.*

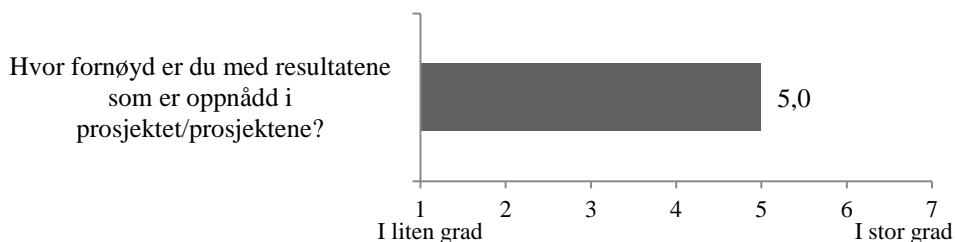
2.2 Forbedringer og resultater

Et av spørsmålene lederne ble bedt om å ta stilling til var hvorvidt de opplevde at lokale prosjekt hadde oppnådd forbedringer med å oppdage og behandle første gangs psykose. Resultatene viste at i overkant av halvparten av informantene svarte ja på dette spørsmålet, mens den andre halvparten var usikre (se Figur 36).



Figur 36. Opplever du at prosjektet/prosjektene har resultert i forbedringer knyttet til enheten(e)s arbeid med å oppdage og behandle første gangs psykose?

Videre ble det stilt spørsmål om i hvilken grad lederne var fornøyd med de resultatene som var oppnådd i de lokale prosjektene. Det var ni av lederne som valgte å besvare spørsmålet, og den gjennomsnittlige skåren var 5,0 (min 4 – maks 7, SD 1,1). Resultatene viste med andre ord at lederne krysset av i den øvre delen av skalaen, og dermed anså seg fornøyd med resultatene i prosjektene (se Figur 37).



Figur 37. Tilfredshet med oppnådde resultater.

Informantene hadde mulighet til å skrive noen mer utfyllende kommentarer i forhold til resultatene av prosjektet. Aktuelle kommentarer refereres i punktene under:

- *Er kun orientert om data fra tidlig fase. Disse var gode.*
- *Mer systematisk pårørendekontakt.*
- *Resultatet er blitt behandlet lokalt i en seksjon og har vært lite spredt til andre. Prosjektet kunne med fordel blitt diskutert i hele klinikken underveis.*
- *Samarbeid med kommunen i oppdagelsen er styrket.*

2.3 Strategisk satsningsområde

Alle informantene (n=11) svarte at arbeidet med tidlig oppdagelse og behandling av psykose fortsatt skal være et strategisk satsningsområde i tiden fremover.

3 Oppsummering

Resultatene viste at så godt som alle topplederne kjente til det *nasjonale* gjennombruddsprosjektet for tidlig oppdagelse og behandling av psykose, mens det bare var en tredjedel av lederne som kjente til pågående *lokale* gjennombruddsprosjekt i sin klinikk. Lederne var i nokså liten grad involvert i arbeidet lokalt. Over halvparten av topplederne opplevde at lokale prosjekt hadde oppnådd kvalitetsforbedring på området, og de var i nokså stor grad fornøyd med resultatene. Alle topplederne mente at arbeidet med tidlig oppdagelse og behandling av psykose fortsatt vil være et strategisk satsningsområde fremover.

Diskusjon

1 Tematisk diskusjon

Det overordnede målet med denne studien var å få innsikt i prosjektgruppens erfaringer i Gjennombruddsprosjektet *Tidlig oppdagelse og behandling av psykose*, og hvilke forhold som har hatt innvirkning på resultatene. Aktuelle problemstillinger i studien har vært: Hva kjennetegner de ulike prosjektene når det gjelder gjennomføring av GBP og opplevelse av kvalitetsforbedring? Hvilke forhold oppleves som hemmende og fremmende for arbeidet med kvalitetsforbedring? Hvordan har prosjektet vært forankret i ledelsen?

Følgende funn fra denne studien vil bli diskutert:

- Måleverktøyet SPC
- Mål for prosjektarbeidet
- Veiledernes rolle
- Tid og ressurser
- Forankring i ledelsen

Disse punktene vil nå bli gjennomgått i egne avsnitt. Når forskjeller mellom prosjektene trekkes frem (se avsnitt 3.2 s. 48), vil prosjekter med følgende kriterier bli referert til som *plussprosjekter*:

- ✓ Prosjekter uten avbrudd eller opphold
- ✓ Prosjekter med høyt selvevalueringstall
- ✓ Prosjekter med høy grad av måloppnåelse

1.1 Måleverktøyet SPC

SPC er en metode som etter hvert er mye brukt i helsesektoren for å måle kvalitetsforbedring på et bestemt område. Verktøyet kan påvise om en har signifikante endringer, trender og avvik i et datamateriale, og dataene framstilles visuelt ved hjelp av diagrammer (Schreiner, 2004b).

Studier viser at bruk av målinger og SPC er viktig for å få til endringer i helsetjenesten (Brandrud et al., 2011; Ulrich, 1997). Brandrud med kolleger studerte flere gjennombruddsprosjekter, og fant at et viktig suksesskriterium for å få til kvalitetsforbedring var *informasjon*. Med dette mente forfatterne at det var viktig å sørge for kontinuerlig og pålitelig informasjon om nåværende praksis, noe som blant annet kan oppnås ved bruk av SPC-verktøyet.

Resultatene fra vår studie viste at under halvparten av prosjektene faktisk brukte SPC i hele prosjektperioden, og at over halvparten av prosjektene heller ikke hadde planer om å bruke dette verktøyet i framtiden. Sett i lys av kommentarene som ble gitt i spørreundersøkelsen og i fokusgruppene, var det trolig flere årsaker til dette. Blant annet ble manglende kunnskap og kompetanse om bruken av SPC i prosjektgruppene trukket frem. Flere pekte i den sammenheng på for lite opplæring i bruken av verktøyet. Trolig kan dette også henge sammen med utskiftning av deltakere i prosjektgruppen, også av personer som hadde rollen som måleansvarlig. Noen prosjektgrupper opplevde det som krevende å lære opp nye måleansvarlige. Noen prosjektgrupper overlot SPC-målingene til veilederen. Det kan synes som om organiseringen av målearbeidet i prosjektet er sårbart, både fordi målingene forutsetter spesifikk kompetanse, og i utgangspunktet er tiltenkt en person (måleansvarlig). Muligens ville det være en løsning å gi flere i prosjektgruppene opplæring i SPC, slik at en har en noe å gå på dersom det skulle forekomme utskiftninger. Det å gi flere innføring i SPC vil også kunne øke den samlede kompetansen på SPC i prosjektgruppene, og dermed føre til en mer utstrakt bruk av SPC. Det at noen prosjektgrupper har "outsourcet" SPC-målingen til veileder behøver ikke i utgangspunktet å være et problem. I prosjektbeskrivelsen (Legeforeningen, 2009) er det beskrevet at veilederne skal bistå prosessuelle og metodologiske problemstillinger. Likevel bør det vurderes om prosjektgruppens eierforhold til endringene kan reduseres når en setter bort målearbeidet. Eierforhold er beskrevet som helt sentralt i gjennombruddsprosjektene (Mathiesen, 2010). Samtidig må det påpekes at støttefunksjonen i veileder kan være en nødvendighet, når man tar ressursene til de lokale prosjektene i betraktning. Målingene er tidkrevende, og som noen prosjektgrupper mente; de ønsket tid til å gjøre det faglige arbeidet, og målinger opplevdes som en tidstyv.

SPC-verktøyet egner seg godt for å kunne behandle små datamengder. Likevel opplevde mange av informantene at det var for lite pasientgrunnlag til at de så det som hensiktsmessig å måle og lage statistikk på dette. Noen opplevde at variablene de hadde tenkt å måle ikke egnet seg til dette, eller at tallene ble alt for små til å få til fremstillinger. Det ble beskrevet at den korte prosjektperioden kombinert med lite tallgrunnlag gjorde det lite hensiktsmessige å bruke SPC. Noen av informantene mente også at de i sitt prosjekt ikke hadde satt seg tallfestede mål, og dermed ikke så hensikten med å bruke SPC. Dersom det regnes som hensiktsmessig at alle prosjektgruppene i regelen skal benytte seg av SPC, kan det være viktig at det fokuseres på nytteverdien av SPC i oppstarten av prosjektet. I tillegg kan det være nyttig å bistå prosjektgruppene i større grad når det gjelder å definere målevariabler for prosjektet. Veilederne kan være en viktig ressurs her.

Ved å se nærmere på plussprosjektene, så vi at de i større grad enn de andre prosjektene hadde gode rutiner for gjennomføring av målinger, og fortsatte med dette i hele prosjektperioden. Disse prosjektene opplevde også i større grad samsvar mellom SPC-resultater og egen opplevelse av kvalitetsforbedring, og mente at dette verktøyet bidro til å belyse forbedringsområder. En kan ikke trekke noen konklusjoner om retningen her. Tilfredsheten med SPC kan komme av gode resultater i forbedringen, eller kan god praksis med SPC-målingene ha ført til at en har oppnådd endret praksis. Uansett retning

var det tydelig at pluss prosjektene i større grad hadde positive erfaringer med SPC. Blant de andre prosjektene kan SPC-målingene ha blitt en ekstra barriere for det videre arbeidet. Det å ikke få et bilde av de endringene er har satt seg som mål å ha, kan ha vært demotiverende for prosjektgruppene. I og med at fremstillingene av endringer ved hjelp av SPC har vært en sentral del av innholdet på fellessamlingene i løpet av prosjektperioden, kan en vurdere at manglende endringer å fremvise kan ha vært med på å få prosjektgrupper til å betvile fremgangen i prosjektet.

Ut i fra dette kan det være relevant å diskutere hvorvidt bruken av SPC-målinger skal være så "obligatorisk" som det per i dag er for gjennombruddsprosjektene. Ulrich (1997) fant i sin studie at en av de kritiske nøkkelfaktorene for endring var å overvåke fremgang ved å definere målestokker, milepæler og metoder. Samtidig var et poeng også at disse målemetodene ble utviklet og tilpasset den enkelte. En kan tenke seg at det med problemstillinger som dette gjennombruddsprosjektet har tatt tak i (psykose) vil være aktuelt å gjøre tilpasninger når det kommer til bruken av målinger. Enten kan en vurdere om det skal legges mer opp til målinger eller målemetoder som er mer tilpasset hver individuelle prosjektgruppes forbedringsområde/målsetting. Eventuelt kunne en ha tenkt seg at det i større grad ble fokusert på måleutfordringene for det aktuelle temaet på fellessamlingene. Hvilke utfordringer prosjektgruppene kunne vente seg, og eventuelt at målinger kan være mindre hensiktsmessig for noen forbedringsområder/målsettinger kunne muligens med fordel hvert avklart på et tidlig tidspunkt. Om FS er rette arena for å ta opp disse problemstillingene, eller om det er noe som bør tas opp lokalt i samråd med veileder kan diskuteres. Veilederne skal som sagt bistå metodisk og prosessuelt, og en kan tenke seg at en i det en setter mål for prosjektet og utarbeider en prosjektplan, har en gjennomgang av hvordan målinger av endringer vil forløpe seg for den aktuelle prosjektgruppen. Veilederne vil her kunne gi korreksjon, og justere eventuelt for høy eller lav målsetting, samt bidra til valg av gjennomførbare målevariabler.

1.2 Mål for prosjektarbeidet

Ressursgruppen hadde ved oppstart av gjennombruddsprosjektet ansvar for å identifisere og konkretisere ulike forbedringsområder, og de deltagende prosjektgruppene valgte deretter et tema hvor de satte seg mål. De aller fleste gruppene satte også tallfestede mål.

En internasjonal gruppe har studert gjennomføring og resultater fra gjennombruddsprosjekter i ulike land, og har identifisert ti anbefalinger (Øvretveit et al., 2002). Disse anbefalingene er knyttet til forberedelsesfasen, til gjennomføring og etterarbeid. Et av punktene handler om *å sikre at teamene har målbare og realistiske mål*. Gruppen anbefaler at det sikres at prosjektteamene setter seg mål som lar seg måle, er tidfestede og realistiske både når det gjelder selve prosessen og resultatet.

Resultatene viste at det i de lokale prosjektgruppene var utstrakt grad av enighet om valg av tema både i prosjektgruppen og i ledelsen, og at målsettingen samlet sett var nokså realistisk. Det kom likevel fram at det var stor forskjell på prosjektgruppene i forhold til hvor realistisk de mente sin egen målsetting var. *Plussprosjektene* opplevde i

mye støtte grad enn de andre at målene som var satt var realistiske. De prosjektene som opplevde å ha oppnådd sine tallfestede mål, opplevde i stor grad at de målene de hadde satt var realistiske. De gruppene som avbrøt prosjektet, opplevde i langt mindre grad enn de prosjektene som var aktive hele perioden at de hadde satt seg realistiske mål. Muligens kan dette ha vært en medvirkende årsak til at enkelte prosjekter valgte å avbryte før prosjektperioden var slutt.

Noen av prosjektene i dette gjennombruddsprosjektet endret sine mål i løpet av prosjektperioden, og enkelte nevnte at de hadde fått hjelp fra veileder til å nedjustere og sette mer realistiske mål. Veileder kan spille en viktig rolle overfor den lokale prosjektgruppen når det gjelder arbeidet med å sette mål.

1.3 Veiledernes rolle

Hensikten med veilederkorpset er at de skal hjelpe og støtte de lokale prosjektene i prosjektgjennomføringen. Dette kan være bistand i forhold til arbeidsmetoder, verktøy og teknikker. I tillegg skal de også ha kjennskap til gruppedynamikk og endringspsykologi, og være en pådriver overfor arbeidsgruppene (Schreiner, 2004b). Det var stor variasjon mellom prosjektene i forhold til hvor mye kontakt de hadde med sin veileder i løpet av prosjektperioden. Totalt sett var prosjektgruppene godt fornøyd både når det gjaldt veiledernes tilgjengelighet og kompetanse. Imidlertid mente flere prosjekter at det var en svakhet at de hadde manglende kunnskap om enhetens organisatoriske rammer og kjennetegn, og fagfeltet psykiatri. I Gjennombruddsprosjektets prosjektbeskrivelse er det formulert at veilederne skal ha bakgrunn fra helsevesenet, men i mindre grad skal ta stilling til faglige problemstillinger i prosjektet. Det at det ble trukket frem som en svakhet kan tyde på at enkelte prosjektgrupper opplevde et større behov for faglig veiledning enn det som ligger i Gjennombruddsprosjektets rammer. Som det kom frem i et av fokusgruppeintervjuene, var det å involvere spesialister i prosjektgruppen ønsket. Dette er noe som bygger opp under behovet om faglig bistand i gjennomføringen.

I tillegg til kunnskap om fagfeltet trakk en av prosjektgruppene som var godt fornøyd med veileder frem geografisk nærhet som en viktig faktor. Brandrud (2011) viser i sin artikkel at en av tre suksessfaktorer for å oppnå et kontinuerlig forbedringssystem er *infrastruktur*. Dette handler blant annet om å utvikle et skreddersydd læringssystem for de ulike målgruppene. Her pekes det på viktigheten av kontakt med en rådgiver, og at denne kontakten kommer på rett "spor" helt fra begynnelsen. Likevel ser vi i vår studie av plussprosjektene, i mindre grad enn de andre prosjektene opplevde at veileder hadde veiledningskompetanse, kunnskap om organisatoriske kjennetegn og kunne bidra i konkrete problemstillinger. Det er vanskelig å trekke noen konklusjon på bakgrunn av dette, ettersom det er snakk om et lite antall prosjekter og det derfor kan skyldes tilfeldigheter. Imidlertid kan en årsak være at disse aktuelle prosjektgruppene selv har så god kompetanse at de ikke har like stor nytte av veileder som enkelte av de andre prosjektene. Denne forklaringen støttes av at de aktuelle prosjektene også i mindre grad mente at fellessamlingene bidro til å diskutere lokale utfordringer, styrke prosjektgruppens samhandlingsevne og heve kompetansen om organisasjonsendring.

Noen av de prosjektene som selv ikke hadde særlig fokus på måling og SPC, opplevde at de ikke fikk hjelp av veileder fordi de var opptatt av ulike ting. En kan kanskje anta at prosjektgruppen og veileder ikke har hatt den samme forståelsen av hva som har vært gruppas mål med prosjektet. Dette kan ha noe med fagfelt å gjøre. Flere informanter kommenterte at veilederne hadde annen enn psykiatrisk bakgrunn. Dermed kan prosjektgruppene ha opplevd at utgangspunktet for prosjektarbeidet var ulikt. Det å ha en forent forståelse om mål og betingelser for de enkelte prosjektene kan være svært sentralt i denne sammenheng.

1.4 Tid og ressurser

Informantene opplevde at de i middels grad hadde fått tilstrekkelig tid og ressurser til å jobbe med gjennombruddsprosjektet. Tilgjengelige data viste at svært få av prosjektene hadde fått tildelt ekstra ressurser til å jobbe med prosjektet, men stort sett har gjort det innenfor rammen av sitt ordinære arbeid. Enkelte prosjekt fikk likevel muligheten til å prioritere prosjektarbeidet på bekostning av andre arbeidsoppgaver. Problemstillinger knyttet til tid og personellressurser var særlig et tema i fokusgruppeintervjuene. Her trakk en av gruppene fram som en suksessfaktor at de hadde fått bruke mye tid og ressurser på dette prosjektet. Dette skapte kontinuitet og framdrift i arbeidet, og de mente at sammen med deres engasjement bidro dette til at ledelsen fortsatt ønsket å prioritere gjennombruddsprosjektet. Prioritering av tid og ressurser kan også gi en god indikasjon på forankring i ledelsen, og at de har sett hensikt og nytteverdi med prosjektet. Dersom det ikke blir satt av en konkret stillingsandel til å jobbe med prosjektet, er det viktig at gir tydelige føringer fra ledelsen på hvor mye tid som prosjektmedarbeiderne skal prioritere på prosjektarbeidet. Flere informanter trakk fram at det var vanskelig å vite hvor mye tid de kunne bruke ettersom det ikke var gitt noen føringer på dette. Manglende føringer fra ledelsen medfører at prosjektdeltakerne selv må prioritere hvor mye tid som skal brukes på prosjektet, og hvilke andre arbeidsoppgaver som skal nedprioriteres. Konsekvenser av dette kan blant annet bli at fritiden tas i bruk for å rekke over alt, at prosjektarbeidet nedprioriteres (eventuelt avsluttes) og at kolleger stiller spørsmålsteget ved prioriteringene og vanskeliggjør legitimering av tidsbruk. Schreiner (2004b) peker på at det å starte en kvalitetsforbedringsprosess særlig krever ressurser i form av økonomi og tid ved oppstart av prosjektet, men også vil kreve det i flere år framover. Et av rådene hennes er å frikjøpe entusiastiske medarbeidere. Argumentet er at tidsbruken vil lønne seg på sikt fordi gode kvalitetssikrede rutiner og mindre feil naturlig nok er kostnadsbesparende. Bedre kvalitet på arbeidet vil komme brukerne til gode, og bidra til at de får en bedre behandling.

Flere prosjektgrupper rapporterte manglende tid til å arbeide kontinuerlig med kvalitetsforbedring fordi det konkurrerer med de ordinære arbeidsoppgavene. Inntrykket var at de fleste prosjektmedarbeiderne hadde pasientansvar, og dette naturlig nok er en oppgave som er vanskelig å nedprioritere. En av gruppene hadde god erfaring med å involvere merkantil medarbeider i prosjektgruppa som ansvarlig for målearbeidet. Muligens kan dette være en løsning for flere.

En annen problemstilling som har sammenheng med tid og ressurser, er graden av utskiftninger i prosjektgruppene. Som tidligere beskrevet var utskiftninger en utfordring i mange prosjekt. Når en prosjektmedarbeider gikk ut av gruppen, ble ofte en konsekvens at denne ikke ble erstattet med en ny person. Dette blant annet fordi det ble opplevd som krevende å sette nye medarbeidere inn i prosjektet. Situasjonen med få personer i prosjektgruppen, har trolig også medført større belastning på de gjenværende deltakerne.

Schreiner (2004b) mener som tidligere nevnt at det er nødvendig å bruke økonomi og penger dersom man skal jobbe med kvalitetsforbedring. I den sammenheng er det også viktig å *skape forståelse i organisasjonen* for bruken av tid og økonomi på prosjektet, noe som blant annet kan gjøres ved å synliggjøre gode resultater av de ressursene som er brukt. I neste omgang vil dette også virke positivt for resten av organisasjonen.

1.5 Forankring i ledelsen

Flere studier bekrefter at forankring i ledelsen er en viktig faktor for å lykkes med endring og kvalitetsforbedring. Brandrud med kolleger (2011) peker på involvering av **ledere**, pasienter, pårørende, aktuelle fagmiljø og andre medarbeidere i alle faser av forbedringsarbeidet som en suksessfaktor for å oppnå varig kvalitetsforbedring.

Enhetene som deltok i prosjektet må forholde seg til flere type ledere i organisasjonen. Prosjektgruppene fikk spørsmål om forankring og involvering både når det gjaldt fagledelse, toppledelse og nærmeste leder. Resultatene viste at selve prosjektets idegrunnlag er relativt godt forankret på alle ledernivå. Når det gjelder konkret *involvering* i arbeidet, var fagledelsen naturlig nok mer involvert enn toppledelsen, som i liten grad deltok i arbeidet. Over halvparten av topplederne svarte også at de var usikre på hvilke resultater de lokale prosjektene i sitt foretak hadde oppnådd, men alle mente til tross for dette at arbeidet med tidlig oppdagelse og behandling av første gangs psykose fortsatt ville være et strategisk satsningsområde i tiden fremover. Ulrich (1997) oppsummerer ti hovedgrunner for å *ikke* lykkes med endringsarbeid, og en av disse er at det ikke er knyttet til strategi. Selv om topplederne mener at tidlig oppdagelse og behandling av første gangs psykose fortsatt vil være et strategisk satsningsområde, så virker dette noe uklart ettersom de både i liten grad er involvert og er kjent med resultatene i gjennombruddsprosjektene i sitt helseforetak.

Schreiner viser til at forfatterne Cummings og Worley (2009) som beskriver at en av de avgjørende faktorene for å få mennesker til å godta endringer i en organisasjon er at de forstår hensikten med endringen. To av tre hovedtrekk for å skape motivasjon for endring er at ledelsen må klargjøre gapene mellom nåværende og ønsket situasjon og at ledelsen må formidle de positive mulighetene som vil følge av endringsprosessen. Grønhaug (2001) refererer i sin bok til en samtale med en leder med mange års erfaring med vellykket omstilling (J.D. Neteland). Hans råd for å lede vellykket forandringsarbeid var blant annet involvering gjennom hele prosessen, reelt, tydelig og aktivt.

I gruppeintervjuene var manglende føringer fra ledelsen om mål og hensikt med å delta i prosjektet, samt manglende forankring og initiativ et diskusjonstema. For noen gjorde dette prosjektarbeidet vanskeligere enn det ellers kunne vært, fordi de var usikre på ledelsens forventninger til prosjektet, i tillegg til at de selv måtte avgjøre hvor mye tid som skulle prioriteres på arbeidet. Det å ha støtte og oppfølging fra ledelsen ble nevnt som et suksesskriterium for å lykkes, ikke minst fordi det legitimerte det å bruke tid og ressurser på prosjektarbeidet. Dette bidrar også i større grad til å oppnå forståelse internt i organisasjonen.

Ut fra resultatene så vi at plussprosjektene i større grad opplevde at prosjektets idégrunnlag var forankret i toppledelsen, og at de i større grad var involvert i prosjektet. Disse opplevde også at fagledelsen var mer involvert enn nærmeste leder. Også når det gjaldt støtte og videreføring av endret praksis, skåret de høyere enn de andre prosjektene.

2 Metodiske betraktninger

Det er visse metodiske begrensinger i denne studien. Dette skyldes blant annet at det er et lite antall informanter i alle de tre datainnsamlingene.

I *fokusgruppeintervjuer* anbefales det som regel å ha 6-8 deltakere, ettersom dette er et gunstig antall for å få tilstrekkelig diskusjon i gruppen. To av de tre prosjektgruppene som var aktuelle for fokusgruppeintervju hadde opprinnelig færre antall prosjektmedarbeidere i gruppen enn dette, i tillegg til at flere prosjektdeltakere i løpet av prosjektperioden var gått ut av prosjektgruppen. Det var også en praktisk utfordring med å samle aktuelle deltakere på samme tidspunkt. Konsekvensen av dette var at det kun deltok 2-3 deltakere på hvert av de tre gruppeintervjuene. Dette kan ha medført at det ble noe mindre diskusjon mellom deltakerne i fokusgruppa, og at forskerne har fått en større rolle enn hva som er ideelt i forhold til metodikken. Ettersom det var så få prosjektdeltakere fra hver prosjektgruppe som deltok, kan en annen konsekvens være at forskjeller som har eksistert innad gruppen ikke har kommet fram. Dominans er en vanlig problemstilling i fokusgruppeintervjuer, og kan være ekstra sterk i små grupper. Ettersom det ofte finnes et "profesjonshierarki" i helsesektoren, kan et lavt antall informanter ha medført en enighet/konsensus rundt ulike forhold som ikke er helt reell.

I den *kvantitative spørreundersøkelsen* ble spørreskjemaet sendt ut til de lokale prosjektlederne, som ble oppfordret til å diskutere spørsmålene i skjemaet med de andre deltakerne i prosjektgruppen før de ble oppringt av forsker på IRIS. Inntrykket var at dette i utstrakt grad ble gjort, men det kan være en svakhet at alle som på et eller annet tidspunkt hadde deltatt i gruppen ikke fikk mulighet til å uttale seg, noe som kan gi et skjevt bilde av den faktiske prosjektgjennomføringen.

Selv om svarprosenten var høy, var antallet informanter lavt (n=24), dette ga konsekvenser for hvilke analyser som kunne gjennomføres.

Inndelingene som ble brukt i de kvantitative analysene kan sies å overlape noe, da selvevalueringstall og oppnåelse av tallfestede mål til dels henger sammen. I tillegg ble noen av spørsmålene ikke relevante å ta med i disse analysene.

3 Konklusjon

Denne studien viste at en standardisert metode som Gjennombruddsmodellen både har styrker og svakheter i arbeidet med å oppnå kvalitetsforbedring. På den ene siden synes metodikken å virke drivende, og den hjelper prosjektgruppene med å strukturere arbeidet. Samtidig viser resultatene at det er utfordrende elementer knyttet til en slik standardisert metode. I noen grad kan det synes som om at rammene for prosjektet er for strenge, og at SPC nærmest blir et mål i seg selv. Denne type kvantifisering kan være en lite nærliggende arbeidsmåte for klinikere, ikke minst innenfor et fagområde som psykose, hvor det er et relativt lite pasientgrunnlag. Metoden krever en viss hyppighet av fenomenet det skal gjøres noe med for at den skal fungere. For prosjektgruppene er tallfesting av resultatmål obligatorisk, men resultatene viser at disse ikke fungerer styrende, men passer dersom målene er realistiske. Det ble også opplevd som en svakhet at veilederne i GBP har lite kunnskap om den organisatoriske konteksten som prosjektene arbeider innenfor, noe som kan tyde på at prosjektene hadde behov for faglig veiledning utover det som var tenkt å være veilederens rolle. Studien viser at det er viktig å erkjenne behov og forskjeller i prosjektene, og at det må gjøres spesifikke tilpasninger av Gjennombruddsmodellen både innenfor det valgte forbedringsområdet, og til hvert enkelt prosjekt.

4 Referanser

- Brandrud, A. S., Schreiner, A., Hjortdahl, P., Helljesen, G. S., Nyen, B., & Nelson, E. C. (2011). Three success factors for continual improvement in healthcare: an analysis of the reports of improvement team members. *BMJ Quality & Safety*, *20*(3), 251-259. doi: 10.1136/bmjqs.2009.038604
- Cummings, T. G., & Worley, C. G. (2009). *Organization development & change* (Vol. 9e). Canada: Cengage Learning.
- Duriau, V. J., Reger, R. K., & Pfarrer, M. D. (2007). A Content Analysis of the Content Analysis Literature in Organization Studies: Research Themes, Data Sources, and Methodological Refinements. *Organizational Research Methods*, *10*(1), 5-34. doi: 10.1177/1094428106289252
- Fjær, S. (2010). Modeller og praksiser i gjennombruddsprosjekt for tidlig oppdagelse av psykose (Vol. Arbeidsnotat 2010/195): International Research Institute of Stavanger.
- Giannantonio, C. M. (2010). Review of Content analysis: An introduction to its methodology (2nd ed.). *Organizational Research Methods*, *13*(2), 392-394. doi: 10.1177/1094428108324513
- Grønhaug, K., Hellesøy, O., & Kaufmann, G. (2001). *Ledelse i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kilo, C., M. (1998). A framework for collaborative improvement: Lessons from the Institute for Healthcare improvements breakthrough series. *Quality Management in Health Care*, *8*(4), 1-13.
- Legeforeningen. (2009). *Prosjektbeskrivelse. Gjennombruddsprosjekt: Tidlig oppdagelse og behandling av første gangs psykoser*.
- Mathiesen, J. R. (2010). prosessuelle og metodologiske problemstillinger. Retrieved from Den Norske Legeforening website: <http://www.legeforeningen.no/id/10231>
- Mills, P., D., & Weeks, W., B. (2004). Characteristics of Successful Quality Improvement Teams: Lessons from Five Collaborative Projects in the VHA. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, *30*(3), 152-162.
- Schreiner, A. (2004a). Kom i gang. Kvalitetsforbedring i praksis. In A. Schreiner (Ed.). Oslo: Den norske lægeforening.
- Schreiner, A. (2004b). *Kom i gang: Kvalitetsforbedring i praksis*. Oslo : Den norske lægeforening: Apo forlag.
- Ulrich, D. (1997). *Human Resource champions*. Boston: Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Øvretveit, J., Bate, P., Cleary, P., Cretin, S., Gustafson, D., McInnes, K., . . . Wilson, T. (2002). Quality collaboratives: lessons from research. *Qual. Saf. Health Care*, *11*, 345-351.
- Øvretveit, J., & Gustafson, D. (2002). Evaluation of quality improvement programmes. *Quality and Safety in Health Care*, *11*(3), 270-275. doi: 10.1136/qhc.11.3.270

Vedlegg

1. Oversikt over forbedringstema fordelt på lokale prosjekter
2. Oversikt over spørsmål i spørreskjema telefonsurvey, prosentvis svarfordeling på svarkategorier og N
3. Oversikt over spørsmål i spørreskjema telefonsurvey, svarfordeling og N

Vedlegg 1

Enhet	Beskrivelse av forbedringstema
ABUP, Ungdomsklinikken, Arendal	Heve kompetanse og fokus innad på avdelingen og forbedre samarbeid eksternt med helsesøster, videregående skoler og ungdomsskoler samt ungdomsteam i samme kommune.
Bergfløtt behandlingssenter, døgnetenheten	Forbedre behandlingsrutiner og utvikle kvalitet i pårørendesamarbeidet.
BUP Haugesund, Haugaland DPS	Forbedre utredningsrutiner i forhold til rus og psykose.
BUP Stavanger	Kompetanseheving internt i BUP; øke kompetansen på tidlige tegn på psykose.
BUPA, Nordlandssykehuset	Kompetanseheving internt. Forbedring av samarbeid mellom enhetene i BUPA og mellom BUPA og andre enheter i Rus- og psykiatriklinikken.
DPS Drammen poliklinikk, Psykoseteamet	Forbedre samarbeid eksternt; med henviserne, med helsetjenesten i kommunene, og internt mellom poliklinikkene.
DPS Kristiansund	Kompetanseheving internt om psykose og rus, og kvalitetssikre psykosediagnoser i pasientjournaler.
DPS Lillehammer, BUP og VOP Otta	Forbedre samarbeid eksternt med primærhelsetjenesten og videregående skole. Forbedre behandlingsrutiner og utredning.
Enhet for nysyke (ENP), Nordlandssykehuset, Bodø	Kompetanseheving internt. Forbedre utredningsrutiner (nye verktøy).
Klinikk psykisk helse, SSHF Kristiansand	Kompetanseheving internt og forbedre samarbeid eksternt med helsesøstre.
Mosjøen DPS	Kompetanseheving internt, lage screeningverktøy, Samarbeidsforbedring internt og eksternt (fastlege), undervisning og informasjonsarbeid, konsekvensen skal være redusert VUP.
Poliklinikken, Gausel, Stavanger	Kompetanseheving internt med kvalitetsforbedring av psykoseutredning, forbedring av ansattes trivsel og fortrolighet med utredning og diagnostisering.
Søndre og Nordre Vestfold DPS, Utredningspost for unge med psykoselidelser.	Forbedring av kvalitet på samhandling eksternt med fastlege og pårørende.
Psykiatrisk divisjon A3, Stavanger	Forbedre utrednings- og behandlingsprosedyrer. Fokus på å øke pasienters opplevelse av deltakelse i egen behandling.
Psykoseseksjonen, sykehuset Namsos	Knytte voksen- og barnpsykiatrien sammen omkring utredning og behandling av psykose.
Ringerike DPS	Kompetanseheving internt gjennom å lage en behandlinglinje for pasientgruppen, og jobbe med informasjon /undervisning til samarbeidspartnere.
Salten DPS, Psykoseteamet	Kompetanseheving internt og eksternt (helsesøstre, fastleger). Forbedre samarbeid med andre lokale enheter.
Seksjon for tidlig intervensjon (STI), Sanderud og Reinsvoll.	Kompetanseheving eksternt; fastleger og samarbeidspartnere.
Senter for Barn og unges psykiske helse, TIPS Ung Oslo Syd .	Flere relevante henvendelser fra førstelinjen (fastleger og skolehelsetjenesten) om pasienter med psykoserisiko.
Tiller DPS, Ambulant akutteam	Heve kvalitet på henvisninger fra fastleger, spesifikt i forhold til opplysninger om mulig psykose og rus.
Tips Asker og Bærum	Forbedre utredningsprosedyrer (nytt screenings- og henvisningsskjema). Kompetanseheving eksternt (helsesøstre og andre i primærhelsetjenesten).
Tips Stavanger	Forbedre samarbeid eksternt med Stavanger kommune ved å være tilgjengelige på Helsestasjonen for ungdom. Informasjonsarbeid (brosjyrer og Tips-annonser).
Ungdomspsykiatrisk seksjon, UNN	Reduksjon av VUP. Forbedre utredningsrutiner. Forbedre samarbeid internt og eksternt (med voksenpsykiatrien).
Vindern DPS	Reduksjon av VUP. Forbedre samarbeid eksternt (primærhelsetjenesten). Sjekke faktisk behandling/ oppfølging opp mot målene for behandlinglinjen.

Respondentens svarfordeling på de graderte spørsmålene (prosent):	1 - I liten grad	2	3	4	5	6	7 - I stor grad	Antall svar
Ble innholdet i de ulike rollene tydelig definert ved oppstart?		13	21	4,2	8,3	21	33,3	24
Har ansvarsområdene tilknyttet de ulike rollene blitt opplevd som tydelige?	4,2	4,2	13	8,3	33	17	20,8	24
Har prosjektleder fått satt av tilstrekkelig tid?		13	17	8,3	42	13	8,3	24
Har prosjektmedarbeiderne fått satt av tilstrekkelig tid?		8,3	29	13	25	17	8,3	24
Har prosjektleder hatt tilstrekkelige personellressurser?		13	21	13	25	8,3	20,8	24
Har prosjektleder hatt tilstrekkelig kompetanse?			13	13	29	25	20,8	24
Har prosjektleder opplevd at prosjektgruppen har hatt tilstrekkelig kompetanse?		4,2		25	13	29	29,2	24
Opplever dere at prosjektets idégrunnlag har vært forankret hos fagledelsen?		8,3	8,3	17	4,2	21	41,7	24
Opplever dere at prosjektets idégrunnlag har vært forankret i toppledelsen?	8,3	8,3	13	13	13	17	29,2	24
Opplever dere at fagledelsen har vært involvert i prosjektet?	4,2	13	29	17	13	13	12,5	24
Opplever dere at toppledelsen har vært involvert prosjektet?	16,7	25	21	21	4,2	4,2	8,3	24
Har nærmeste leder vært involvert i beslutninger?	8,7	8,7	4,3	26	22	17	13	23
Opplevde dere at det var enighet om valg av tema for prosjektet hos ledelsen?				13		39	47,8	23
Opplevde dere at det var enighet om valg av tema for prosjektet i prosjektgruppen?				13		29	58,3	24
Opplevde dere at det var enighet om valg av tema for prosjektet blant øvrige ansatte?	4,5			32	18	27	18,2	22
Har det valgte forbedringsområdet har fanget opp de viktigste utfordringene?			8,3	17	29	25	20,8	24
Har målene som ble satt vært realistiske?	4,3		22	17	22	4,3	30,4	23
Opplevdes SPC-skåren å være i samsvar med deres opplevelse av kvalitetsforbedring?	19	14	4,8	9,5	9,5	24	19	21
Opplevde dere at SPC-skåren har bidratt til å belyse forbedringsområder?	14,3	14	4,8	14	9,5	19	23,8	21
Har dere i prosjektperioden hatt gode rutiner for å gjennomføre målingene?	14,3	9,5	19	4,8	33	4,8	14,3	21
Har måleansvarlig fått tilstrekkelig opplæring i bruken av SPC?	8,7	26	13	8,7	13	13	17,4	23
Har dere fortsatt å bruke SPC i hele prosjektperioden?	40	15		15		15	15	20
Har veileder kunne bidratt i forhold til konkrete utfordringer?	4,2	8,3	13	8,3	21	25	20,8	24
Har veileder vært en pådriver i forhold til arbeidsgruppen?		8,3	17	17	25	25	8,3	24
Har veileder vært tilgjengelig ved behov?				8,7	22	48	21,7	23
Har veileder hatt veiledningskompetanse?		4,2	4,2	17	8,3	46	20,8	24
Har veileder hatt kunnskap om enhetens organisatoriske rammer og kjennetegn?	16,7	17	13	25	8,3	17	4,2	24
Fortsatt behov for kontakt med veileder?	31,8	18	4,5	14	18	14		22
Har sammensetningen av undervisning og gjensidig læring blitt opplevd som god?		13	8,3	33	21	21	4,2	24
Bidro fellessamlingene til å heve kompetanse om omsetting av teori til praksis?	4,2	17	17	21	21	17	4,2	24
Bidro fellessamlingene til å heve kompetanse om organisasjonsendring?		25	13	17	25	17	4,2	24
Bidro fellessamlingene til å styrke prosjektgruppens samhandlingsevne?	12,5	4,2	8,3	13	29	25	8,3	24
Bidro fellessamlingene til å diskutere lokale utfordringer?	8,3	8,3	17	17	25	21	4,2	24
Bidro fellessamlingene til å lære av andre enheters erfaringer med sine prosjekter?		8,3	13	21	30	13	16,7	24
Bidro fellessamlingene til å få innspill til videre prosjektgjennomføring?	4,5	9,1	27	14	18	14	13,6	22
Har prosjektet ført til bedre oversikt over VUP?	26,3	16	26	21	5,3		5,3	19
Har prosjektet påvirket varighet av VUP?	30	15	20	10	10	5	10	20
Har dere oppnådd tallfestede mål?	27,3	9,1	14	4,5	14	14	18,2	22
Har dere gjennomført planlagte kvalitetsforbedringstiltak?	8,7		4,3	17	17	22	30,4	23
Har dere forbedret samhandling i enheten?	4,5	9,1	9,1	27	14	27	9,1	22
Har dere forbedret samhandling mellom tjenestenivåer?	13,6	18	9,1	18	18	14	9,1	22
Har dere oppnådd økt fokus på tverrfaglighet og brukermedvirkning?	9,1	18	18	14	27	9,1	4,5	22
Har det vært fokus på opprettholdelse av endret praksis på fellessamlingene?	8,7	4,3	17	13	26	26	4,3	23
Har det blitt gitt veiledning om opprettholdelse av endret praksis?	9,1	18	18	27	14	14		22
Har det blitt definert videre mål for arbeidet i enheten for opprettholdelse av endret praksis?	4,3	8,7	22	4,3	26	17	17,4	23
Har dere laget en handlingsplan med kvalitetsforbedringstiltak for opprettholdelse av endret praksis?	17,4	22	8,7	26	4,3	4,3	17,4	23
Har dere arrangert seminarer/møter i enheten om opprettholdelse av endret praksis?	23,8	4,8	14	19	4,8	19	14,3	21
Har ledelsen gitt støtte til videreføring av endret praksis?	9,1	4,5	14	9,1	27	14	22,7	22
Har ledelsen gitt ressurser til videreføring av endret praksis?	13,6	9,1	14	14	23	4,5	22,7	22
Har ledelsen hatt åpenhet for endret praksis?	4,5		9,1	18	23	18	27,3	22
Har ledelsen vært oppfordrende/motiverende til endret praksis?	4,8	4,8	24	29	14	14	9,5	21
Har erfaringsspredning vært et tema på fellessamlingene?			18	32	23	14	13,6	22
Har erfaringsspredningstiltak har vært nyttig for egen læring og opprettholdelse av endret praksis?		4,8	14	19	14	28	9,5	21

Vedlegg 3

Tabell 18. Oversikt over de 51 spørsmålene med gjennomsnittskår, standard avvik og n, alle prosjekter

Tema	#	Spørsmål	Gj. snitt	SD	n
Ansvar og roller	1	Ble innholdet i de ulike rollene tydelig definert ved oppstart?	5,0	1,9	24
	2	Har ansvarsområdene tilknyttet de ulike rollene blitt opplevd som tydelige?	5,0	1,7	24
Ressurser: tid og kompetanse	3	Har prosjektleder fått satt av tilstrekkelig tid?	4,5	1,5	24
	4	Har prosjektmedarbeiderne fått satt av tilstrekkelig tid?	4,4	1,5	24
	5	Har prosjektleder hatt tilstrekkelige personellressurser?	4,6	1,7	24
	6	Har prosjektleder hatt tilstrekkelig kompetanse?	5,3	1,3	24
	7	Har prosjektleder opplevd at prosjektgruppen har hatt tilstrekkelig kompetanse?	5,5	1,4	24
Forankring og involvering	8	Opplever dere at prosjektets idégrunnlag har vært forankret hos fagledelsen?	5,5	1,7	24
	9	Opplever dere at prosjektets idégrunnlag har vært forankret i toppledelsen?	4,8	2,0	24
	10	Opplever dere at fagledelsen har vært involvert i prosjektet?	4,1	1,7	24
	11	Opplever dere at toppledelsen har vært involvert prosjektet?	3,2	1,8	24
	12	Har nærmeste leder vært involvert i beslutninger?	4,5	1,8	23
Forbedringstema og målssetting	13	Opplevde dere at det var enighet om valg av tema for prosjektet hos ledelsen?	6,2	1,0	23
	14	Opplevde dere at det var enighet om valg av tema for prosjektet i prosjektgruppen?	6,3	1,0	24
	15	Opplevde dere at det var enighet om valg av tema for prosjektet blant øvrige ansatte?	5,1	1,5	22
	16	Har det valgte forbedringsområdet har fanget opp de viktigste utfordringene?	5,3	1,2	24
	17	Har målene som ble satt vært realistiske?	4,9	1,8	23
SPC-målinger	18	Opplevdes SPC-skåren å være i samsvar med deres opplevelse av kvalitetsforbedring?	4,2	2,3	21
	19	Opplevde dere at SPC-skåren har bidratt til å belyse forbedringsområder?	4,4	2,2	21
	20	Har dere i prosjektperioden hatt gode rutiner for å gjennomføre målingene?	4,0	2,0	21
	21	Har måleansvarlig fått tilstrekkelig opplæring i bruken av SPC?	4,0	2,1	23
	22	Har dere fortsatt å bruke SPC i hele prosjektperioden?	3,3	2,4	20
Veiledning	23	Har veileder kunne bidratt i forhold til konkrete utfordringer?	4,9	1,8	24
	24	Har veileder vært en pådriver i forhold til arbeidsgruppen?	4,7	1,5	24
	25	Har veileder vært tilgjengelig ved behov?:	5,8	,9	23
	26	Har veileder hatt veiledningskompetanse?	5,5	1,4	24
	27	Har veileder hatt kunnskap om enhetens organisatoriske rammer og kjennetegn?	3,6	1,8	24
	28	Fortsatt behov for kontakt med veileder?	3,1	1,9	22

Tabell fortsetter neste side

Tema	#	Spørsmål	Gj. snitt	SD	n
Fellessamlingene	29	Har sammensetningen av undervisning og gjensidig læring blitt opplevd som god?	4,4	1,4	24
	30	Bidro fellessamlingene til å heve kompetanse om omsetting av teori til praksis?	4,0	1,6	24
	31	Bidro fellessamlingene til å heve kompetanse om organisasjonsendring?	4,1	1,6	24
	32	Bidro fellessamlingene til å styrke prosjektgruppens samhandlingsevne?	4,5	1,8	24
	33	Bidro fellessamlingene til å diskutere lokale utfordringer?	4,2	1,7	24
	34	Bidro fellessamlingene til å lære av andre enheters erfaringer med sine prosjekter?	4,8	1,5	24
	35	Bidro fellessamlingene til å få innspill til videre prosjektgjennomføring?	4,3	1,8	22
Endret praksis	36	Har dere oppnådd tallfestede mål?	3,8	2,3	22
	37	Har dere gjennomført planlagte kvalitetsforbedringstiltak?	5,2	1,8	23
	38	Har dere forbedret samhandling i enheten?	4,5	1,7	22
	39	Har dere forbedret samhandling mellom tjenestenivåer?	3,9	1,9	22
Opprettholdelse av endret praksis	40	Har dere oppnådd økt fokus på tverrfaglighet og brukermedvirkning?	3,8	1,7	22
	41	Har det vært fokus på opprettholdelse av endret praksis på fellessamlingene?	4,4	1,7	23
	42	Har det blitt gitt veiledning om opprettholdelse av endret praksis?	3,6	1,5	22
	43	Har det blitt definert videre mål for arbeidet i enheten for opprettholdelse av endret praksis?	4,6	1,8	23
Lederstøtte og åpenhet for endret praksis	44	Har dere laget en handlingsplan med kvalitetsforbedringstiltak for opprettholdelse av endret praksis?	3,6	2,1	23
	45	Har dere arrangert seminarer/møter i enheten om opprettholdelse av endret praksis?	3,9	2,2	21
	46	Har ledelsen gitt støtte til videreføring av endret praksis?	4,7	1,9	22
	47	Har ledelsen gitt ressurser til videreføring av endret praksis?	4,3	2,1	22
Erfaringsspredning	48	Har ledelsen hatt åpenhet for endret praksis?	5,2	1,6	22
	49	Har ledelsen vært oppfordrende/motiverende til endret praksis?	4,2	1,6	21
Erfaringsspredning	50	Har erfaringsspredning vært et tema på fellessamlingene?	4,7	1,3	22
	51	Har erfaringsspredningstiltak har vært nyttig for egen læring og opprettholdelse av endret praksis?	5,0	1,4	21