

DREAM hjemmerehabilitering – verdistrømkartlegging og tjenesteutvikling i Drammen HSO

Eivind Arne Fauskanger og Tom Eide



Eivind Arne Fauskanger og Tom Eide

**DREAM hjemmerehabilitering – verdistrømkartlegging
og tjenesteutvikling i Drammen HSO**

© 2018 Eivind Arne Fauskanger og Tom Eide

Høgskolen i Sørøst-Norge
Vitensenteret Helse og teknologi
Drammen, 2018

Skriftserien fra Høgskolen i Sørøst-Norge nr. 29/2018

ISSN: 2464-3505 (Online)

ISBN: 978-82-7860-321-5 (Online)



Utgivelser i publiseres som Creative Commons* og kan kopieres fritt og videreformidles til andre interesserte uten avgift. Navn på utgiver og forfatter(e) angis korrekt. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.no>

Forord

Denne rapporten om DREAM hjemmerehabilitering er et delresultat av et langsiktig samarbeid mellom Vitensenteret Helse og Teknologi, HSN, og utviklingsenheten Skap Gode Dager, Helse, sosial og omsorg i Drammen kommune. Formålet har vært å utvikle og implementere LEAN- og etikkbasert metodikk for systematisk kvalitetsarbeid på tvers av enheter og avdelinger, metodikk som også kan benyttes på andre områder.

Arbeidet startet i 2012 som et SELISE-prosjekt i regi av Vitensenteret, finansiert av Norgesuniversitetet (SELISE = Systems Engineering, LEAN, Innovasjon og Sosialt Entreprenørskap). SELISE-konseptet var utviklet av senterleder Janne Dugstad i samarbeid med en prosjektgruppe ved Vitensenteret bestående av Hilde Eide, Monika Gullslett, Arnt Farbu og Eivind Arne Fauskanger, på oppdrag fra dekan Heidi Kapstad og med Drammen kommune som partner.

Omtrent samtidig ble ideen om DREAM utviklet av HSO-direktør Eva Milde i Drammen kommune, som ønsket å satse på LEAN. DREAM ble definert som DRammen kommunes satsing på Etikk, Arbeidsflyt og Medarbeiderskap, med en målsetning om skape et felles fokus på brukerverdi og bedre flyt i tjenestene med minst mulig spill av ressurser. DREAM-arbeidet i Skap Gode Dager ble ledet av utviklingsleder Lisbeth Bakken og analyserådgiver Einar Stephan.

Høsten 2013 startet et intensivt samarbeid hvor SELISE-konseptet ble konkretisert som DREAM metodikk med et tilhørende utdannings- og implementeringsprogram i LEAN og etikk. Vitensenterets del av arbeidet ble ledet av Tom Eide og Eivind Arne Fauskanger. Samarbeidet resulterte i mastermodulen DREAM – Etikk, arbeidsflyt og medarbeiderskap og gjennomføringen av en større DREAM-prosess våren 2014 med ledere og medarbeidere fra 16 enheter, 38 deltagere totalt. Samme høst ble det utviklet et introduksjonskurs i DREAM, og et utdanningsopplegg ble gjennomført med ca 90 deltagere. En tredje iterasjon ble gjennomført høsten 2015, også denne gang med deltagere fra alle enheter, med totalt 45 deltagere. I første og tredje runde gjennomført deltagerne også et forbedringsprosjekt i egen avdeling som en del av opplegget.

I tillegg til metodikk, prosesser og utdanningsopplegg er også *Refleksjonshåndboka for etisk lederskap i helse- og omsorgstjenestene* (KS, 2015) et resultat av det felles DREAM-arbeidet. Oppdraget fra KS til Drammen kommune var å utvikle et "verktøy" til etisk refleksjon for ledere. Heftet ble skrevet av Tom Eide, Bjørg Landmark og Thor Martinsen på bakgrunn av erfaringene med DREAM-arbeidet og lang tids arbeid med etikkfasilitatorer i Drammen kommune ledet av Bjørg Landmark.

DREAM hjemmerehabilitering er 4. runde med systematisk DREAM-arbeid på tvers av enheter i Drammen kommune, riktignok kun knyttet til hjemmerehabilitering. Vi vil takke utviklingsleder Lisbeth Bakken for oppdraget og for inspirerende samarbeid og god lesning av manus. Takk også til Einar Stephan og Bjørg Landmark for ideer og positiv energi. En stor takk til Kari Jokstad, som deltok aktivt i DREAM-prosessen og har lest og kommentert manus i flere omganger. Ikke minst vil vi takke alle deltagerne, som viste stor tillit ved å dele sine erfaringer og vurderinger. Til slutt vil vi takke kolleger i Vitensenteret Helse og Teknologi og deltagere i Vitensenterforum – Janne Dugstad, Monika Gullslett, Hilde Eide, Kristin Skeide Fuglerud og Ösp Egilsdottir – for gode diskusjoner og kommentarer til manus.

Drammen, 1. mars 2018
Eivind Arne Fauskanger og Tom Eide

Sammendrag og anbefalinger

Problemstilling

Oppgaven var å designe og fasilitere en DREAM-prosess for hjemmerehabiliteringsarbeidet i Drammen kommune i tillegg til å designe og gjennomføre en evaluering av prosess og metoder som ble brukt i forbedringsarbeidet. På bakgrunn av dette mandatet ble det utarbeidet en problemstilling i tre deler om hvordan samhandlingen i hjemmerehabiliteringen foregår i dag, hvordan designet for samhandling i hjemmerehabiliteringen bør være i fremtiden og hva som er deltagerne erfaringer med det nye tjenstedesignet, DREAM-metodikken og om denne metodikken kan være nyttig i kvalitetsarbeid også på andre områder.

Metodikk

For å få svar på spørsmålene ble det valgt et deltagende og utforskende prosessdesign der DREAM-metodikk (LEAN og etikk) sto sentralt. Representanter for hovedaktørene – Tjenestetildeling og samordning, hjemmetjenesten og hjemmerehabiliteringsteamet – gjennomførte en verdistrømskartlegging og utviklet sammen et revidert tjenstedesign med tilhørende rutiner. Designet hadde elementer av aksjonsforskning, der den ene forskeren ledet prosessene mens den andre var deltagende observatør. Det ble benyttet ulike metoder for datainnsamling som innsamling av prosessdata produsert av deltakerne selv, gruppeintervju, spørreskjemaer og deltagende observasjon.

Resultater

Svakheter i tjenstedesignet med negative konsekvenser for brukere og ansatte ble identifisert. Gjennom dialog og analyse av rotårsaker utformet medarbeiderne et nytt verdistrømskart med tilhørende rutiner og prosedyrer. Dette reviderte tjenstedesignet ble integrert i kommunens kvalitetssystem.

Ved å arbeide etter det nye tjenstedesignet erfarte deltakerne at det skapte økt helhetsforståelse av tjenesten, bedre oversikt over ansvarsoppgaver på tvers av profesjoner og roller, og bedre kommunikasjon, samhandling og flyt i det tverrfaglige samarbeidet. Medarbeiderne opplevde dette som motiverende, og de antok også at arbeidet kan bidra til økt trygghet, kanskje også økt motivasjon og mestring for brukerne. Samtidig ble det også meldt at det fortsatt kunne være flytutfordringer, bl.a. knyttet til manglende opplæring og tilpassing av pasientjournalystemet.

DREAM-metodikken ble oppfattet som konkret, systematisk, nyttig og motiverende. I tillegg mente deltagerne at den bidro til å tenke nytt og kreativt og til å flytte fokus fra frustrasjon over det som ikke fungerer til å øke verdi for brukeren. Deltagerne opplevde også at metodikken bidro til å få frem et klarere bilde av samarbeidspartnere i prosessen og hva som var hver deltakers oppgaver og roller i prosessen. Sammenfattende ble metodikken vurdert som nyttig for å øke arbeidsflyt og brukerorientering, men også krevende. Deltakerne mente at metodikken kunne være nyttig i kvalitetsarbeid også på andre områder.

Anbefalinger (utdypet s. 38):

- Å videreføre det systematiske kvalitetsarbeidet, dvs følge opp (F) utprøvingen av det reviderte tjenestedesignet med en ny evaluering og revisjon etter en viss periode
- Å gjennomføre en ny brukerundersøkelse for å finne ut om det brukerne opplever som viktig blir godt ivaretatt og å legge dette til grunn for det videre kvalitetsarbeidet
- Å tilpasse pasientjournalssystemet slik at dette kan tjene som kommunikasjonssystem på tvers av de ulike aktørenes profesjoner, roller og funksjoner,
- Å gi systematisk opplæring i bruk av pasientjournalssystemet og rutiner for samhandling på tvers av profesjoner, funksjoner og roller, inkludert ufaglærte og vikarer,
- Å benytte DREAM-metodikk i det videre kvalitetsarbeidet, evt også på andre områder, for å ivareta fokus på brukerverdi og arbeidsflyt og å sikre medvirkning fra alle involverte aktører i prosessen
- Å skolere ledere og ressurspersoner i DREAM ledelse, dvs i å lede systematisk kvalitetsarbeid i henhold til DREAM tenkesett og metodikk (LEAN og etikk)
- Å vurdere ressurseffektivitet i tjenesten med tanke på å finne en best mulig balanse mellom flyteffektivitet og ressurseffektivitet.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	8
1.1	Bakgrunn og formål	8
1.1.1	DREAM = LEAN og etikk.....	8
1.2	Oversettelse fra LEAN til DREAM.....	8
1.2.1	LEAN og DREAM som tenkesett.....	9
1.2.2	DREAM som tjenstedesign.....	9
1.2.3	LEAN og etikk	9
1.2.4	Flyt.....	10
1.2.5	Flyteeffektivitet versus Ressurseffektivitet	10
1.2.6	Fra LEAN- til DREAM-metodikk.....	11
1.3	Prosjektet DREAM hjemmerehabilitering	12
1.4	Formål og mandat	13
2	Problemstilling, design og metode	14
2.1	Problemstillinger.....	14
2.2	Prosess- og forskningsdesign	14
2.2.1	Deltagende, utforskende og longitudinelt design	14
2.2.2	Utvalg	15
2.2.3	Gjennomføring av kvalitetssarbeidet	16
2.2.4	Forskningsmetode	17
2.2.5	DREAM-metoder som kvalitetsmetodikk	17
3	Resultater	23
3.1	Planlegging: Fra flytutfordringer til nytt verdistrømskart	23
3.1.1	Brukerverdi	23
3.1.2	Prosessens deler	23
3.1.3	Flytutfordringer	26
3.1.4	Rotårsaker.....	27
3.1.5	Nytt verdistrømskart – revidert tjenstedesign.....	29
3.2	Utføre – utprøving av nytt samhandlingsmønster.....	30
3.3	Følge opp – Evaluering	30
3.3.1	Erfaringer i utprøvsperioden.....	31
3.4	Forbedre – Justert design med justerte rutiner og prosedyrer	33
3.4.1	Foreløpig sluttresultat	33
3.4.2	Nye rutiner for samhandling – EQS 2017	33
3.4.3	Justert tjenstedesign – EQS 2017	34
4	Evaluering av kvalitetsmetodikken	35
4.1	DREAM-metodikk som kvalitetsarbeid	35
4.2	Overordnet: konkret, nyttig og motiverende.....	35
4.3	Delaspekter: systematisk, kreativ og klargjørende	35
5	Oppsummering og anbefalinger	37
5.1	Kvalitetsarbeidet – prosessen.....	37
5.2	Resultater – revidert tjenstedesign	37
5.3	Evaluering av DREAM metodikk.....	38
5.4	Anbefalinger.....	38
6	Litteratur	40
	<i>Vedlegg</i>	43

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og formål

1.1.1 DREAM = LEAN og etikk

I bystrategien Drammen 2036 er helse et satsingsområde Drammen kommune (2013a). Innen helse, sosial og omsorg (HSO) startet i 2013 en satsing på LEAN-metodikk, med implementering fra 2014, i samarbeid med Vitensenteret Helse og Teknologi, HSN (tidl. HBV). Det ble valgt å kalle satsingen i HSO for "DREAM, hvor 'DREAM' er et akronym for Drammen kommunes arbeid med Etikk, Arbeidsflyt og Medarbeiderskap. I kommunens egne strategidokumenter beskrives DREAM som et system for kontinuerlig forbedringsarbeid i HSO (Drammen kommune, 2013b). Formålet med DREAM er å styrke brukerfokus i og på tvers av enhetene, bedre arbeidsflyten i tjenestene og å redusere tid og ressurser som går med til andre ting: "LEAN og etikk har felles fokus på å skape størst mulig verdi for pasienter og brukere der målet er å utvikle seg fra en nå-situasjon, hvor samspillet ikke er optimalt med tanke på å skape verdi for brukeren, til en fremtid hvor aktiviteter som ikke skaper verdi for brukeren er fjernet, og alle spiller sammen og mot samme mål, nemlig å skape verdi for brukeren." (Drammen kommune, 2017).

1.2 Oversettelse fra LEAN til DREAM

Mange har påpekt at LEAN ikke uten videre lar seg overføre direkte til helsesektoren, at konsulenter som påtar seg slike oppdrag som regel selv har en industriell bakgrunn, og – direkte eller indirekte - at LEAN i helse som oftest er synonymt med LEAN i sykehus, som har et mer industrielt preg enn primærhelsetjenesten (Posinska 2010; Mazzocato et al 2010; Radnor et al 2012). En studie av LEAN i et norsk sykehus påpeker at det mangler dokumentasjon for effekten av LEAN i sektoren, og at det er uklart hva som eventuelt virker og hvordan (Andersen og Røvik 2015). Studien viser at LEAN-tenkning anvendt i praksis gjennomgår en oversettelse (translation), blir påvirket og omformet av lokale aktører på ulike nivåer, og at dette resulterer i ulike bilder av LEAN og hvorvidt LEAN gir resultater.

1.2.1 LEAN og DREAM som tenkesett

Med utgangspunkt i tradisjonell LEAN organisasjonsfilosofi (Liker 2004; Womack & Jones 2003) ble det innenfor DREAM-satsingen utviklet en etikk-basert DREAM-tenkning og DREAM metodikk. Med DREAM-tenkning mener vi her en etikk-basert overføring eller "oversettelse" fra en kunde- og lønnsomhetsorientert industriell kontekst til en person- og omsorgsorientert primærhelsetjeneste-kontekst (Eide et al 2015; Eide & Cardiff 2017). Oversettelsesarbeidet var i tillegg basert på organisasjonsetisk metodikk for helse- og omsorgstjenestene (Eide & Adland 2012) og teori om endringsledelse, innovasjon og organisasjonslæring (Senge 1990/2006; Senge et al 1999; Scharmer 2007/16).

1.2.2 DREAM som tjenstedesign

De sentrale elementene i denne "oversettelsen" var 1) å ta utgangspunkt i hva pasienter og brukere opplever som viktig for dem, 2) å utforske hvor skoen trykker når det gjelder arbeidsflyt i og på tvers av tjenestene, og 3) å utvikle tjenstedesignet i tråd med helse- og omsorgstjenestenes verdier og samfunnsoppdrag, nemlig å gi nødvendig og kvalitativt god helsehjelp som også oppleves som god og trygg for den enkelte bruker og pasient. Begrepet "tjenstedesign" er blitt et begrep som brukes om litt ulike fenomener, fra metodikk i innovasjons- og kvalitetsprosesser til resultatet av slike prosesser i form av strukturering og organisering av tjenester (Holmlid 2007, Løvlie 2013, Teso et al 2013). Her bruker vi begrepet som en samlebetegnelse for samspillet i tjenesten mellom tenkesett (verdier i praksis), arbeidsprosesser (kommunikasjon og samhandling) og metodikk i kvalitetsarbeid (inkl. brukerorientering, medarbeiderinvolvering, visualisering, etc). Formålet med tjenstedesign, slik vi anvender begrepet her, er å gi brukeren nødvendig helsehjelp på brukerens egne premisser og med minst mulig risiko og spill av organisatoriske ressurser. DREAM-tenkning og –metodikk er slik sett en form for tjenstedesign i praksis.

1.2.3 LEAN og etikk

At "oversettelsen" er etikk-basert betyr at helsetjenestenes og helseprofesjonenes verdier legges til grunn: som god faglig kvalitet, personorientering, pasientsikkerhet, tillit, trygghet og verdighet. Også god forvaltning av ressurser inngår i dette verdigrunnlaget, i den forstand at et formål med DREAM – som med LEAN – er å forenkle og forbedre arbeidsprosessene, inkludert å kvitte seg med alt som hindrer god flyt og representerer tap av tid og ressurser.

1.2.4 Flyt

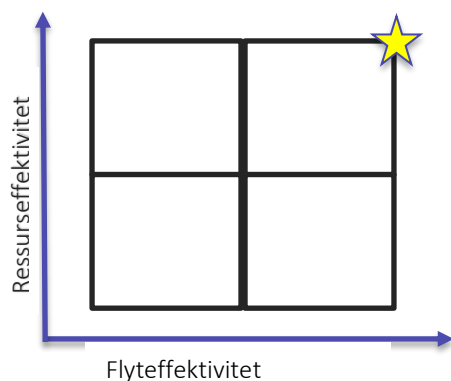
Når verdier som personorientering og trygghet legges til grunn får dette også følger for forståelsen av flyt-begrepet. I tradisjonell LEAN-tenkning innebærer god flyt at produksjonen skjer mest mulig effektivt. Det vil si at det som skal produseres flyter raskest mulig gjennom produksjonssystemet til prosessen er avsluttet og varen kan leveres kunden. Når LEAN anvendes i sykehus overføres gjerne denne tanken direkte (NHS 2007; Modig & Åhlström 2012). Målet er at pasienten flyter raskt og med minst mulig ventetid gjennom systemet til vedkommende er ferdig behandlet og kan skrives ut. Modig og Åhlström (2012) kaller dette for flyteffektivitet.

1.2.5 Flyteffektivitet versus ressurseffektivitet

I primærhelsetjenesten er det imidlertid normalt ikke pasienten, men *tjenestene* som skal flyte. Pasienter og brukere skal som regel ikke inn til helsetjenesten for en spesifikk undersøkelse eller avgrenset behandling for så å komme raskest mulig ut igjen. Pasienter og brukere har ofte sammensatte behov for helsehjelp, og får gjerne behandling over lengre tid, det være seg i eget hjem eller i en helseinstitusjon. Dette betyr at for at pasienten skal få god behandling og føle seg trygg, må tjenesten både være god og gis på rett sted til rett tid, som det heter i Samhandlingsreformen (St.meld. 47, 2008-2009). For å lykkes med LEAN i primærhelsetjenestene er det altså avgjørende å legge *brukerperspektivet* til grunn, og redefinere flyt-begrepet til "arbeidsflyt", det vil si flyt i arbeidet med å gi nødvendig og god helsehjelp på brukernes premisser, dvs ut fra hva som er viktig for den enkelte bruker.

Samtidig er det et ønske at ressursene skal brukes best mulig. Tradisjonelt har man i helse-sektoren fokusert på ressursutnyttelse. Pasienter settes på ventelister og blir ofte stående lenge i behandlingsskø for at helsevesenets ressurser skal utnyttes mest mulig effektivt. Ressurseffektivitet fokuserer hvordan en kan utnytte behandlerens tid best mulig fremfor pasientens tid. Det kan føre til at en pasient må vente i lang tid på behandling. Dette tankesettet står i kontrast til flytorientering. Utfordringen er at det kan være en motsetning mellom best mulig flyt og best mulig utnyttelse av ressursene.

Modig og Åhlström (2012) har videre utviklet det de kaller for effektivitetsmatrisen, der flyteffektivitet og ressurseffektivitet sees i sammenheng.



Figur 1 Effektivitetsmatrisen (Modig og Åhleström 2012, s. 101)

Matrisen viser at avhengig av fokus i virksomheten kan man ha høy ressurseffektivitet og lav flyteffektivitet, og omvendt. Det ideelle er å ta hensyn til begge deler, og finne det punktet hvor både flyteffektivitet og ressurseffektivitet er så høy som mulig (merket med stjerne i figur 1, over). En tilstand med høy ressurseffektivitet men lav flyteffektivitet vil være der alle medarbeidere er i aktivitet hele tiden, mens brukeren allikevel må vente lenge på tjenestene. En tilstand med høy flyteffektivitet men lav ressurseffektivitet vil være der brukerne mottar gode tjenester uten å måtte vente unødige, mens det går unødige store organisatoriske ressurser med for å få dette til. Det ideelle er altså en best mulig kombinasjon av flyteffektivitet og ressurseffektivitet, hvor brukere opplever at det er flyt i tjenestene, medarbeiderne opplever at det er flyt i arbeidet, og hvor det ikke brukes ressurser på aktiviteter som ikke – direkte eller indirekte – bidrar til å skape verdi for brukerne.

1.2.6 Fra LEAN- til DREAM-metodikk

Med DREAM-metodikk mener vi en etikk-basert overføring eller "oversettelse" av tradisjonell metodikk kjent fra LEAN og andre former for systematisk kvalitetsarbeid til en helse- og omsorgsfaglig kontekst. I prosjektet 'DREAM hjemmerehabilitering' ble tre slike metoder benyttet systematisk: Verdistrømskartlegging ('value stream mapping' - VSM), 7 flytutfordringer ('seven wastes') og rotårsaksanalyse ('root cause analysis'). Å legge verdier og prinsipper fra helsepolitikk, -lovgivning og -profesjoner til grunn får også betydning for valg av begreper og innhold i metodikken.

Det sentrale LEAN-begrepet *kunde verdi* ('customer value') oversettes naturlig til *brukerverdi* eller *pasientverdi*. Samtidig får verdibegrepet i et DREAM-perspektiv et noe annet innhold. Ved at begrepet blir mindre økonomisk og mer helsefaglig orientert og nærmere knyttet til hva brukeren

opplever som viktig, representer begrepet det som i helsefaglig litteratur er kalt pasientens helseprosjekt (Eide & Eide 2017, s. 29). Gjennom DREAM-arbeidet ble også metoden som i LEAN kalles *7 typer sløsing* ('seven wastes') gitt dels nytt innhold, fordi erfaringen var at spill av tid og ressurser i primærhelsetjenesten til dels var av andre slag enn i industri og sykehus. Det samme gjaldt også for metodikken for rotårsaksanalyse (5M og Ishikawa- eller fiskebensdiagrammet). Det viste seg at ikke alle de fem områdene for årsakene til spill av ressurser ('wastes') som inngår i metoden 5M var like relevante i primærhelsetjenesten. Det gjaldt f.eks. områder som "materialer" og "maskiner". Andre områder, som "brukerorientering" og "kommunikasjon", viste seg derimot å være svært relevante. Dermed oppstod erkjennelsen at innhold og begreper i metodikken måtte oversettes og tilpasses konteksten hvis den grunnleggende tanken i metodikken – å identifisere årsaken til svikt på de fem mest sentrale områdene på feltet – skulle fungere produktivt.

Språket i litteraturen om systematisk kvalitetsarbeid er i det hele tatt preget av metaforer fra industrien. Det vi her kaller *metoder* og *metodikk* betegnes gjerne i litteraturen som *verktøy* ('tools') og *verktøykasse* (toolbox). Slike metaforer hentet fra en industri- eller verkstedskontekst er etter hvert blitt en del av sjargongen også i helsefaglig kvalitetsarbeid (jf. Torgersen 2011). Metaforer formidler tenkesett. Når vi her – og i DREAM-arbeidet forøvrig – i stedet systematisk velger å bruke begrepene *metode* og *metodikk*, er det fordi vi i helse- og omsorgstjenestene arbeider med mennesker, ikke maskiner og produkter, og fordi valg og bruk av metaforer ikke er uten betydning, men på subtile måter kan påvirke måten vi tenker på, og dermed indirekte også holdninger og verdier (Rommetveit 1972/2000; Landau, Robinson & Meier, 2014).

1.3 Prosjektet DREAM hjemmerehabilitering

Denne rapporten beskriver prosessen og resultatene fra prosjektet DREAM hjemmerehabilitering, som ble gjennomført i 2016-17 i regi av Skap Gode Dager for å forbedre arbeidsflyten i tjenesten "hjemmerehabilitering". Bakgrunnen for prosjektet var at pasienter kommer inn i tjenesten fra ulike steder, også eksternt, som fra sykehus, legevakt og fastlege, og at hjemmerehabiliteringstjenesten selv også involverer flere aktører, virksomheter og avdelinger. Dette krever god kommunikasjon og samhandling for at resultatet for den enkelte bruker skal bli best mulig. Hovedaktørene i hjemmerehabiliteringstjenesten slik den er strukturert er: Tjenestetildeling og samordning (bestillerfunksjon), Hjemmetjenesten og Rehabiliteringsteamet. Et mål for tjenesten som helhet er at arbeidsflyten skal være optimal og brukerne oppleve et "sømløst" tjenestetilbud. Ved Skap gode

dager var det gjennomført en undersøkelse av eldre brukeres erfaringer med hverdagsrehabilitering (Jokstad mfl, 2016). Studien viste at brukerne stort sett var godt fornøyd med tjenestene. I arbeidet med studien var det også kommet frem at det på tjenestesiden kunne være uklarheter og utfordringer når det gjaldt ansvarfordeling, kommunikasjon og samhandling mellom de ulike aktørene.

På denne bakgrunnen tok FoU-enheten Skap Gode Dager ved leder Lisbeth Bakken initiativ til et prosjekt for å kartlegge verdistrøm og samhandling i tjenesten, med tanke på bedre å imøtekomme brukernes behov, samt se nærmere på rehabiliteringsteamets rolle i prosessen. I tillegg ønsket ledelsen å se om metodikken som ble utviklet og brukt i DREAM-prosjektet var egnet som metode for kontinuerlig forbedring og samhandling i tverrfaglige prosjekter på tvers av avdelinger. Høgskolelektor Eivind Fauskanger og professor Tom Eide fra Vitensenteret Helse og Teknologi, HSN, ble engasjert for å lede prosjektet, i samarbeid med Einar Stephan fra HSO-direktørens stab.

1.4 Formål og mandat

Slik vi fortolket det overordnede formålet med prosjektet DREAM hjemmerehabilitering var dette todelt: dels å forbedre arbeidsflyten i hjemmerehabiliteringsarbeidet med tanke på å øke brukerverdi i tjenesten og dels å evaluere hvorvidt DREAM-metodikken var hensiktsmessig for denne type tjenesteutvikling og forbedringsarbeid mer generelt. I tråd med dette har vi forstått vårt mandat som

- 1) å designe og fasilitere en DREAM-prosess hvor representanter for aktørene som var involvert i hjemmerehabilitering kunne utvikle et tjenestedesign som best mulig la til rette for god arbeidsflyt og høy brukerverdi, og
- 2) å designe og gjennomføre en evalueringsprosess hvor deltagerne kunne vurdere styrker og svakheter ved a) det nye tjenestedesignet med tanke på kontinuerlig forbedring og b) metodikken med tanke på bruk i andre sammenhenger.

Prosjektet ble gjennomført fra januar 2016 til april 2017.

2 Problemstilling, design og metode

2.1 Problemstillinger

På bakgrunn av formålet og mandatet har den overordnede problemstillingen i prosjektet vært å finne svar på tre spørsmål sammen med de aktørene som er involvert i arbeidet med hjemmerehabilitering:

- 1) Hvordan foregår samhandlingen om hjemmerehabiliteringen i dag, og hva hemmer og fremmer god samhandling og flyt i arbeidet med å skape optimal brukerverdi?
- 2) Hvordan bør tjenstedesignet for samhandling i hjemmerehabiliteringen være for å skape best mulig arbeidsflyt og størst mulig verdi for den enkelte bruker?
- 3) Hva er deltageres erfaringer med a) det nye tjenstedesignet, b) DREAM-metodikken som benyttes i dette prosjektet, og c) hvorvidt kan denne metodikken kan være nyttig i kvalitetsarbeid også på andre områder?

Formålet og mandatet ga ikke grunnlag for f.eks. å gjøre en ny undersøkelse av brukerbehov eller å undersøke hvorvidt tjenestene burde organiseres på en annen måte. Problemstillingene gjelder altså innenfor eksisterende organisering, med Tjenestetildeling og samordning, hjemmetjeneste og rehabiliteringssteam.

2.2 Prosess- og forskningsdesign

2.2.1 Deltagende, utforskende og longitudinelt design

For å få svar på disse spørsmålene valgte vi et deltogene og utforskende prosessdesign hvor det vi kaller DREAM-metodikk stod sentralt. Sammenfattende kan DREAM-metodikken, dvs prosess-metodikken som ble benyttet i prosjektet, sies å bestå av 10 hovedelementer:

1. Bringe alle parter i kommunens hjemmerehabiliteringsarbeid sammen
2. Benytte ekstern prosessleder ("orkestrator") til å designe og strukturere arbeidsprosessen
3. Gjennomføre et forskningsprosjekt for å avdekke hva som er viktig for brukerne
4. Visualisere og beskrive hjemmerehabiliteringsprosessen sammen
5. Gjøre arbeidsoppgaver mellom hver workshop
6. Gjennomføre verdistrømanalyse sammen
7. Identifisere flytutfordringer og spill av tid og ressurser sammen
8. Gjennomførte rotårsaksanalyse sammen
9. Tegne nytt verdistrømkart med avklaring av roller og rutiner sammen
10. Gjennomføre og evaluere (individuellt og sammen) med tanke på kontinuerlig forbedring

Representanter for de ulike aktørene som hadde arbeidsoppgaver knyttet til hjemmerehabilitering ble invitert til å komme i sammen for å beskrive de arbeidsoppgavene de selv gjennomførte og å se disse i sammenheng med arbeidsoppgavene til de andre aktørene. Designet gikk videre ut på at aktørene sammen skulle gjennomføre en systematisk verdistrømkartlegging, inkludert analyse av flytutfordringer og rotårsaker, for så å tegne et nytt verdistrømkart sammen. Slik sett fungerte også deltagerne som medforskere. Designet hadde også klare elementer av aksjonsforskning, ved at den ene forskeren (førsteforfatter) ledet prosessene, mens den andre var deltakende observatør med oppgave å sammenfatte og kommentere underveis. Brukerperspektivet på pasient/brukernivå ble ivaretatt gjennom den forskningsstudien som var gjennomført på forhånd, hvor brukernes erfaringer var undersøkt gjennom fokusgruppeintervjuer av andre forskere (Jokstad mfl 2016). Etter at verdistrømmen var kartlagt, nytt verdistrømkart tegnet og deltagerne hadde arbeidet en periode etter det nye kartet, ble det gjennomført en avsluttende evaluering. Fra prosjektet startet opp i januar 2016 til evalueringen og nye endringer gjennomført gikk det nærmere halvannet år, noe som i praksis også tilførte studien et prospektivt longitudinelt element. De enkelte metodene i det vi her kaller DREAM-metodikk beskrives nedenfor, 2.2.5.

2.2.2 Utvalg

Utvalget av deltagere ble foretatt av oppdragsgiver, ledelsen i Skap gode dager, på bakgrunn av en hensiktsmessighetsvurdering. Representanter for alle hovedaktørene i tjenesten skulle delta, men gruppen skulle av ressursmessige årsaker ikke være større enn nødvendig for å gjennomføre en god kartleggings- og analyse-prosess. Utvalget bestod av representanter for Tjenestetildeling og samordning (saksbehandlere), hjemmetjenesten (sykepleier og helsefagarbeider), Hjemmerehabiliteringsteamet (sykepleier, hjelpepleier, ergo-terapeut og fysioterapeut) og ledere (virksomhetsleder og avdelingsleder). Representanter for alle aktører var tilstede på alle fire samlinger, mellom 12 og 16 personer hver gang.

Hjemmerehabiliteringsteamet

Drammen kommune har et distriktsover-gripende hjemmerehabiliteringsteam, organisert i Helsetjenesten, som består av sykepleier, hjelpepleier, ergoterapeut og fysioterapeut. Dette teamet yter mer spesialisert, omfattende rehabilitering og har mulighet til å følge opp bruker mer intensivt enn brukere som har vedtak på hverdagsrehabilitering. Denne rehabiliteringsinnsatsen ytes på dagtid og kommer i tillegg til evt. hjemmetjenester.

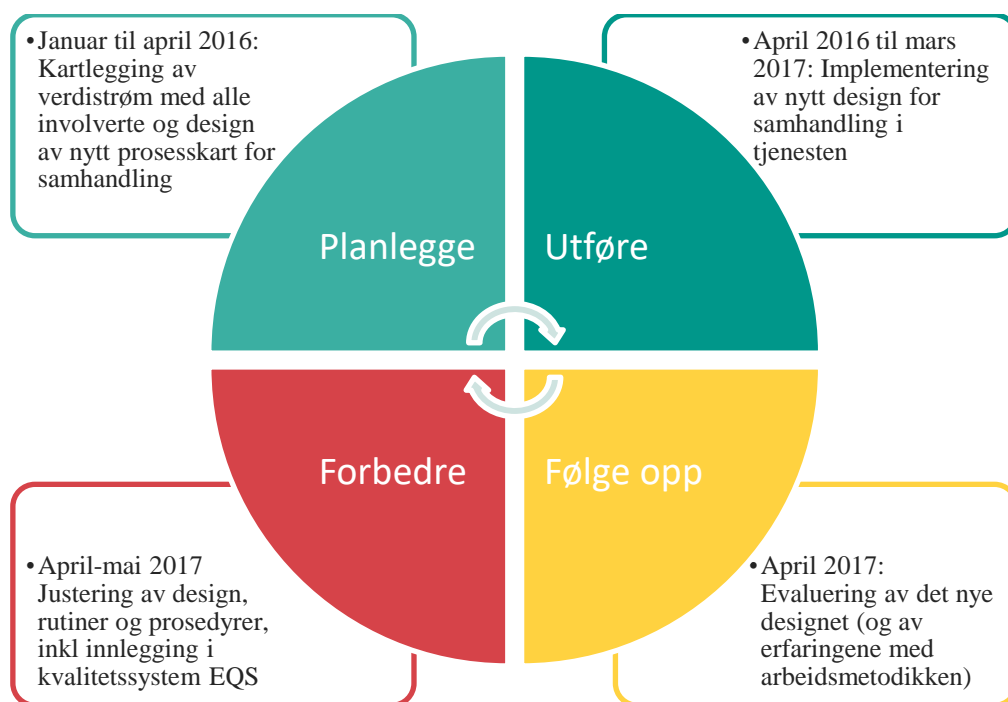
Årsak: Brått funksjonsfall som er sammensatt og komplisert. Alder: Personer over 18 år. Vedtakslengde: 8 uker med mulighet for forlengelse. Eksempler: hjerneslag, traumer, sammensatte behov i forbindelse med kompliserte bruddskader, amputasjoner og nevrologiske sykdommer. Flere har også nedsatt kognitiv funksjon som følge av hendelsen. De fleste har hatt kortere eller lengre opphold i spesialisthelsetjenesten.

2.2.3 Gjennomføring av kvalitetssarbeidet

Strukturen i gjennomføringen av prosjektet kan beskrives som en tradisjonell kvalitets- og forbedringsprosess. Vi har overfor kalt DREAM-metodikken for 'forbedringsmetodikk'. Fasene i gjennomføringen av prosjektet kan beskrives med begreper fra Drammen kommunes variant av "Demings sirkel": planlegge, utføre, følge opp (evaluere) og forbedre – PUFF.

- Planleggingsfasen bestod av fire innledende samlinger i form av workshops av 2-3 timer våren 2016. Mellom hver samling arbeidet deltagerne med videre med temaene på samlingene sammen med medarbeidere i egen avdeling. Innholdet i de fire samlingene var som følger:
 - Første samling (25.1.16): Brukerverdi og verdistrømkartlegging. Prosjektet ble presentert, to av forskerne bak undersøkelsen av brukernes erfaringer (Jokstad mfl 2015) presenterte resultatene av studien og sine observasjoner av utfordringer i tjenestene, og deltagerne gjennomførte en foreløpig verdistrømkartlegging etter tradisjonell LEAN metodikk.
 - Andre samling (12.2.16): Flytutfordringer. Arbeidet med verdistrømkartleggingen fortsatte og deltagerne gjennomførte en analyse av "7 flytutfordringer".
 - Tredje samling (17.3.16): Rotårsaksanalyse. Deltakerne gjennomførte en rotårsaksanalyse av de identifiserte flytutfordringene og utviklet verdistrømkartet videre.
 - Fjerde samling (29.4.16): Nytt verdistrømkart: Deltagerne samlet seg om et nytt verdistrømkart som man mente ville gi bedre arbeidsflyt. De ble enige om å prøve dette ut.
- Utførelses- eller implementeringsfasen gikk fra april 2016 til mars 2017.
- Oppfølging av dette arbeidet ble gjort gjennom en evalueringsworkshop i april 2017, som bestod av to deler:
 - En evaluering av erfaringer med nytt design
 - En evaluering av erfaringer med arbeidsmetodikken etter IGP-metodikk
- Forbedringsfasen startet umiddelbart etter evalueringsmøtet i april 2017 og ble avsluttet med at justert design ble lagt inn i kvalitetssystemet kort tid etter

Fasene i kvalitetsforbedringsarbeidet i prosjektet er satt inn i PUFF-sirkelen i figur 2 (neste side).



Figur 2. Oversikt over faser og innhold i prosjektet

2.2.4 Forskningsmetode

Ulike metoder for datainnsamling ble benyttet; innsamling av prosessdata produsert av deltagerne selv, gruppeintervju, spørreskjemaer og deltagende observasjon. Førsteforfatter ledet gruppeprosessene med å kartlegge verdistrøm, identifisere flytutfordringer og utvikle og bli enige om revidert prosedyre og tjenestedesign (verdistrømkart). Fra et forskningsmetodisk synspunkt hadde førsteforfatter rollen som forskningsprosessleder for en gruppe medforskere, bestående av praktikere på ulike områder og nivåer i hjemmerehabiliteringstjenesten, som – på bakgrunn av sin egen kunnskap og erfaring som aktør i dette arbeidet – i samarbeid skulle utforske hvordan verdistrømmen i tjenesten faktisk var og finne ut hvordan den ideelt sett burde bli. Forfatterne samlet inn materialet deltagerne produserte gjennom arbeidet med metodene verdistrømkartlegging, 7 flytutfordringer og rotårsaksanalyse. Andreforfatter førte også observasjonsdagbok med fyldige referater fra diskusjoner i plenum.

2.2.5 DREAM-metoder som kvalitetsmetodikk

Vi benyttet fem forskjellige metoder. I prosessdesignet ble det benyttet fire spesifikke LEAN-metoder tilpasset den helsefaglige konteksten: 1) Verdistrømanalyse, 2) "7 flytutfordringer" (kjent

som "7 typer sløsing"), 3) rotårsaksanalyse og 4) Fem x hvorfor (5 whys). Samlet utgjorde disse metodene det systematiske kvalitetsarbeidet i prosjektet. De tre første ble benyttet eksplisitt og systematisk i samlingene, mens den fjerde ble brukt mer implisitt av prosessleder som grunnlag for spørsmål og utfordringer til deltagerne i gruppediskusjonene. I tillegg ble det benyttet en form for 5) individuell-gruppe-plenum-metodikk (IGP) både i analyse av "7 flytutfordringer" og i evalueringen av DREAM-metodikken, begge med individuell utfylling av spørreskjema (vedlegg 1 og 2). Nedenfor skal vi kort beskrive hver av disse metodene og hvordan de ble anvendt.

Verdistrømkartlegging - VSM

Verdistrømkartleggingen (value stream mapping - VSM) er en visuell metode som tar utgangspunkt i brukerens behov. Formålet er å analysere hvor brukerverdi skapes eller går tapt i en arbeidsprosess, og hvordan arbeidsflyten kan forbedres slik at tjenesten skaper størst mulig verdi for pasienter og brukere med minst mulig spill av ressurser. VSM er med andre ord en praktisk tilnærming til utvikling av tjenestedesign, i tråd med politiske føringer om å skape pasientens helsevesen (Meld.St. 26, 2014-2015), styrke trygghet og sikkerhet for brukeren (Meld.St. 10, 2012-2013) og skape bedre kommunikasjon og samhandling i tjenestene (St.meld. 47, 2008-2009).

Instruksjonen i bruk av verdistrømkartlegging:

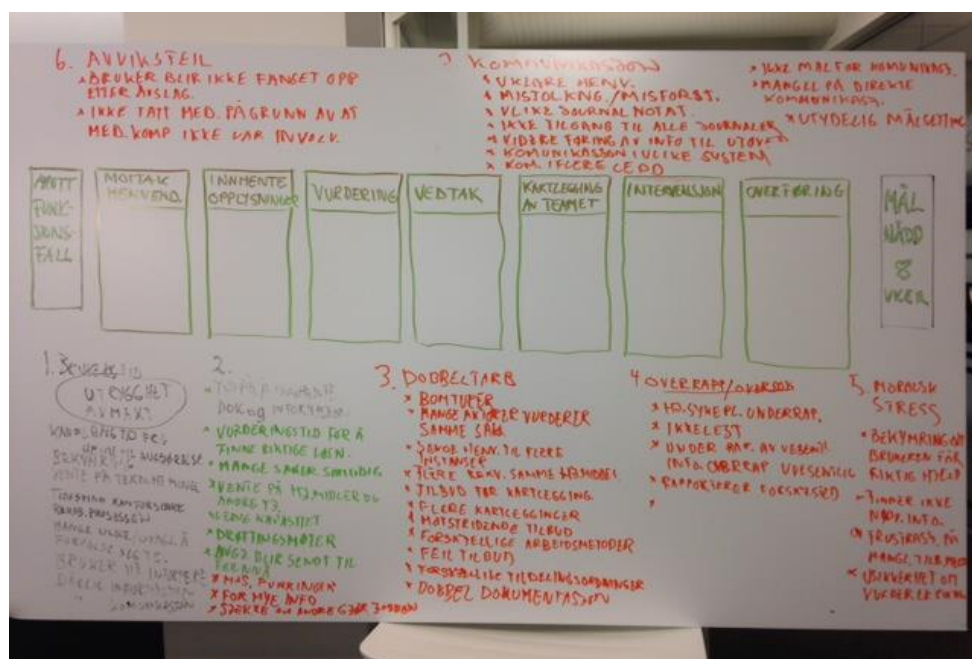
- Begynn med å identifisere elementene alene, å skape deg en oversikt i grove trekk over enkeltoppgaver og prosessen som helhet.
- Gjennomfør selve kartleggingen i team, sammen, for å få konsensus og læring.
- Bruk papir, penn, post-it
- Bli enige om mål for kartleggingen.
- Fokuser på å få en logisk oversikt over prosessen. Ikke grav dere ned i detaljer
- Start med brukeren og brukerens behov!
- Start med store blokker, gå i detaljer bare hvis det er nødvendig
- En verdistrømkartlegging har tall: en tidslinje, antall personer, osv.
- Husk informasjonsflyt, gjør det synlig hvis den er ukjent
- Push/Pull – identifiser om aktiviteten er behovsdrivet og etterspurt eller ikke.
- Ta bilde av VSM'en
- Ha alltid i bakhodet: Hvordan kan denne kjeden bli i fremtiden?

I prosjektet var brukerens erfaringer og behov kartlagt av forskere og presentert på første samling, før selve verdistrømkartleggingen startet. Deltagerne ble så oppfordret til å identifisere og avgrense arbeidsprosessens start og stopp, dvs. begynnelse og slutt for arbeidet med hjemmerehabilitering for den enkelte bruker (jf illustrasjon 1, nedenfor).

7 flytutfordringer

Metoden vi her kaller "7 flytutfordringer" er i LEAN-litteraturen kjent som "7 typer sløsing" (seven wastes). Dette er en gruppet metode for høyttenkning med tanke på å identifisere hvor det oppstår problemer som fører til redusert flyt og tap av verdi. Metoden går ut på å tenke og snakke seg gjennom syv på forhånd definerte områder for å se om man der kan finne kilder til unødig bruk av tid og ressurser: transport, lager, bevegelse, venting, overproduksjon, overprosessering og defekter. Når LEAN er anvendt i helse har man gjerne brukt de samme kategoriene (NHS 2007, Miller 2012, Radnor mfl 2012, Torgersen 2011). Ikke alle disse kategoriene er like relevante i hjemmehabilitering i kommunal helsetjeneste som de er i industrien.

Erfaringen fra DREAM-prosjektet var at "sløsing" var en lite presis betegnelse for tap av verdi på helsefeltet, og at lager, overproduksjon og overprosessering ikke er begreper som man naturlig assosierer til den daglige virksomheten som kilder til unødig tap av tid, ressurser og brukerverdi. Andre områder fremstod som langt mer sentrale; som uløste etiske dilemmaer og svikt i kommunikasjon, samhandling og brukerorientering. Ikke minst det siste. Dette er også veldokumentert, både av Helsetilsynet (2014, 2015, 2016) og i forskning (f eks McCarthy & Gastmans 2015, Nilsen et al 2016, Severinsson & Holm 2015), og legges også til grunn for helsepolitiske reformer og tiltak, som Samhandlingsreformen (St.meld. 47, 2008-2009), prioriteringen av "pasientens helsetjeneste" (Meld.St. 34, 2015-2016) og satsingen på samarbeid om etisk kompetanseheving (Gjerberg mfl 2014; Meld.St. 26, 2014-2015).



Figur 3 Identifiserte flytutfordringer

For å gjøre metoden "7 typer sløsing" mest mulig relevant og egnet til å identifisere hvor skoen trykket i arbeidet med hjemmerehabilitering valgte vi – på denne bakgrunnen – å tilpasse den til den aktuelle konteksten, og utfordret deltagerne til å finne "flytutfordringer" (ikke "sløsing") på følgende syv områder: brukers tid, ansattes tid, dobbeltarbeid, over- og underrapportering, moralsk stress, avvik/feil og kommunikasjon.

IGP – som metodikk for datainnsamling, refleksjon og teamutvikling

I arbeidet med å identifisere flytutfordringer og i evalueringen ble en bearbeidet form for IGP-metodikk benyttet (IGP = individuell, gruppe, plenum). Forskerne (prosesslederne) utviklet korte spørreskjemaer (vedlegg 1 og 2) som først ble fylt ut individuelt, hvorpå deltagerne drøftet spørsmålene i skjemaet i små grupper, før alle deltok i en samlet diskusjon i plenum. IGP er benyttet i ulike kontekster som aksjonslæring i skolen (Bjørnsrud 1999) og utvikling av innovative team (Gausdal 2008), men såvidt vites ikke som systematisk metode for datainnsamling. Grunnen til at vi valgte å bruke IGP på denne måten var en antagelse om at vi ville få inn større bredde og validitet i svarene hvis deltagerne fylte ut et spørreskjema individuelt før en gruppe- og plenumsdiskusjon. Begrunnelsen for dette var erfaringen at enkelte ofte holder sine observasjoner og ideer for seg selv i større grupper og at noen enkeltes stemmer lett kan bli dominerende i rene plenumsdrøftelser. Formålet med å bruke IGP i prosessarbeidet var tresidig. For det første var det en metode til å samle inn datamateriale om hver enkelts vurdering (først av flytutfordringer og senere av DREAM-metodikken benyttet i prosessen). Dernest var hensikten å stimulere hver enkelt til individuell refleksjon, for på den måten bidra til at gruppe- og plenumssamtalene ble så rike og nyanserte som mulig. For det tredje var det et (indirekte) formål å stimulere til utvikling av teamfølelse på tvers av roller og funksjoner i analysearbeidet (deltakerne som medforskere) og i arbeidet med hjemmerehabilitering.

Rotårsaksanalyse

Rotårsaksanalyse (root cause analysis) ble benyttet i analyse av flytutfordringer for å identifisere de bakenforliggende grunnene, "rotårsakene", til at disse hadde oppstått. Rotårsaksanalyse er en metode for problemløsning og erfaringslæring (Wilson 1993; Miller & Maellaro 2016). Den benyttes også i systematisk pasientsikkerhetsarbeid, og kan også være til hjelp for medarbeidere som har opplevd uønskede hendelser (Mengis & Nicolini 2010). I arbeidet med flytutfordringer ble metoden benyttet dels å finne årsakene til disse, dels å fremme deltagerens erfaringslæring med tanke på at de selv skulle utvikle et justert tjenestedesign (verdistrømkart) hvor flytutfordringene i

størst mulig grad var fjernet og risikoen for at nye flytutfordringer skulle oppstå var redusert mest mulig.

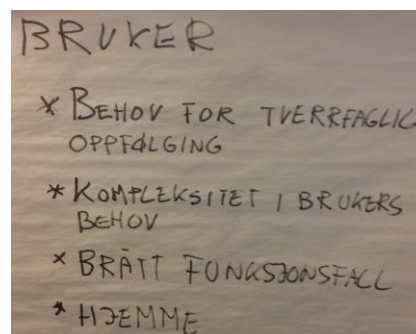
For å analysere rotårsakene til flytutfordringene så tett på praksis som mulig, valgte prosessleder å benytte "5 x hvorfor" systematisk i plenumsdrøftelsene av flytutfordringer, ved å spørre deltagerne "hvorfor" igjen og igjen for å få frem de bakenforliggende årsakene.

3 Resultater

3.1 Planlegging: Fra flytutfordringer til nytt verdistrømkart

3.1.1 Brukerverdi

Brukerne er personer som har hatt et brått funksjonsfall, ofte med komplekse behov som krever tverrfaglig oppfølging. Studien som var gjennomført viste at det for brukerne var viktig med rask og god hjelp, og at brukerne som fikk hjelp av hjemmerehabiliteringsteamet stort sett var svært fornøyde, men også at det var behov for bedre koordinering av tilbudet.



III. 2 Bruker karakteristika

3.1.2 Prosessens deler

Begynnelse og slutt på arbeidsprosessen

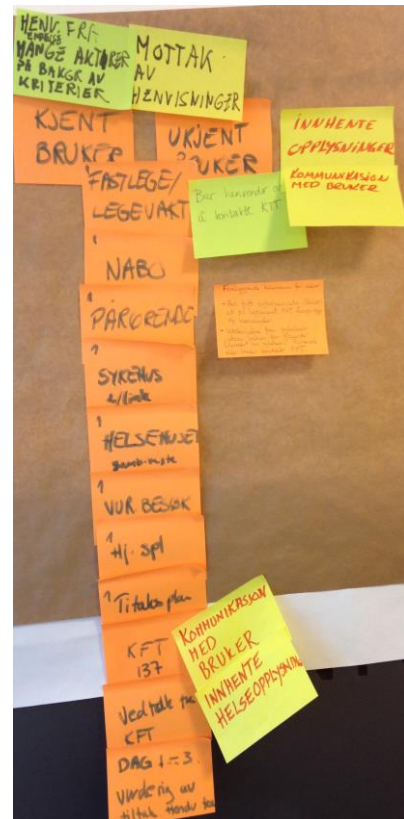
På første samling ble hovedprosessen "hjemmerehabilitering" avgrenset til det som ble gjort i organisasjonen fra en melding om en pasient som kunne være en kandidat til hjemmerehabilitering ble registrert til vedtak var fattet og eventuell hjemmerehabilitering gjennomført.

Produktivt å starte i sluttpunktet

Det viste seg raskt at det å forsøke å bli enige om hvordan arbeidsprosessen var ved å starte i startpunktet var vanskelig, fordi hvert startpunkt åpnet for en diskusjon om hvilke aktører som skulle inn og mulige veier fremover. Det viste seg raskt at det var mer produktivt å beskrive prosessen bakfra enn forfra, og starte i sluttpunktet, der hjemmerehabiliteringen ble avsluttet og spørsmålet: "Hva må ha gått forut for dette?" Grunnen var at det var vanskelig å bli enige om hvordan prosessen var hvis man startet med begynnelsen, fordi alternativene var mange og de så forskjellig ut fra deltageres ulike synspunkter. Ved å starte i sluttpunktet var det lettere å bli enige om hva som hadde gått forut.

Kompleksitet, overganger og uklarheter

Ved å forsøke å beskrive arbeidsprosessen sammen ble det raskt klart at det ikke fantes noen klar prosedyrebeskrivelse av prosessen. Det ikke var enighet mellom aktørene verken om hvordan prosessen faktisk var eller hvordan den burde være. Prosessen viste seg å være svært kompleks, med mange overganger. Det ble også klart at i overgangene mellom de ulike aktørenes bidrag i prosessen – mellom f eks mottaker av melding, Tjenestetildeling og samordning, team og hjemmetjeneste – var det stort rom for uklarheter og skjønnsmessige vurderinger av ansvar og videre prosedyre. Kartleggingen tydeliggjorde at melding av mulig behov kunne gjelde både kjente og ukjente brukere, komme fra en rekke ulike instanser både internt (hjemmesykepleien, helsehuset etc) og eksternt (som fastlege, legevakt, sykehus, pårørende, nabo eller andre deler av helsevesenet), og bli mottatt ulike steder i HSO. Illustrasjon 3 viser kartleggingen av innmeldere av mulig behov for hjemmerehabilitering.



III. 3 Innmelding av behov for hjemmerehabilitering

Nyttig med en deskriptiv, ikke-normativ tilnærming

Da kartleggingen startet var det til dels store ulikheter i oppfatninger av hvordan arbeidsprosessen var og hvor flytutfordringene lå. De ulike aktørene hadde ulike oppfatninger av hvem som var ansvarlig for de ulike elementer i prosessen og hvor skoen trykket. Spørsmålet om hvordan prosessen faktisk var, ble sett i lys av hvordan den burde være og hvor de ulike aktørene mente det sviktet. Prosessleder måtte gjentatte ganger understreke at oppgaven i første omgang var å beskrive hvordan prosessen faktisk var – med alle feil og mangler, og å tegne opp verdistrømkartet slik virkeligheten var i dag, og å bli enige om hvordan nå-situasjonen er – for så i neste omgang å analysere hvor arbeidsflyten stoppet opp; hvor verdi gikk tapt for brukerne.

Evalueringen viste at deltagerne opplevde at det var nyttig å komme sammen med de andre aktørene i prosessen og bli enige om hvordan arbeidsprosessen faktisk var, og så få hjelp av en prosessleder til å holde et deskriptivt fokus (og sette parentes rundt normative vurderinger) i

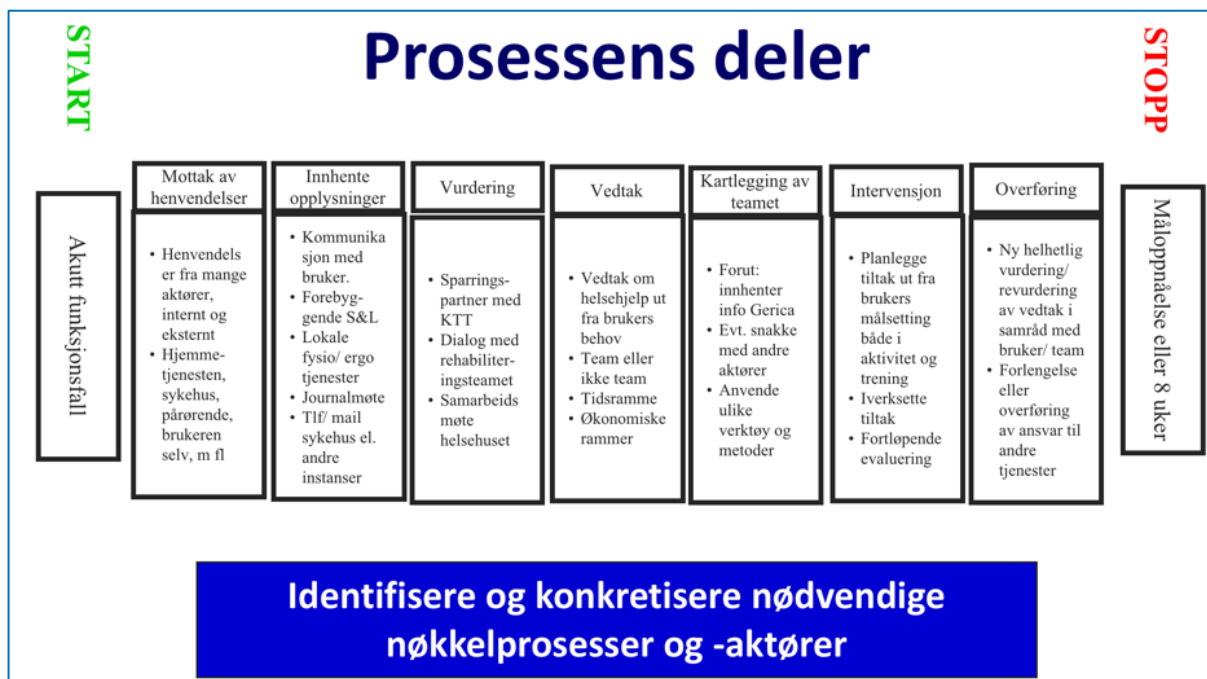
arbeidet med å beskrive verdistrømkartet. Dette ble opplevd som nyttig fordi det da var lettere å se hele prosessen i sammenheng uten å blande inn vurderinger av hvilke aktører som hadde ansvar for hva når arbeidsflyten stoppet opp.

Hovedprosess og nøkkelprosesser

Hovedprosessens ulike deler ble identifisert og beskrevet av deltagerne sammen, med utgangspunkt i brukerens situasjon fra start (akutt funksjonsfall) til stopp (måloppnåelse etter 8 uker). Analysen fremkalte syv nøkkelprosesser med ulike involverte aktører:

1. Mottak av henvendelser
2. Innhenting av opplysninger
3. Vurdering
4. Vedtak
5. Kartlegging
6. Intervensjon og
7. Overføring (jf figur 4, nedenfor).

På bakgrunn av denne foreløpige kartleggingen fikk deltagerne i oppgave å kartlegge hvor verdi for bruker ble skapt og gikk til spille i denne prosessen – slik praksis var på det aktuelle tidspunktet. Arbeidet med dette ble videreført på neste samling.



Figur 4 Hovedprosessens deler

3.1.3 Flytutfordringer

Flytutfordringer ble utforsket gjennom en IGP-prosess (jf 2.2.5). Gjennom spørreskjemaet ("7 flytutfordringer", vedlegg 1) kom det frem en rekke eksempler på utfordringer på hvert av de på forhånd definerte områdene. Det viste seg også at begrepet "flytutfordringer" fungerte produktivt, ved at det vekket assosiasjoner både til opplevd mangel på arbeidsflyt for de ulike aktørene og til mulige årsaker til og følger av dette, ikke minst i form av tapt verdi for brukeren.

Svaktheter i tjenstedesignet

Sammenfattende kan hovedfunnet sies å være at de viktigste flytutfordringene og hovedårsaken til tap av verdi for brukeren lå i uklarheter i selve tjenstedesignet, først og fremst i rutiner og prosedyrer for kommunikasjon og samhandling mellom hovedaktørene, og en manglende klarhet i ansvarsfordeling og arbeidsoppgaver på tvers av funksjoner og roller som en følge av dette. Det viste seg at dette var første gang de ulike hovedaktørene som (sam)arbeidet om/med hjemmerehabilitering (Tjenestetildeling og samordning, hjemmetjenesten og rehabiliteringsteamet) møtte hverandre for sammen å avklare nettopp slike forhold. Det viste seg også at det ikke fantes noen felles, kjent prosedyrebeskrivelse for hjemmerehabiliteringstjenesten, og at de ulike aktørene manglet lik eller felles tilgang til pasientjournalssystemet (Geric). Selv om dette fungerte som dokumentasjonssystem for aktørene hver for seg, fungerte det ikke som kommunikasjonssystem aktørene imellom.

Den kanskje viktigste flytutfordringen er at tjenesten er meget kompleks, og at det var uklarheter i ansvarsfordeling, kommunikasjon og samhandling mellom de ulike hoveaktørene. Dette kunne i sin tur føre til usikkerhet, misforståelser og ekstraarbeid, blant annet ved at man brukte flere kanaler i tillegg til pasientjournalssystemet for sikkerhets skyld, som epost, telefon og muntlig kommunikasjon. Andre kilder til tap av tid for medarbeidere kunne være bomturer, parallellbehandling og venting på beslutninger. Også tendenser til over- og underrapportering ble påpekt, grunnet ulik forståelse av hva som skulle rapporteres og hvor og hvordan dette skulle gjøres.

I IGP-prosessen kom det frem at tid representerer en viktig verdi også for brukeren, og at brukerverdi gikk tapt i situasjoner hvor brukeren måtte vente unødige på hjelp, hjelpemidler, informasjon og/eller beslutninger, noe som kunne resultere i usikkerhet, bekymring og engstelse. Det kom også frem eksempler på feil, avvik og uløste etiske dilemmaer, som når hjelp til en bruker

gikk på bekostning av hjelp til en annen, noe som i sin tur kunne føre til bekymringer og moralsk stress for medarbeiderne.

Deltagerne påpekte også flytutfordringer som dels lå mellom, dels på utsiden av de på forhånd angitte syv områder, bl a manglende kapasitet, uforutsette endringer, uklarhet om kvalitetsstandarder, varierende behov hos bruker, utydelige forventninger til samarbeidende aktører, for mange ufaglærte, mm.

3.1.4 Rotårsaker

Gjennom rotårsaksanalyse i plenum identifiserte deltagerne fire bakenforliggende årsaker til det totale komplekset av flytutfordringer: uklarheter i tjenstedesignet, svakhet i dokumentasjonssystemet og manglende systematikk i opplæring av medarbeidere og praktisering av rutiner for kontinuerlig kvalitetsarbeid.

Mangel på helhetlig beskrivelse av tjenstedesignet

Den første og kanskje viktigste rotårsaken til de fleste av flytutfordringene som ble påpekt, var en mangel på felles, helhetlig beskrivelse av tjenesten med tilhørende prosedyrer og avklaring av kommunikasjonslinjer og ansvarsfordeling mellom de ulike aktørene. At en slik beskrivelse manglet var kjent på forhånd, og det å utvikle en slik beskrivelse var noe av formålet med prosjekt DREAM hjemmerehabilitering. Hva som var årsaken til at en slik beskrivelse ikke fantes ble ikke klarlagt gjennom analysen, utover at det var et overordnet lederansvar. Da deltagerne mot slutten av prosjektet fikk spørsmålet om hvilket råd de ville gi til ledelsen, var et av svarene: «Spre hovedprosessen slik at den er kjent i alle ledd!»

Mangel på velfungerende dokumentasjonssystem

En annen rotårsak til en rekke av flytutfordringene var at pasientjournalssystemet (Geric) ikke var tilstrekkelig tilpasset hjemmerehabiliteringstjenesten. Bl a viste det seg at de ulike aktørene kunne ha ulike tilganger, noe som gjorde det umulig å vite sikkert om viktig og nødvendig informasjon var tilgjengelig på tvers av roller og funksjoner. Selv om systemet isolert sett kunne fungere som dokumentasjonssystem for hver de ulike aktørene, fungerte det – som nevnt over – ikke som pålitelig kommunikasjonssystem aktørene imellom. Dermed måtte man finne andre måter å innhente sikker informasjon på, og arbeidsflyten stoppet opp og tid gikk til spille. Det ble påpekt at mangel på et velfungerende system med en felles praksis for journalføring – direkte eller indirekte – kunne føre til både avvik og feil i behandling, svikt i kommunikasjon, dobbeltarbeid for

medarbeidere og unødig venting for brukerne. Det hadde såvidt man visste ikke vært noen prosess for å avklare hvordan systemet måtte settes opp for at det skulle fungere hensiktsmessig med tanke på kommunikasjon og samhandling på tvers av roller i rehabiliteringsarbeidet. Det var ulike oppfatninger om hvorvidt det ville være mulig å tilpasse det eksisterende systemet (Geric) slik at det ville fremme og ikke hemme god arbeidsflyt.

Mangel på opplæring

Rotårsaksanalysen viste også at det var behov for opplæring i rutiner, prosedyrer og i hvordan pasientjournalssystemet skal brukes. Dette overlapper med punktet over, behovet for et system som fungerer på tvers av enheter og roller, med felles tilgang for alle parter og mulighet for alle til å legge inn og hente ut nødvendig informasjon på en enkel måte. Et funksjonelt og pålitelig system er nødvendig, men ikke tilstrekkelig. Skal man fjerne de viktigste årsakene til avvik, kommunikasjonsvikt, dobbeltarbeid, etc må det også være et system på plass for opplæring i hvordan systemet skal brukes i praksis av de ulike aktørene. Både system og opplæring må være på plass for at de ulike aktørene skal kunne stole på systemet. En formulerte det slik: «Kunnskap om rehabilitering må implementeres hos alle ansatte. Spesielt hjemmetjenesten og saksbehandler som er det første leddet, som jobber tett på brukeren.» Uten et opplæringsprogram som gjelder alle, vil det fortsatt være usikkerhet om avtalte rutiner følges om nødvendig og tilstrekkelig informasjon er lagt inn i systemet, og unødig tid vil fortsatt gå med til å sjekke om informasjonen er fullstendig og om andre "har gjort jobben sin".

Mangel på rutiner for kontinuerlig forbedring for tjenesten som helhet

En fjerde rotårsak til avvik og spill av ressurser som ble påpekt er at tjenesten som helhet ikke hadde rutiner for systematisk kvalitetsarbeid som omfattet samspillet mellom de ulike aktørene. Dette kan sies å henge sammen med det første punktet, svikt i selve tjenestedesignet og rutiner knyttet til dette. PUFF-hjulet og generelle retningslinjer var kjent, men et system med en metodikk for kontinuerlig forbedring av kvalitet og arbeidsflyt knyttet til rehabilitering var ikke implementert. Dette ble betraktet som en rotårsak til ulike flytutfordringer, som uklare rutiner, ansvarsforhold og kommunikasjonslinjer, med risiko for svikt og spill av tid og ressurser knyttet til alle overgangssituasjoner i rehabiliteringsarbeidet. Prosjekt DREAM hjemmerehabilitering var første gang de ulike aktørene kom sammen for å undersøke kvaliteten på og ressursbruken i tjenesten. Slik sett kan verdistrømkartleggingen, rotårsaksanalysen og utviklingen av nytt verdistrømkart

(nedenfor) i prosjekt DREAM hjemmerehabilitering sies å representere en mulig begynnelse på et slikt systematisk kvalitetsarbeid.

Sammenfattende: utfordrende kompleksitet

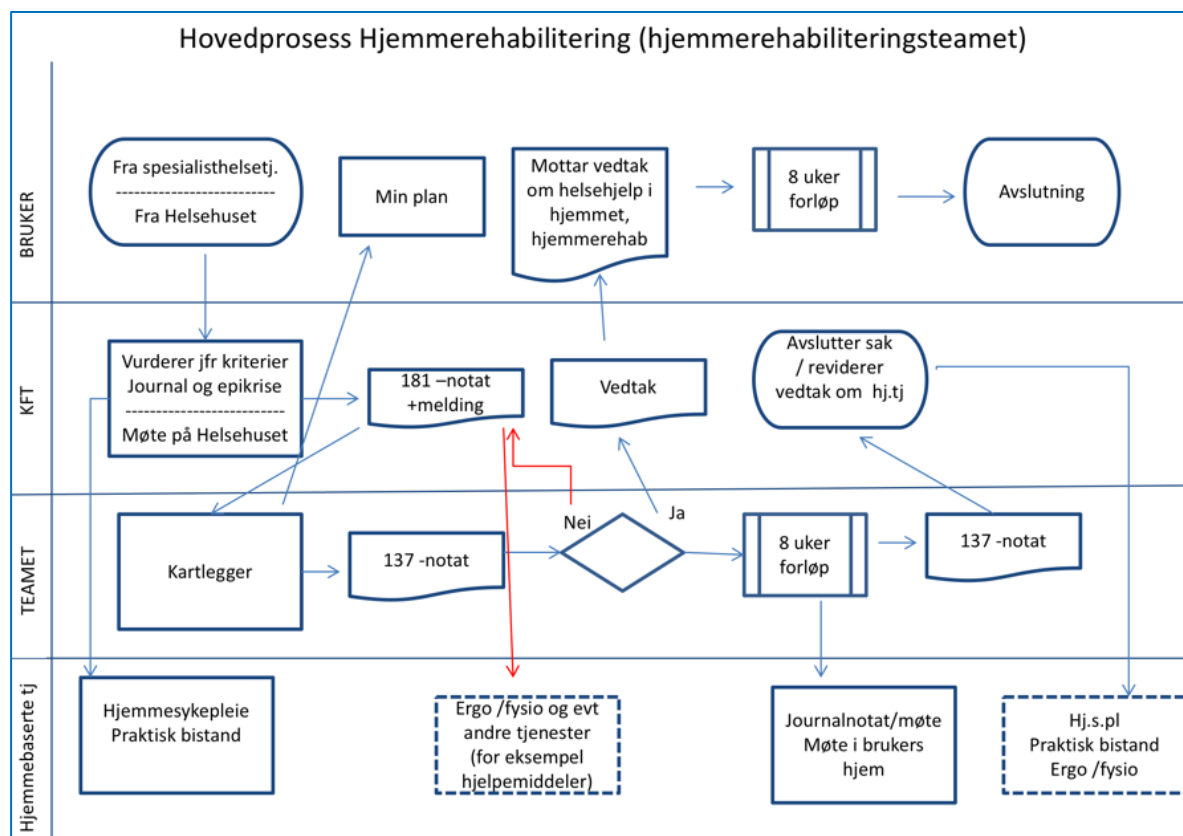
Kompleksiteten i tjenesten – med ulike aktører involvert og brukere med akutt funksjonsfall og behov som endrer seg ”hele tiden” – ble påpekt som en mulig rotårsak til avvik, kommunikasjonsvikt, unødig bruk av tid og ressurser og andre flytutfordringer. Her vil vi snarere fremheve at utfordrende kompleksitet synes å være hjemmerehabiliteringstjenestens natur. Det er derfor trolig desto viktigere at de øvrige påpekte rotårsakene fjernes i den grad det er mulig.

Anbefalingene på bakgrunn av rotårsaksanalysen blir derfor å a) prøve ut og videreutvikle den beskrivelsen av et overordnet, felles tjenestedesign med tilhørende ansvarsfordelinger og prosedyrer som er utviklet innenfor prosjektet DREAM hjemmerehabilitering, b) tilpasse pasientjournalssystemet slik at alle aktører har nødvendige tilganger og slik at systemet også kan tjene som kommunikasjonssystem på tvers av de ulike aktørenes roller og funksjoner, c) sørge for systematisk opplæring i rutiner for samhandling og dokumentasjon (a og b) på tvers av funksjoner og roller, og d) implementere et system for kontinuerlig forbedring av tjenesten, f eks i form av DREAM metodikk eller andre former for systematisk kvalitetsarbeid.

3.1.5 Nytt verdistrømskart – revidert tjenestedesign

På bakgrunn av verdistrømskartleggingen, drøftelser av flytutfordringer og rotårsaksanalyse utviklet deltagerne et nytt verdistrømskart over hovedprosessen. Prosessbeskrivelsen og prosedyren ble drøftet, og partene var omforent om dette reviderte mønsteret for samhandling og enige om at det skulle prøves ut.

I kartet er de ulike involverte parter tegnet inn langs horisontalaksen – brukere, Tjenestetildeling og samordning, hjemmerehabiliteringsteamet og hjemmetjenesten), mens tidsforløpet for hjemmerehabiliteringsprosessen fra melding blir mottatt til hjemmerehabilitering er avsluttet ble tegnet inn langs vertikalaksen (figur 5, neste side).



Figur 5 Nytt verdistrømskart

3.2 Utføre – utprøving av nytt samhandlingsmønster

Hovedaktørene var enige om å prøve ut det nye samhandlingsmønsteret i praksis. Utførelsesfasen – perioden da det nye verdistrømskartet med nye samhandlingsmønstre ble prøvd ut i praksis – varte fra april 2016 til mars 2017.

3.3 Følge opp – Evaluering

Etter planleggingsfasen (P) på fire måneder og 10 måneders erfaring med å utføre forbedringene i praksis (U), ble arbeidet fulgt opp (F) med et evalueringsmøte med tanke på videre forbedring (F) av tjenstedesignet. Evalueringen representerte altså den første F'en i PUFF-hjulet. Formålet var å undersøke deltagerne erfaring med det nye tjenstedesignet, dvs hva som har hadde fungert godt og mindre godt med de nye rutinene i utførelsesfasen, og hva burde endres og forbedres.

Deltagerne i evalueringen var representanter for de ulike hovedaktørene – Tjenestetildeling og samordning, rehabiliteringsteamet og hjemmetjenesten. I tillegg deltok også enkelte rådgivere. Erfaringene med utprøvingen var stort sett gode, men deltagerne hadde også en rekke forbedringsforslag, som i neste omgang førte til et forbedret prosessdesign (3.4).

3.3.1 Erfaringer i utprøvsperioden

Det nye tjenestedeisegnet resulterte i bedre oversikt og felles forståelse. Deltagerne meldte at beskrivelsen av det omforente tjenestedesignet bidro til bedre forståelse på tvers av roller og funksjoner («Felles forståelse. Mer struktur»), ga bedre oversikt over hverandres oppgaver («God oversikt over samarbeidspartnerens oppgaver. Bedre flyt»), og gjorde det lettere å se helheten i tjenesten («Tydeligere fra alle instanser hva prosessen/forløpet består av»), elementer som medførte en rekke positive virkninger i det daglige arbeidet (nedenfor)

Bedre arbeidsflyt

Bedre flyt i samarbeid – også i tverrfaglig samarbeid – var et gjennomgående funn («At vi som jobber sammen f.eks fysio, ergo, hjemmetjenesten etter hvert under et rehabiliteringsforløp får trening i å fordele oppgaver. Bedre flyt. Positiv erfaring»).

Tydeligere roller

Tydeligere roller og klarere ansvars- og arbeidsfordeling ble også rapportert som resultat av nytt tjenestedesign («Roller og oppgaver har blitt tydeligere»; «Tydelig definisjon på 'hvem gjør hva'. Skapt en rød tråd, dvs at det blitt tydeliggjort hvem som gjør hva.»).

Bedre samhandling

Samarbeidet og samhandlingen mellom de ulike hovedaktørene og arbeidsflyten generelt ble også meldt å være blitt bedre, i tillegg til at teamet i noe større grad enn tidligere også veiledet hjemmetjenesten («Bedre arbeidsflyt – bedre nyttiggjøring av tjenesten. Bedre samarbeid mellom team og hjemmetjenesten»).

Redusert spill av tid

Mindre dobbeltarbeid og bortkastet arbeidstid ble meldt som et konkret resultat av bedre samhandling. Med bedre arbeidsflyt ble en viktig tidstyv fjernet («Tidstyv er borte, bruker kommer raskt til rett nivå»), og man opplevde at arbeidstiden ble brukt mer hensiktsmessig («Kommunens ansatte samarbeider bedre. Mindre tid går til spille i prosessen»).

Mindre ventetid for brukerne

Deltagerne meldte også at det ble mindre ventetid for brukerne. Det ble ikke gjennomført en ny brukerundersøkelse, men deltagerne meldte at rehabilitering kom raskere i gang med den nye arbeidsprosessen («Kortere tid fra behov meldt til igangsetting»).

Økt brukermotivasjon og egenmestring?

Enkelte mente også å kunne se økt egenmestring og -motivasjon hos brukere som en følge av at rehabilitering kom raskere i gang og at samhandling mellom aktørene var blitt bedre («Brukerne føler seg verdsatt til å stole på sine egne vurderinger (...), egen motivasjon og dette med sine egne ressurser.». Enkelte mente også at bedre samhandling mellom de ulike instansene kanskje kunne bidra til at brukere også følte seg tryggere («Forhåpentlig gir det også brukeren en opplevelse av trygghet, i det å oppleve god samhandling mellom aktørene»).

God måloppnåelse

En gjennomgang av et utvalg på fire forløp som ble overført hjemmerehabiliteringsteamet viste at målene i de fleste tilfeller ble nådd med god margin, dvs. at informasjon til bruker, kartlegging, tiltaksplan, gjennomføring og avslutning ble gjennomført etter prosedyren.

Behov for videre utprøving og justeringer

Samtidig som hovederfaringen med utprøving av nytt design var at det fungerte godt og at den nye praksisen skapte økt verdi for brukerne, ble det også påpekt at det fortsatt kan være noe usikkerhet om hvordan prosedyrene skal forstås og om rutinene blir fulgt slik de er beskrevet. Det ble påpekt uklarheter i forholdet mellom hverdagsrehabilitering og hjemmerehabilitering, kriterier for vedtak om hjemmerehabilitering og rutiner rundt innkalling til møter og utnyttelse av ledig kapasiteten i Hjemmerehabiliteringsteamet.

Kriterier ved ledig kapasitet

Et spørsmål som ble reist var om kriterier for hjemmerehabilitering skal ligge fast, eller om listen skal senkes ved ledig kapasitet og eventuelt heves ved stor pågang. Et annet at det skrives en grundig og omfattende epikrise, av og til så omfattende at det er tvil om den blir lest av fastlegen, saksbehandler og/eller andre kommunale tjenesteytere. Generelt ble det påpekt at det fortsatt er behov for opplæring; rutinene fungerer godt, men de må gjøres bedre kjent og følges mer konsekvent. Disse erfaringene lå til grunn for justering av tjenstedesign og rutiner.

3.4 Forbedre – Justert design med justerte rutiner og prosedyrer

3.4.1 Foreløpig sluttresultat

På bakgrunn av evalueringen (over) ble det utarbeidet a) en revidert beskrivelse av rutiner for samhandling, b) et justert tjenstedesign/verdistrømkart og c) en detaljert beskrivelse av arbeidsprosedyrer med ansvar og tidsfrister. Dette forbedringsarbeidet foregikk i dialog mellom de ulike hovedaktørene i ukene etter evalueringen. Resultatet ble lagt inn i kvalitetssystemet EQS. Nedenfor presenteres den justerte beskrivelsen av rutine og det nye kartet over tjenstedesignet slik det ligger i kommunens kvalitetssystem (med revisjonsfrist i løpet av 2018).

3.4.2 Nye rutiner for samhandling – EQS 2017

Rutiner for samhandling ved rehabilitering i hjemmet (hjemme-rehabiliteringsteam)

Formål

Sikre at personer over 18 år, med brått funksjonsfall på grunn av sykdom/funksjonssvikt/skade får tilbud om rehabilitering i hjemmet fra det tverrfaglige, bydelsovergripende hjemmerehabiliteringsteamet. Målgruppen er personer med sammensatte behov for rehabilitering etter hjerneslag, traumer, kompliserte bruddskader, amputasjoner, nevrologiske og andre sykdommer. Tilbudet gis i 8 uker (med mulighet for forlengelse).

Ansvar og myndighet

Helsehuset (DHH) har ansvar for å identifisere pasienter med rehabiliteringspotensial jfr inklusjonskriteriene.

Tjenestetildeling og samordning (TS) har ansvar for å identifisere pasienter med rehabiliteringspotensial som meldes fra spesialisthelsetjenesten og for å vurdere hvilket rehabiliteringsnivå som er aktuelt (rehabilitering i institusjon, rehabilitering fra hjemmerehabiliteringsteamet, hverdagsrehabilitering).

TS anmoder om kartlegging fra Hjemmerehabiliteringsteamet, fatter vedtak og reviderer vedtak etter endt forløp.

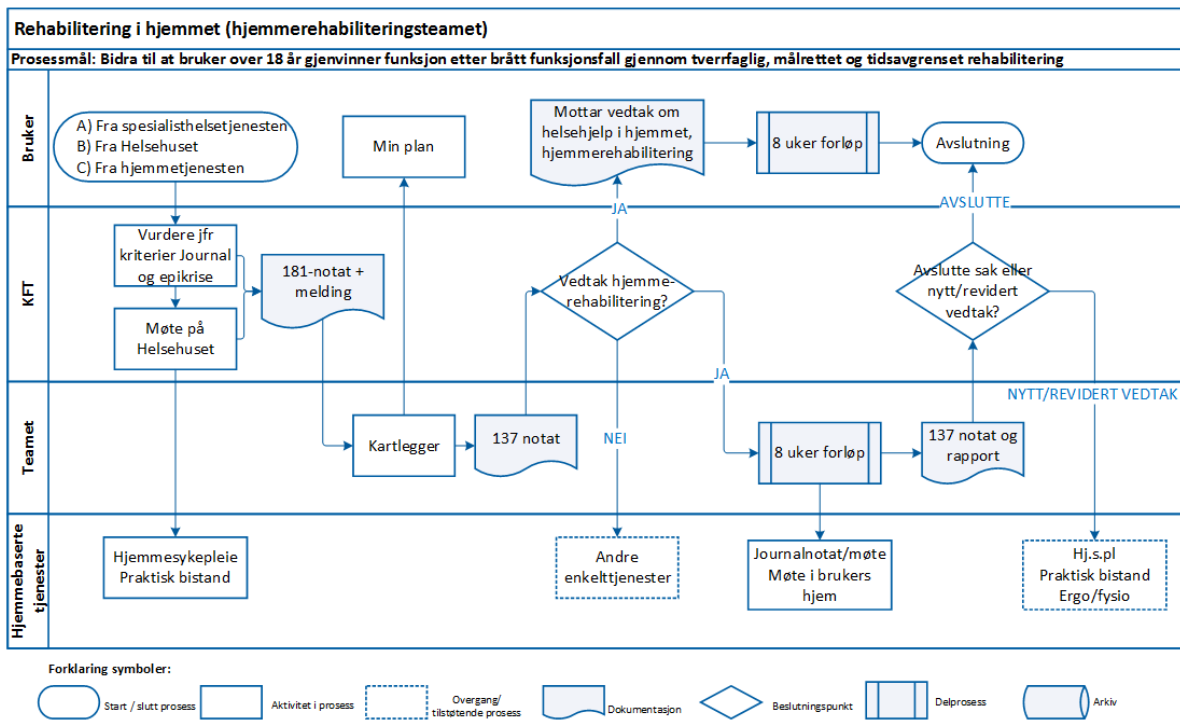
Hjemmerehabiliteringsteamet har ansvar for å gjennomføre kartlegging på anmodning fra TS, gjennomføre rehabiliteringsforløp og samarbeide med hjemme-tjenesten gjennom forløpet.

Hjemmetjenesten har ansvar for å samarbeide med Hjemmerehabiliteringsteamet gjennom forløpet ut fra brukerens mål og innrette videre tiltak med fokus på hverdagsmestring.

Nye rutiner 2017 (fra EQS)

Disse rutine og det tilhørende verdistrømkartet (nedenfor) og arbeidsprosedyrene utgjør – sammen med denne rapporten – det foreløpig sluttresultatet av prosjekt 'DREAM hjemmerehabilitering'.

3.4.3 Justert tjenstedesign – EQS 2017



Figur 6 Justert nytt verdistrømskart

4 Evaluering av kvalitetsmetodikken

4.1 DREAM-metodikk som kvalitetsarbeid

Den siste delen av studien var å undersøke deltagerne erfaringer med DREAM-metodikken og om denne metodikken kan være nyttig i kvalitetsarbeid også på andre områder. I dette avsnittet bruker vi derfor betegnelsen "kvalitetsmetodikk" om helheten i DREAM-metodikken. Denne evalueringen ble gjennomført som en egen IGP-prosess i samme workshop som evaluering av det nye prosessdesignet, altså etter at planleggingsprosessen var avsluttet og deltagerne hadde 10 måneders erfaring med utprøving av resultatene av denne.

4.2 Overordnet: konkret, nyttig og motiverende

Sammenfattende viste evalueringen at medarbeiderne vurderte metodikken som konkret, nyttig og motiverende, og mente at den ville være godt egnet også i andre sammenhenger. En rekke ulike elementer ble trukket frem som sentrale – verdistrømkartlegging, rotårsaksanalyse, arbeid med flytutfordringer, det å tegne nytt verdistrømkart sammen. De fleste pekte på helheten i arbeidsprosessen. Det kan synes som kombinasjonen av fokus på brukerverdi, arbeidsflyt og det å utvikle et justert tjenstedesign sammen, på tvers av hovedaktørens ulike funksjoner og roller, kan ha vært særlig viktig. En av gruppene formulerte det slik: «Alle punkter har vært viktige for å gjennomføre hele prosessen». Nedenfor presenteres kort enkeltelementer som ble rapportert som spesielt viktige for prosessen og/eller resultatet, illustrert med karakteristiske formuleringer fra deltagerne.

4.3 Delaspekter: systematisk, kreativ og klargjørende

Deltagerne meldte individuelt at metoden var systematisk og strukturert. («Grundig i arbeidet med å identifisere hindringer og årsakene til disse.»). Nyttien ved å samarbeid på tvers av aktør-rolle ble understreket av flere, både til å identifisere hvordan samhandlingen var da prosessen startet og hva som kunne forbedres («Alle bidro i prosessen; nok tid på nå-situasjonen, utfordringer, årsaker og forbedringer»).

Det kom frem at prosessen ga hjelp til å tenke nytt og annerledes. Flere trakk frem at prosessen også var kreativ, og at man sammen kunne komme frem til løsninger man ellers ikke ville

kommet på («DREAM-metodikken som arbeidsform får deg til å stoppe opp. Tenke annerledes og komme frem til tiltak du muligens ikke hadde kommet til da man forlenger prosessen»).

Metodikken bidro også til å flytte fokus fra frustrasjon over det som ikke fungerte, kanskje særlig hva man tenkte at andre burde gjort annerledes, til hva man selv og sammen kunne gjøre for å øke verdi for brukeren («Metodikken fungerte godt som arbeidsform gjennom at fokus ble flyttet fra egen frustrasjon over andre til verdi for bruker og helheten»).

Flere pekte på at metodikken også var motiverende og engasjerende. Et aspekt ved dette var å kunne arbeide sammen for å øke kvalitet for brukerne («Det gir også en motivasjon å sammen å komme frem til nytt verdistrømkart som er ment å gi bruker en god kvalitet på tjenesten»). Nettopp dette å arbeide sammen – på tvers av virksomheter og avdelinger – ble av flere påpekt som viktig for å skape teamfølelse og engasjement («Samarbeidet på tvers, alle kom med innspill og engasjement. Gjennomføre prosessen sammen. Ulike diskusjoner som blir positive for alle samarbeidspartnerne. Sette prosessen i gode rammer/struktur»).

Et annet aspekt ved metodikken var at den bidro til å klargjøre og synliggjøre hvilke oppgaver og roller de andre aktørene hadde i prosessen. Man fikk et tydeligere bilde av hverandre. Også dette opplevdes motiverende («Det fungerte veldig godt å komme sammen, se hverandres oppgaver og utfordringer i prosessen»).

Samtidig som det syntes å være bred enighet om at metodikken var nyttig, motiverende og avklarende med tanke på bedre arbeidsflyt og fokus på å skape verdi for brukeren, ble den av enkelte også opplevd som tidkrevende («Veldig bra prosess. DREAM-metoden er et flott arbeidsverktøy, men tidskrevende»). Andre meldte at det kunne vært mer struktur og informasjon om selve prosessen, særlig i begynnelsen («Hadde ønsket mer informasjon i starten, mer struktur. Likevel en god metode for å utarbeide bedre flyt i prosessene vi bruker daglig».)

5 Oppsummering og anbefalinger

5.1 Kvalitetsarbeidet – prosessen

Mandatet for prosjekt DREAM hjemmerehabilitering var å designe og fasilitere en DREAM-prosess for forbedring av arbeidsflyt og kvalitet i hjemmerehabiliteringsarbeidet i Drammen kommune, og i tillegg designe og gjennomføre en deltagerevaluering av prosess og metoder som ble brukt i forbedringsarbeidet. Prosjektet ble gjennomført som en kvalitetsprosess i fire faser, på bakgrunn av tankesettet i PUFF-hjulet: Planleggingsfasen (januar - april 2016), hvor aktørene sammen gjennomførte verdistrømkartlegging og utarbeidet nytt prosesskart for samhandling i tjenesten, Utførelsesfasen (april 2016 - mars 2017), hvor aktørene implementerte og prøvde ut det nye tjenestedesignet, Følge opp-fasen (april 2017), hvor aktørene evaluerte det nye designet (og erfaringene med arbeidsmetodikken) og Forbedringsfasen (april-mai 2017) hvor design, inkludert rutiner og prosedyrer ble justert og lagt inn i kvalitetssystem EQS.

5.2 Resultater – revidert tjenestedesign

I prosjektet ble det identifisert en rekke svakheter i tjenestedesignet med negative konsekvenser både for brukere og ansatte, blant annet i form av avvik, kommunikasjonssvikt, dårlig samhandling, unødig venting for brukere og dobbeltarbeid, spill av arbeidstid og moralsk stress for medarbeidere. Gjennom dialog og analyse av rotårsaker utformet medarbeiderne et nytt verdistrømskart med tilhørende rutiner og prosedyrer. Dette representerer et revidert tjenestedesign, og er integrert i kommunens kvalitetssystem.

Ved å arbeide etter det nye tjenestedesignet erfarer deltakerne at det skapes økt helhetsforståelse av tjenesten, bedre oversikt over ansvarsoppgaver på tvers av profesjoner og roller, og bedre kommunikasjon, samhandling og flyt i det tverrfaglige samarbeidet. Medarbeiderne opplever dette som motiverende, og antar også at det kan bidra til økt trygghet, kanskje også økt motivasjon og mestring for brukerne. En ny brukerundersøkelse er imidlertid ikke gjennomført.

Samtidig som medarbeiderne meldte om betydelige forbedringer ble det også meldt at det fortsatt kan være flytutfordringer knyttet til kommunikasjon og samhandling. Blant rotårsakene til dette er manglende systematikk i opplæring og manglende tilpassing av Gericas kommunikasjonssystem til samarbeid på tvers av profesjoner, roller og funksjoner.

5.3 Evaluering av DREAM metodikk

DREAM metodikken ble oppfattet som konkret, systematisk, nyttig og motiverende. I tillegg mente deltagerne at den bidro til å tenke nytt og kreativt og til å flytte fokus fra frustrasjon over det som ikke fungerer til å øke verdi for brukeren. Deltagerne opplevde også at metodikken bidro til å få frem et klarere bilde av hverandre og oppgaver og roller i prosessen. Sammenfattende ble metodikken evaluert som nyttig for å øke arbeidsflyt og brukerorientering, men også krevende. Deltakerne mente også at den ville være nyttig også i kvalitetsarbeid på andre områder.

5.4 Anbefalinger

De seks anbefalingene nedenfor er i hovedsak basert på funnene i prosessen ut fra mandatet som ble gitt. I tillegg er det kommet frem funn i prosessen som ikke var en del av mandatet men som likevel kan være viktig å ta hensyn til i det videre arbeidet. Anbefalinger:

1. Å videreføre kvalitetsarbeidet i henhold til PUFF-hjulet, dvs følge opp (F) utprøvingen av det reviderte tjenstedesignet (juni 2017) med en ny evaluering og revisjon etter en viss periode, f eks i løpet av et år (våren 2018).
2. Å gjennomføre en ny brukerundersøkelse. Dette vil være en naturlig del av oppfølgingen (over), for å finne ut hvorvidt brukerne opplever at det som er viktig for dem blir godt ivare tatt etter at nye prosedyrer er innført.
3. Å tilpasse pasientjournalssystemet slik at alle aktører har nødvendige tilganger og slik at systemet kan tjene som kommunikasjonssystem på tvers av de ulike aktørenes roller og funksjoner.
4. Å gi systematisk opplæring i bruk av pasientjournalssystemet og rutiner for samhandling, kommunikasjon og dokumentasjon på tvers av profesjoner, funksjoner og roller.
5. Å benytte DREAM-metodikken i det videre kvalitetsarbeidet, evt også på andre områder, for å sikre brukerfokus, arbeidsflyt og medvirkning fra alle involverte aktører i prosessen. Hvis man velger å gjøre dette, foreslås også:
 - a) Å kvalifisere ledere og talentfulle medarbeidere for å lede systematisk kvalitetsarbeid etter DREAM tenkesett og metodikk (LEAN og etikk),
 - b) Å benytte kvalifiserte fasilitatorer som selv ikke har en rolle i den prosessen som skal forbedres, og

- c) Å utvide DREAM-metodikken beskrevet i denne rapporten med en metodikk for systematisk kartlegging av brukernes erfaringer og identifikasjon av hva som er viktig for dem, slik at dette kan legges til grunn for videre kvalitetsarbeid.
- 6. Å vurdere ressurseffektivitet i tjenesten med tanke på å finne en best mulig balanse mellom flyteffektivitet og ressurseffektivitet. Deltagerne melder om betydelige bedre flyteffektivitet, men hvorvidt også ressurseffektiviteten er blitt tilsvarende bedre gir dette prosjektet ikke svar på.

Forfatterne roller i prosjektet og rapportskrivningen

Forfatterne arbeidet sammen om å utvikle prosessdesignet og forskningsdesignet i forkant, justere prosessdesignet og dokumentere resultatene underveis, og gjennomføre analyser og sammenfatte konklusjoner i etterkant. Førsteforfatter Eivind Arne Fauskanger er økonom og LEAN-ekspert, og har ledet prosessene på samlingene og hatt hovedansvaret for LEAN-perspektivet i rapporten. Andreforfatter Tom Eide er professor med helseledelse og etikk som forskningsområder, var deltagende observatør på samlingene og har hatt hovedansvar for helsefaglige og etiske perspektiver i rapporten. I skriveprosessen har førsteforfatter skrevet førsteutkast til de empiriske delene med foreløpige analyser, mens andreforfatter har skrevet førsteutkast til teori og metodedelene, før analysene er utdypet, videreført og ferdigstilt i fellesskap.

6 Litteratur

- Andersen, H., & Røvik, K. (2015). Lost in translation: a case-study of the travel of lean thinking in a hospital. *BMC Health Services Research*, 15.
- Bjørnsrud, H. (1999). "Den Sokratiske Klegg" og aksjonslæring i skoleutvikling Den inkluderende skole (pp. 115-132). Oslo: Universitetsforlaget.
- Drammen kommune. (2013a). Byvekst med kvalitet. Drammen 2036 (bystrategi vedtatt av bystyret 18.06.2013): <https://www.drammen.kommune.no/Documents/Bystrategi/bystrategien-2036.pdf>
- Drammen kommune. (2013b). Økonomiplan 2014–2017.
- Drammen kommune. (2017). Helse- sosial og omsorgstjenester (HSO). Dette er Drammen kommune gode på. Hentet fra: <https://www.drammen.kommune.no/om-drammen-kommune/organisasjon-og-administrasjon/fakta-om-drammen/dette-er-drammen-kommune-gode-pa/helse--sosial-og-omsorgstjenester/>
- Eide, H., & Eide, T. (2013). Kommunikasjon i relasjoner – det lille som gjør en forskjell. In K. Johnsen & H. O. Engvold (Eds.), *Klinisk kommunikasjon i praksis* (s. 65-76). Oslo: Universitetsforlaget.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). Mestring og motivasjon. Kapittel 2 i *Kommunikasjon i relasjoner* (s. 47-83). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, T. (2014). DREAM – implementering av LEAN i helse-, sosial- og omsorgstjenestene. Retrieved from Drammen kommune: Skap Gode Dager: <https://www.drammen.kommune.no/Documents/Enhetenes%20egne%20dokumenter/FOU-enheten/Eide%202014%20-%20DREAM%20-%20implementering%20HO.pdf>
- Eide, T., Bakken, L., Fauskanger, E. A., & Eide, H. (2014). The DREAM Project: Improving Organizational Communication in Primary Healthcare. Paper presented at the 12th EACH International Conference on Communication in Health Care, Amsterdam.
- Eide, T., & Cardiff, S. (2017). Leadership Research – a person-centred agenda. In B. McCormack, S. van Dulmen, H. Eide, K. Skovdahl, & T. Eide (Eds.), *Person-Centred Healthcare Research* (pp. 95-115). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Eide, T., Landmark, B., & Martinsen, T. (2015). *Refleksjonshåndboka for etisk lederskap i helse- og omsorgstjenestene*. Oslo: KS.
- Eide, T., & Aadland, E. (2012). *Etikkhåndboka for kommunenes helse- og omsorgstjenester* (2nd ed.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Gausdal, A. H. (2008). Hvordan skape innovative nettverk? *Magma*, 11(5), 53-63.
- Graban, M. (2012). *LEAN hospitals. Improving quality, patient safety, and employee satisfaction* (2nd ed.). Boca Raton: Taylor & Francis; CRC Press.
- Gjerberg, E., Lillemoen, L., Dreyer, A., Pedersen, R., & Førde, R. (2014). Etisk kompetanseheving i norske kommuner – hva er gjort, og hva har vært levedyktig over tid? *Etikk i praksis*, 8 (3), 31-49.
- Helsebiblioteket. (2010). Fiskebeinsdiagram (hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/fiskebeinsdiagram> (publisert 23.9.2010).
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>.
- Helsedirektoratet (2017). Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten IS-IS-2620. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/ledelse-og-kvalitetsforbedring>
- Helsetilsynet. (2015). Tilsynsmelding 2014. Oslo: Statens helsetilsyn: <https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2014.pdf>.
- Helsetilsynet. (2016). Tilsynsmelding 2015. Oslo: Statens helsetilsyn: <https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2015.pdf>.
- Helsetilsynet. (2017). Tilsynsmelding 2016. Oslo: Statens helsetilsyn: <https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2016.pd>.
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

- Hole, Jill og Hurum, Jon-Håvard: Tverrfaglig rehabilitering i hjemmet. Ergoterapeuten 3-2014.
- Holmlid, S. (2007). Interaction design and service design: Expanding a comparison of design disciplines. Nordes (2): <http://www.nordes.org/opj/index.php/n13/article/view/157>
- Jokstad, K., Landmark, B. T., Hauge, S., & Skovdahl, K.-I. (2016). Eldres erfaringer med hverdagsrehabilitering - Mestring og muligheter – krav og støtte i et dynamisk samspill. Tidsskrift for Omsorgsforskning, 2 (4), 212–221.
- Kvalitetsforskriften (2016). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=forskrift%20om%20ledelse>
- Landau, M. J., Robinson, M. D., & Meier, B. P. (Eds.). (2014). The Power of Metaphor: Examining Its Influence on Social Life. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Liker, J. K. (2004). The Toyota Way. 14 Management Principles from the World's Greatest Manufacturer. New York: McGraw-Hill.
- Liker, J. K., & Convis, G. L. (2012). The Toyota Way to LEAN Leadership - Achieving and sustaining excellence through leadership development. New York: McGraw-Hill.
- Løvlie, L. (2013). Service Design From Insight to Implementation. New York: Rosenfeld Media.
- Mazzocato, P., Savage, C., & Brommels, M. (2010). LEAN thinking in healthcare: a realist review of the literature. Quality & Safety in Health Care, 19, 376-382.
- McCarthy, J., & Gastmans, C. (2015). Moral distress. Nursing ethics, 22 (1), 131-152.
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). Person-centred nursing: theory and practice. Chichester, West Sussex: Blackwell.
- McCormack, B., van Dulmen, S., Eide, H., Skovdahl, K., & Eide, T. (2017). Person-Centredness in Healthcare Policy, Practice and Research. In B. McCormack, S. van Dulmen, H. Eide, K. Skovdahl, & T. Eide (Eds.), Person-centred healthcare research (pp. 3-17). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Meld.St. 10 (2012-2013). God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld.St. 26 (2014-2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld.St. 34 (2012-2013). Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld.St. 34 (2015-2016). Verdier i pasientens helsetjeneste — Melding om prioritering. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Mengis, J., & Nicolini, D. (2010). Root cause analysis in clinical adverse events. Nursing management, 16(9), 16-20.
- Miller, L. M. (2012). Healthcare LEAN. The team guide to continuous improvement. Annapolis: Miller Management Press.
- Miller, R. J., & Maellaro, R. (2016). Getting to the Root of the Problem in Experiential Learning Using Problem Solving and Collective Reflection to Improve Learning Outcomes. Journal of Management Education, 40(2), 170-193.
- Modig, N., & Åhlström, P. (2012). Dette er LEAN. Løsningen på effektivitetsparadokset. Stockholm: Rheologica.
- NHS (2007). Going LEAN in the NHS. Warwick: NHS Institute for Innovation and Improvement.
- Nilsen, E.R., Dugstad, J., Eide, H., Gullslett, M.K., & Eide, T. (2016). Exploring resistance to implementation of welfare technology in municipal healthcare services – a longitudinal case study. BMC Health Services Research.
- NOU (1997). Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus. Utredning fra et utvalg oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet 29. april 1996. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Radnor, Z. J., Holweg, M., & Waring, J. (2012). LEAN in healthcare: the unfilled promise? Social Science & Medicine, 73(3), 364-371
- Rommetveit, R. (1972/2000). Språk, tanke og kommunikasjon. Ei innføring i språkpsykologi og psykologivistikk. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Scharmer, C. O. (2007/16). *Theory U: Leading from the future as it emerges* (2. utg, først utgitt 2006.). San Francisco: Berrett-Koehler.
- Senge, P. M. (1990/2006). *The fifth discipline. The art and practice of the learning organization* (2. utg, først utgitt 1990.). London: Random House.
- Senge, P., Kleiner, A., Roberts, C., Ross, R., Roth, G., & Smith, B. (1999). *The Dance of Change: The Challenges of Sustaining Momentum in Learning Organizations*. London: Nicolas Brealey.
- Severinsson, I. E., & Holm, A. L. (2015). Patient's role in their own safety – a systematic review of patient involvement in safety. *Open Journal of Nursing*, 5(642-653).
- St.meld. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Teso, G., Ceppi, G., Furlanetto, A., Dario, C., & Scannapieco, G. (2013). Defining the Role of Service Design in Healthcare. *Design Management Review*, 24(3), 40-47.
- Torgersen, R. (2011). *Verktøy som brukes i LEAN-prosjekter*. Helsebiblioteket:
<http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/verktoy-som-brukes-i-LEAN-prosjekter>.
- Wilson, P. F., Dell, L. D., & Anderson, G. F. (1993). *Root Cause Analysis: A Tool for Total Quality Management*. Milwaukee, Wisconsin: ASQ Quality Press.
- Womack, J. P., & Jones, D. T. (2003). *LEAN Thinking: Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation* (2nd ed.). New York: Free Press.

Vedlegg 1 Spørreskjema 7 flytutfordringer

7 flytutfordringer: plenumsdrøftelse

Skriv ned hvilke flytutfordringer (tap av tid, energi, waste) du selv erfarer under de følgende syv punktene (bruk gjerne baksiden hvis du trenger mer plass):

1. Brukers tid
2. Ansattes tid
3. Dobbeltarbeid
4. Overrapportering/-dokumentasjon og underrapportering/-dokumentasjon
5. Moralsk stress
6. Avvik/feil
7. Kommunikasjon
8. Annet

Vedlegg 2 Spørreskjema Dream-metodikk

Dream hjemmerehabilitering

Våren 2016 hadde vi fire Dream workshops for å planlegge forbedring av arbeidsflyten og -prosessen i hjemmerehabilitering. Utgangspunktet var et forskningsprosjekt hvor både brukere, hjemmetjenesten, teamet og Tjenestetildeling og samordning var intervjuet. Forskningsprosjektet avdekket blant annet at det var et potensial for bedre arbeidsflyt og samarbeid mellom aktørene og økt verdi for brukerne av tjenestene.

I Dream hjemmerehabilitering følger vi PUFF-hjulet: planlegge -> utføre -> følge opp -> forbedre.

I planleggingsfasen benyttet vi Lean-basert Dream-metodikk. Den overordnede tanken var å lytte til brukerens stemme og organisere tjenesten slik at den skapte størst mulig verdi for brukeren med minst mulig spill av ressurser. Dream-metodikken bestod av 10 sentrale elementer:

1. bringe alle parter i kommunens hjemmerehabiliteringsarbeid sammen
2. benytte ekstern orkestrator/prosessleder til å designe og strukturere arbeidsprosessen
3. benytte forskere til å avdekke hva brukerne sier er viktig for dem
4. visualisere og beskrive hjemmerehabiliteringsprosessen sammen
5. gjennomførte rotårsaksanalyse sammen
6. gjennomføre en verdistrømanalyse sammen
7. identifisere spill av tid og ressurser sammen
8. tegne nytt verdistrømkart med avklaring av roller og rutiner sammen
9. gjøre arbeidsoppgaver mellom hver workshop
10. Bli enige om nye prosedyrer/nytt verdistrømkart og plan for gjennomføring

Sommeren 2016 startet utføringsfasen med full gjennomføring av nye rutiner. Det er nå tid for å følge opp med en evaluering, med tanke på justeringer og ytterligere forbedring av prosessene. Det vi ønsker å evaluere er i hovedsak to ting:

- Hvordan har Dream-metodikken fungert som arbeidsform, særlig med tanke på hvilke elementer som var viktige og mindre viktige for prosessen og resultatet?
- Hva har fungert godt og mindre godt med de nye rutinene, og hva bør forbedres?

Som en oppvarming til en samtale om dette kan du svare på spørsmålene nedenfor.

1. Når du tenker tilbake, hvordan fungerte Dream-metodikken som arbeidsform?
2. Hvilke Dream elementer (1-10 over) var viktigst for å utvikle de nye rutinene, og hvorfor?
3. Hva (hvis noe) ved de nye rutinene har skapt bedre arbeidsflyt, og hvordan?
4. Hva (hvis noe) ved de nye rutinene har skapt økt verdi for brukerne, og hvordan?
5. Hva (hvis noe) ved de nye rutinene hindrer fortsatt god arbeidsflyt, og hvordan?
6. Hva (hvis noe) ved dagens praksis bidrar ikke til å skape verdi for brukerne?
7. Hva er den viktigste forskjellen i rutiner/arbeidsprosessen sammenlignet med tidligere?
8. Hva mener du kan og bør forbedres i dag?

Oppsummering arbeidsprosess: Hvor nyttige/viktige var de ulike elementene? (1-5: 1=ikke nyttig, 5=svært nyttig)	
1	Å komme sammen på tvers av oppgaver/roller
2	Å ha en eksterne orkestrator til å lede arbeide
3	Å bygge på forskning om brukernes og partenes erfaringer
4	Å visualisere sammen/tegne kart over hjemmerehabiliteringsprosessen
5	Å gjennomføre rotårsaksanalyse sammen med de andre partene
6	Å gjennomføre en verdistrømanalyse sammen med de andre partene
7	Å identifisere spill av tid og ressurser sammen med de andre partene
8	Å tegne det nye verdistrømkartet med avklaringer av roller sammen
9	Hjemmearbeidet mellom work shops
10	Justere og bli enige om de nye prosedyrene/det nye verdistrømkartet
11	Annet:
12	Annet:

9. Hva er ditt uformelle råd til ledelsen (for at hjemmerehabiliteringen skal bli best mulig)?
10. Beskriv kort en situasjon på jobben som viser hva som fungerer bra/ga meg energi på jobben:
11. Beskriv kort en situasjon/et problem som illustrerer hva du mener bør gjøres/forbedres:

Sett ring rundt svarene:

1. Jeg arbeider i : teamet KTT hjemmetjenesten annet:
2. Jeg samtykker til at svarene brukes i forskning: ja nei
3. Utdanning: _____ Stilling: _____
4. år yrkeserfaring: _____ år i stillingen: _____ Kjønn: _____ Alder: _____

Tusen takk for hjelpen!

DREAM hjemmerehabilitering
– verdistrømkartlegging og tjenesteutvikling i Drammen HSO
Vitensenteret helse og teknologi

Eivind Arne Fauskanger og Tom Eide

ISBN 978-82-7860-321-5
ISSN 2464-3505

usn.no/vitensenteret

