

## Kvalitet og kompetanse

*... om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre*



**Heftets tittel:** Kvalitet og kompetanse  
... om hvordan tjenestene til mennesker med  
psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre

**Utgitt:** 06/2011

**Publikasjonsnummer:** IS-1914

**Utgitt av:** Helsedirektoratet  
**Kontakt:** Psykisk helsevern og rus  
**Postadresse:** Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo  
**Besøksadresse:** Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050  
Faks: 24 16 30 01  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

**Heftet kan bestilles hos:** Helsedirektoratet  
v/ Trykksaksekspedisjonen  
e-post: [trykksak@helsedir.no](mailto:trykksak@helsedir.no)  
Tlf.: 24 16 33 68  
Faks: 24 16 33 69  
Ved bestilling, oppgi publikasjonsnummer: IS-1914

# FORORD

Helsetjenesten skal tilby befolkningen likeverdig tilgang til helsetjenester av god kvalitet. Myndighetenes fokus på kvalitet i tjenestene fremgår av Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) som beskriver ønsket utvikling for de neste fire årene.

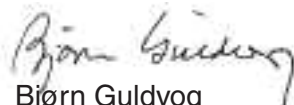
God kvalitet forutsetter fagutvikling på alle aktuelle fagområder. Kontinuerlig kvalitetsforbedring må derfor være en integrert aktivitet i tjenestene. Kvalitetsforbedring krever en bred tilnærming, tydelig ledelse og en organisasjon preget av kontinuerlig læring. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015) ”og bedre skal det bli!” er fortsatt et sentralt dokument i kvalitetsarbeidet.

Gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) er tilbudet til personer med psykiske lidelser blitt betydelig styrket. Til tross for at det også ble satset mye på kvalitets- og kompetansehevedende tiltak vet vi lite om innholdet i de tjenestene som blir gitt. Dette er en av konklusjonene i Forskningsrådets evalueringsrapport (2009). Det er derfor behov for et tydeligere fokus på kvalitet og kompetanse i årene som kommer. Opptappingsplanen for rusfeltet har som et av sine hovedmål ”Bedre kvalitet og kompetanse”. Arbeidet krever systematisk tilnærming og vedvarende innsats skal dette lykkes.

Helsedirektoratet ønsker å bidra til at tjenestene til personer med psykiske lidelser og rusproblemer setter kvalitetsarbeid og kompetansebygging på dagsorden på en systematisk måte. Vi ønsket å bidra til at kvalitetsarbeidet blir forankret i ny kunnskap som så blir satt i sammenheng med lokale utfordringer og kompetansebehov. Å arbeide systematisk med disse temaene kan være krevende, både når det gjelder innhold, tilnærming og prioritering av hvilken kompetanse som er nødvendig for å gi faglig gode tilbud. Fagsjef og professor Torleif Ruud har på oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet et dokument der kvalitet og kompetanse blir sett i sammenheng. Resultatet av hans arbeid foreligger nå i denne rapporten.

Rapporten inneholder ingen ny strategi, men bygger på gjeldende føringer. Samtidig som den gjennom sine skisser til standarder/anbefalinger viser hvordan gjeldende føringer kan operasjonaliseres viser den også hvordan tiltak på de ulike nivåer henger sammen og på hver sin måte bidrar til arbeidet for økt kvalitet. Rapporten henvender seg først og fremst til fagpersoner som arbeider med kvalitetsforbedring, men kan også være til nytte for beslutningstakere. Rapporten gir en god oversikt over tilgjengelig kunnskap på området, og vil derfor kunne være både en inspirasjonskilde og en veiviser.

Oslo, mai 2011



Bjørn Guldvog  
Fung. helsedirektør



# Innhold

1. Aktuelle områder for kvalitet og kompetanse .....	7
1.1. Kvalitet på helsetjenester - bredt definert ut fra flere områder .....	7
1.2. Behov for satsingen på kvalitet og kompetanse .....	8
1.3. Hvordan identifisere behov for bedring av kvalitet .....	9
1.4. Behov for egne kvalitetsstrategier for helsetjenester for psykisk helse.....	10
2. Mennesket i sentrum, ikke sykdommen .....	11
2.1. Rett perspektiv på situasjonen.....	11
2.2. Pasienten som bruker må bestemme over sitt liv .....	12
2.3. Hvordan sykdom og helsetjenestene kan virke inn på livet .....	12
3. Strategier for å forbedre faglig kompetanse .....	13
3.1. Nåværende kompetanse i kommuner og helseforetak .....	13
3.2. Ha den kompetanse som er nødvendig i forhold til oppgavene .....	14
3.3. Systematisk arbeid med kompetansebygging .....	15
3.4. Utvikle definisjoner og mål på ulike typer kompetanse .....	16
3.5. Forbedring av utdanninger.....	17
4. Strategier for å forbedre kvalitet .....	19
4.1. Status for arbeidet med kvalitet i helsetjenestene .....	19
4.2. Sette nasjonale standarder eller anbefalinger .....	21
4.3. Implementering av kunnskapsbasert behandling og kvalitetsforbedring .....	23
4.4. Støtte for kvalitetsforbedring og implementering i større skala.....	25
5. Forslag til et rammeverk med standarder/anbefalinger .....	29
5.1. Hensikt og utforming av rammeverket .....	30
5.2. Arbeid med kvalitet og kompetanse på tre nivå .....	30
5.3. Hvordan velge ut og definere standarder .....	31
5.4. Rammeverket som et dynamisk arbeidsredskap .....	31
6. Skisser til noen mulige standarder/anbefalinger .....	33
Område A. Virkningsfulle tjenester.....	34
Område B. Trygge og sikre helsetjenester .....	36
Område C. Brukermedvirkning og innflytelse .....	39
Område D. God samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet.....	40
Område E. God ressursutnyttelse.....	42
Område F. God tilgjengelighet og fordeling.....	42
Referanser .....	45

<b>Kap.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les <b>denne siden</b> for å få et <b>overblikk</b> over innholdet i forslagene.</li> <li>• Les <b>rammene</b> først i hvert kapittel for å få <b>oversikt over forslagene</b>.</li> <li>• Les <b>teksten</b> i hvert kapittel for å få <b>begrunnelse, omtale og referanser</b>.</li> <li>• Bruk <b>litteraturreferanser</b> og <b>lenker</b> for å finne relevant <b>faglitteratur</b>.</li> </ul>
<b>1</b>	<p>Forslaget om strategier for kvalitet og kompetanse bygger på områdene i nasjonal strategi for kvalitet i helsetjenestene, som tilsvarer lignende strategier i andre land. En rekke forhold ved psykiske lidelser, rus/avhengighet og ved helsetjenestene for disse, gjør at det er behov for egne strategier innen den samlede rammen av nasjonale strategier for kvalitetsforbedring.</p>
<b>2</b>	<p>Helsetjenestene må se og møte brukeren som person der sykdommen bare er en del av livet på det aktuelle tidspunktet og over tid. Brukerens preferanser skal gjelde, og brukeren skal få tilstrekkelig informasjon og delta i valg av behandling. Personer med psykisk sykdom og rusproblemer rammes mer enn andre av stigma. Helsetjenesten må fremme prosesser som bekrefter brukeren som en person, ikke bare pasient.</p>
<b>3</b>	<p>Helsearbeiderne er hovedressursen i helsetjenestene og bør ivaretas og støttes ved fokus på faglige utfordringer. Hver helsearbeider og enhet i helsetjenestene bør ha en plan for kompetanse i forhold til sine oppgaver. Utdanninger bør rettes mot helse-tjenestenes behov og kunnskapsbasert praksis. Det bør utarbeides en systematisk oversikt over ulike typer kompetanse til bruk lokalt og nasjonalt.</p>
<b>4</b>	<p>Implementering av retningslinjer og kunnskapsbasert praksis bør gis høy prioritet i årene framover ved bruk av nødvendige ressurser og tiltak på alle nivå. Dette kan gjøres gjennom lokale prosjekter i kommuner og helseforetak med støtte i nettverk for kvalitetsforbedring, der universitetssykehus og lokale fou-enheter gir aktiv bistand. Helsemyndighetene etablerer koordinerende støttefunksjoner for slike nettverk.</p>
<b>5</b>	<p>Det bør etableres et rammeverk med et realistisk antall standarder for kvalitet i helse-tjenestene innen områdene i nasjonal strategi for kvalitet. I hver standard spesifiseres ansvar på klinisk nivå, tjenestenivå (kommuner/helseforetak) og nasjonalt nivå. Kommuner og helseforetak vurderer til en hver tid hvilke områder og standarder de særlig skal ha fokus på, samt tiltak for å gjøre dette.</p>
<b>6</b>	<p>Det er utarbeidet 18 skisser til formuleringer av standarder til et rammeverk som omtalt i kapittel 5, og med ansvar for de tre nevnte nivåene. De er ikke ferdige forslag, men er ment som illustrasjoner av modellen. Ved eventuell videre utforming av en standard bør det også utarbeides begrunnelse og mer konkret utforming, samt relasjoner til eventuelle kvalitetsindikatorer.</p>

# Beskrivelse av oppdraget og arbeidet

Undertegnede fikk høsten 2008 i oppdrag fra Helsedirektoratet å utarbeide et forslag til strategier for kvalitet og kompetanse i psykisk helsearbeid og psykisk helsevern for voksne. Forslaget skulle bygge på St.prp.nr 1 (2008-09), Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (...og bedre skal de bli) og internasjonal kunnskap fra arbeid med kvalitet og kompetanse. Det skulle gjelde både psykisk helsearbeid i kommunene og spesialisthelsetjenesten med psykisk helsevern og tjenester for rus og avhengighet. Selv om helsetjenester for barn og unge ikke skulle tas med, er trolig mye også relevant for disse.

Forslaget skulle omtale områder som er mest aktuelle for å sikre kvalitet og kompetanse, modeller for satsinger på kvalitet og kompetanse og erfaringer med disse, suksessfaktorer og hindringer, implementering, og modeller for dokumentasjon og monitorering av kvalitet og kompetanse. Omtalen skulle inkludere samhandling mellom første og annen linjetjenesten, psykisk helse og rus, grenseflaten med psykisk helsevern for barn og unge. Forslaget skulle ha et tidsperspektiv fram til 2015 og være avgrenset til noen titalls sider.

Et foreløpig utkast til forslag ble vinteren/våren 2009 fremlagt for Nasjonal strategigruppe 2 for psykisk helse og i et møte for ledelse og avdelinger i Helsedirektoratet. Forslaget er gjort ferdig i 2010 etter lesning og innhenting av informasjon om arbeid med kvalitetsforbedring i ulike land, og kontakt med en rekke personer og instanser i Norge og andre land.

I dette arbeidet har jeg blitt overbevist om at mengden informasjon og krav er et av de store problemene og utfordringene, og jeg har sett behov for å komme med innspill som kan bidra til mer oversikt. Jeg har derfor prøvd å fokusere på noen få strategier for systematisk arbeid med kvalitet over tid.

I et kort forslag er det umulig å oppsummere all kunnskap som nå finnes om kvalitetssikring og kvalitetsforbedring, og det ville også være en for stor oppgave for en person. Men dette notatet er et innspill på noen områder, og de refererte publikasjonene kan være nyttige i det videre arbeidet med kvalitet, sammen med mange andre relevante publikasjoner. De referanser som er tatt med dekker ikke alle områder, men antas å være representative.

Mange personer og instanser i Norge og andre land har på ulike tidspunkt gitt verdifulle innspill i arbeidet. Disse hefter ikke for hvordan dette er brukt i forslaget. Men mange vil være viktige bidragsytere i arbeidet med videre utvikling av kvalitet og kompetanse.

I arbeidet med å prøve å se og forstå prosessene i helsetjenestene har jeg også hatt nytte av mine erfaringer fra klinisk arbeid og veiledning, kontakte med brukere og pårørende, planlegging og utvikling av helsetjenester, samarbeid i helsetjenestene, samarbeid med nasjonale helsemyndigheter, evaluering og helsetjenesteforskning, og internasjonal kontakt.

Jeg håper forsøket på å trekke opp noen linjer i dette forslaget kan komme til nytte.

April 2011  
Akershus universitetssykehus  
Torleif Ruud





# 1. Aktuelle områder for kvalitet og kompetanse

## Oppsummering av områder for kvalitet og kompetanse:

1. Det finnes mange definisjoner av kvalitet i helsetjenester i ulike publikasjoner. Det som er felles for dem, er at kvalitet må defineres og måles i forhold til noe, både hvilke forhold som vurderes og hvilke kriterier eller krav som skal stilles til disse.
2. Forslaget om strategier for kvalitet bygger på nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten og de seks områdene den inkluderer: Virkningsfulle tiltak, trygge og sikre tjenester, brukerinnflytelse, god samordning og kontinuitet, god ressursutnyttelse, tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling. I tillegg ønsket Helsedirektoratet også å få forslag om strategier for kompetanse.
3. Kvaliteten på helsetjenestene for psykisk helse samt rus og avhengighet for voksne i kommuner og helseforetak antas å være på høyde med tjenestene i land vi vanligvis sammenligner oss med. Men vi har begrenset kunnskap om hvor god kvaliteten er. En rekke forhold tyder på at utfordringene er store, og at det er behov for bedring av kvalitet og kompetanse.
4. Det er behov for egne strategier for kvalitet innen helsetjenestene for psykisk helse og rus ut fra at disse i stor grad er organisert som egne tjenester, at slike lidelser ofte medfører sammensatte problemer og langvarige pasientforløp med økt behov for tett samhandling, at mennesker med disse lidelsene møter mer stigma enn andre, at noen lidelser kan utgjøre en trussel mot en selv eller andre, at bruk av tvang er et sentralt problem i en del situasjoner, at lidelsene kan ramme personens opplevelse av seg selv på en annen måte enn somatiske sykdommer, og at relasjonen til behandlere derfor er mer avgjørende og kan være mer krevende .
5. Behovet for strategier for kvalitet og kompetanse vurderes til å være mye likt i de ulike helsetjenestene for psykiske lidelser og rusproblemer, selv om det kan variere hvilke områder og tiltak som er mest aktuelle. Det meste av dette forslaget om strategier for kvalitet og kompetanse er derfor formulert generelt og felles, men vil kunne tilpasses de ulike delene av helsetjenestene for psykisk helse og rus.

## 1.1. Kvalitet på helsetjenester - bredt definert ut fra flere områder

Den nasjonale strategien for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet 2005a) viser til følgende definisjon av hva som er god kvalitet:

”Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav.”

Det finnes mange andre definisjoner av kvalitet i helsetjenester i ulike publikasjoner. Det som er felles for dem, er at kvalitet må defineres og måles i forhold til noe, både hvilke forhold som vurderes og hvilke kriterier eller krav som skal stilles til disse.

Dette er kanskje mest konkret uttrykt i kvalitetsindikatorer som ofte måles ved et spesifikt forhold mellom teller og nevner (f eks epikrisetid: andel epikriser som er utsendt innen en uke). Mange utsagn angir en retning på noe (f eks at en utredning skal være grundig) uten at det er mulig å vite om dette er innfridd så lenge det ikke sammenlignes med en standard eller spesifikke

kriterier. Dette gjør at det kan være vanskeligere å måle eller vurdere myke verdier (f eks kvaliteten på en samarbeidsrelasjon) enn f eks hendelser som kan telles.

Forslaget bygger på Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (. . . og bedre skal det bli) (Sosial- og helsedirektoratet 2005a) og på internasjonal kunnskap og erfaring fra arbeid med kvalitet og kompetanse. Den nasjonale strategien definerer kvalitet ut fra følgende seks områder:

- **Virkningsfulle tiltak:** God kvalitet forutsetter at beslutninger om behandling, forebygging, pleie, omsorg og sosiale tjenester baseres på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak.
- **Trygge og sikre tjenester:** God kvalitet forutsetter at sannsynligheten for feil og uheldige hendelser er redusert til et minimum.
- **Involvere brukerne og gi dem innflytelse:** God kvalitet forutsetter at brukerens og pasientens erfaringer og synspunkter påvirker tjenestene.
- **God samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet:** God kvalitet forutsetter at tiltakene er samordnet og preget av kontinuitet.
- **God ressursutnyttelse:** God kvalitet forutsetter at ressursene er utnyttet på en slik måte at brukeren og samfunnet får mest mulig gevinst.
- **Tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling:** God kvalitet forutsetter at ressursene i det samlede tjenestetilbudet er tilgjengelige og fordelt slik at alle har samme mulighet for å oppnå et godt resultat.

Disse områdene er hovedsak de samme som WHO og en rekke andre land bruker når de definerer hva som kjennetegner helsetjenester av god kvalitet.

## 1.2. Behov for satsingen på kvalitet og kompetanse

Bakgrunnen for Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2008 var Stortingsmelding 25 1996/97 og dens beskrivelse av brist i alle ledd og store behov for endringer i helsetjenestene. Det har vært en økning i ressursene i helsetjenestene i denne perioden med hovedfokus på psykisk helsearbeid i kommunene og på distriktpsikiatriske sentre. Norges forskningsråd har gjennomført en evaluering av Opptappingsplanen (Norges forskningsråd 2009). Denne viser at en i stor grad har nådd de fleste av de kvantitative mål som ble satt for økningen av helsepersonell i psykisk helsevern og psykisk helsevern i kommunene. Men det er fortsatt svært begrenset hva vi vet om kvaliteten på tjenestene.

Med rusreformen i 2004 fikk staten ved de regionale helseforetakene ansvar for den spesialisert delen av rusbehandlingen (tverrfaglig spesialisert behandling-TSB). Samtidig ble det klart at tjenestene har behov for en kapasitets- og kompetanseheving. Dette resulterte i en egen opptrappingsplan for rusfeltet som er bestemt videreført til 2013.

Helsetjenestene for psykisk helse og rus står overfor mange utfordringer og endringer:

- Det har i løpet av de siste årtier skjedd en omfattende utvikling innen spesialisthelse-tjenesten (psykisk helsevern), rustjenestene og kommunale tjenester (fastleger, psykisk helsearbeid) for psykiske lidelser. Dette gjør at tjenestene er mer komplekse enn før, og med større behov for samhandling for å unngå fragmentering og dårlig kontinuitet.
- Økning i antall og bredde på faggrupper som arbeider innen disse helsetjenestene.

- Økt antall lover, forskrifter, veiledere, instruksjoner og anbefalinger som gjelder disse helsetjenestene, og som det er en økende utfordring å holde oversikt over.
- Det er mange nye utredningsmetoder og behandlingsmetoder, og flere måter å organisere og drive helsetjenestene på.
- Utvikling av kliniske retningslinjer og behandlingslinjer for mange pasientgrupper og fagområder basert på økende omfang av kunnskapsoppsamlinger og forskning.
- Økt vekt på brukerinnflytelse og brukermedvirkning, tiltak for og samarbeid med pårørende, og ivaretagelse av barn av personer med psykisk sykdom og rusproblemer.
- Økt vekt på at de samme krav skal innfris over alt, men samtidig en utvikling med økt spesialisering, differensiering og fordeling av oppgaver.
- Økt vekt på økonomi og kostnads-effektivitet og krav om produksjon som bidrar til å skape en mer presset arbeidssituasjon som ofte kan overskygge faglige spørsmål.
- Økt vekt på forretningsdrift og økonomi innen enhetlig ledelse i helsetjenestene, med mindre innflytelse for fagspesialister på løpende drift.
- Økte krav til innsyn og åpenhet om hva som skjer i helsetjenestene, fra at det tidligere mer var private rom med mindre grad av innsyn og styring utenfra.
- En rekke rapporter og undersøkelser har vist eller har hevdet å påvise svikt i mange deler og funksjoner innen helsetjenestene for psykiske lidelser og rusproblemer.

### **1.3. Hvordan identifisere behov for bedring av kvalitet**

Det kan være flere ulike grunner til en vurdering og beslutning om at kvaliteten bør bedres:

Forbedring av kvalitet kan være aktuelt der en kjenner til at kvaliteten ikke er god nok, sett i forhold til kriterier eller krav som skal innfris eller til standarder som er satt ut fra faglige, etiske, juridiske eller politiske begrunnelser. Slik kunnskap forutsetter at en har pålitelige mål på kvalitet for de forhold det gjelder.

Store variasjoner i praksis på tvers av steder kan være et tegn på at kvaliteten er for lav generelt eller en del av stedene. Men det kan også være at en gjør nødvendige eller hensiktsmessige lokale eller individuelle tilpasninger. Eller det kan være en blanding av ujevn kvalitet og hensiktsmessige tilpasninger. En må altså først vite hva som er tilfelle for å kunne ta stilling til om det er behov for å forbedre kvaliteten.

For mange forhold kjenner vi ikke til hvordan kvaliteten er, selv om vi kan ha meninger om det ut fra en del tilfeller vi kjenner til og vår vurdering av disse. Måling og dokumentasjon som kan gi sikrere kunnskap om grad av kvalitet, krever at en definerer og operasjonaliserer prosesser slik at en kan vite hva en skal se etter og kunne observere og vite om det skjer. For en del forhold finnes det gode kvalitetsmål (Hermann 2005) for helsetjenester innen psykisk helse, men for mange områder er det behov for systematisk utviklingsarbeid og forskning.

I tillegg til å vite at kvaliteten ikke er god nok, må en også ta stilling til om en bedring av kvaliteten på det aktuelle område er av en slik betydning at den bør prioriteres, og om aktuelle tiltak kan forventes å bedre kvaliteten på tjenestene.

## 1.4. Behov for egne kvalitetsstrategier for helsetjenester for psykisk helse og rus

Helsetjenestene for psykisk helse og rus er en del av de samlede helsetjenestene, men har likevel en del utfordringer og særtrekk som gjør at det er nødvendig med egne tjenester og med eget arbeidet med kvalitet. Dette finner vi også i andre land vi ofte sammenligner oss med.

Trass i arbeid for å redusere stigma og allminneliggjøre psykisk sykdom og ruslidelser, er det ofte slik at lidelsene rammer personens opplevelse av seg selv på en annen måte enn somatiske sykdommer gjør. Dette kan ha betydning for hvordan en må utvikle kontakt og samarbeid og for hvordan tjenestene bør utformes og ytes, ikke minst når det gjelder personer med alvorlige psykiske lidelser. En uformell kompetanse som f.eks. evnen til å etablere og vedlikeholde relasjoner i krevende situasjoner, er trolig enda viktigere innen helsetjenester for psykiske lidelser og rusproblemer enn innen somatiske helsetjenester. Et annet tilleggsproblem er at noen psykiske lidelser i blant kan utgjøre en trussel mot en selv eller andre, og at bruk av tvang er en sentral problemstilling i en del situasjoner.

Ut fra forholdene som er nevnt ovenfor, er erfaringene både i kommuner og helseforetak at tjenestene i mange sammenhenger kan ytes best som egne helsetjenester. Ved starten av Opptappingsplanen var det en intensjon i mange kommuner om å ikke ha egne kommunale tjenester for mennesker med psykiske lidelser, men de fleste kommuner har etter hvert etablert egne team og tilbud innen det som nå ofte kalles psykisk helsearbeid. Innen helseforetakene er psykiatriske spesialisthelsetjenester organisert i en egen divisjon eller klinikk, og tjenestene for rus og avhengighet er som regel en del av denne divisjonen eller klinikken. Dette finner en også i ulike varianter i andre land.

I tillegg til disse strukturelle forhold, fører psykiske lidelser og rusproblemer ofte til langvarige pasientforløp som for mange også medfører bruk av flere ulike tjenester. Brukernes sammensatte behov gjør også at det er bruk for tettere samhandling og flere aktører som yter tjenester, og fordi relasjonene i seg selv ofte er en viktig komponent i innholdet i tjenestene, er det også viktig at brukeren møter de samme holdninger og tilnæringsmåter hos flere.

Dette gjør også at utfordringene når det gjelder kvalitet og kompetanse i stor grad er av samme type i de ulike delene av helsetjenestene for psykisk helse og rus, slik at mye i dette forslaget om strategier for kvalitet og kompetanse vil gjelde alle tjenestene, selv om de er på ulike steder i prosessen med kvalitetsforbedring og delvis har ulike målgrupper og oppgaver.

Arbeidet med å definere kvalitet og kunnskapsbasert praksis er hittil gjort i større grad innen spesialisthelsetjenesten enn i kommunene. Men selv om omfang av kunnskapsbaserte retningslinjer og anbefalinger er større innen noen områder enn andre, er det i alle områder begrenset kunnskap om i hvilken grad en driver kunnskapsbasert praksis, og trolig også slik at kunnskapsbasert praksis drives i begrenset grad.

## 2. Mennesket i sentrum, ikke sykdommen

### Oppsummering om å ha mennesket i sentrum:

1. En av de viktigste sidene ved helsetjenestene er hvordan pasienten blir sett og møtt som person. Det dreier seg mye om å se og forholde seg til pasienten som en person der sykdommen bare er en del, og ikke bare sykdommen. Det dreier seg om å se og forholde seg til at pasienten har et liv som inneholder mye mer enn sykdommen, både på det aktuelle tidspunktet og sett over tid.
2. Pasientens verdier og preferanser skal gjelde, og pasienten skal ved adekvat informasjon og samarbeid med sin behandler få tilstrekkelig grunnlag til å velge behandling. I den nye helseplanen i Storbritannia uttrykkes pasientens innflytelse og styring slik: "Ingen beslutning om meg uten at jeg er med" ("No decision about me without me").
3. Det er flere grunner til at pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer rammes mer enn andre av stigma. Oppfatningen av manglende kompetanse til å forstå og beslutte, oppfatninger av at mange er farlige for seg selv eller andre, og bruk av tvang er med på å gjøre stigma større for disse pasientgruppene. Stigma er oftest sterkere ved ruslidelser enn ved psykiske lidelser, og sterkere ved noen psykiske lidelser (f eks schizofreni) enn ved andre (f eks depresjon). Vi vet for lite om i hvilken grad stigma og ulike menneskesyn er til stede i helsetjenestene, så det er behov for å få mer kunnskap om dette.
4. Helsetjenestene er opptatt av klinisk bedring, men dette er bare en del av den personlige bedringsprosessen (personal recovery) sett fra pasienten som bruker. For noen mennesker med alvorlige psykiske lidelser kan helsetjenestene være skadelige på lengre sikt ved at deres identitet etter hvert blir preget eller fylt av identiteten som pasient, slik at de mister mye av sin identitet som menneske.

### 2.1. Rett perspektiv på situasjonen

En av de viktigste sidene ved helsetjenestene er hvordan brukeren/pasienten blir sett og møtt som person. Dette er vektlagt på ulike måter fra helsemyndighetene ved begreper som "pasienten først", "pasienten i sentrum" og "vekt på mestring av eget liv".

Selv om respekt for pasientens integritet og synspunkter alltid har vært en viktig del av godt klinisk arbeid, er det ikke minst framveksten av brukerorganisasjoner og brukernes stemme som har bidratt til økt fokus på brukerperspektivet de siste årtier. Det dreier seg mye om å se og forholde seg til pasienten som en person der sykdommen bare er en del, og ikke bare sykdommen. (Mental Helse 2010, Sosial- og helsedirektoratet 2006a)

En annen side ved det samme, er vekten på pasientforløpet, der en ser en sykdomsepisode eller behandlingsepisode i lys av et lengre tidsperspektiv. Det dreier seg om å se og forholde seg til at pasienten har et liv som inneholder mye mer enn sykdommen, både på det aktuelle tidspunktet og sett over tid.

Dette er pasientene selv klar over og opptatt av. Undersøkelser har vist at brukere delvis prioriterer annerledes enn behandlerne, ved at de setter livskvalitet og livssituasjon høyere enn symptombedring. Det dreier seg mye om å se situasjonen mer slik pasienten ser den og forholde seg til det som er viktig for pasienten.

Det er også viktig at helsepersonell ser pårørende og deres situasjon, - både som viktige personer i pasientens familie som kjenner pasientens tilstand og situasjon godt og kan bidra både overfor pasienten og helsetjenestene, men også som personer som kan ha egne behov for støtte og bistand (Sosial- og helsedirektoratet 2006b, LPP 2010).

## **2.2. Pasienten som bruker må bestemme over sitt liv**

Når en person blir bruker av helsetjenestene, ønsker han best mulig hjelp. Men det er brukerens liv og helse det gjelder, det er han/hun som skal leve med konsekvensene av behandlingen, og av eventuelle bivirkninger. Derfor er det brukerens rett å velge, og til å få riktig og tilstrekkelig informasjon til å gjøre dette valget. Ofte vil brukeren stole på den som er behandler og følge vedkommendes råd, og i blant ønsker eller trenger brukeren hjelp til å velge. Men dette røkkes ikke ved grunnprinsippet om at det er pasienten som bruker som må bestemme over sitt liv, og at helsearbeidere må bistå i denne prosessen og respektere de valg brukeren gjør.

Dette er et viktig punkt i helsereformer eller forslag til kvalitetsforbedring av helsetjenestene i flere land, blant annet USA og Storbritannia. I den store rapporten fra Crossing the Quality Chasm (Committee on Crossing the Quality Chasm 2006) i USA legges det stor vekt på behovet for endringer i helsetjenestenes syn på og holdninger til pasienten som person også innen for psykisk helse og rus. Pasientens verdier og preferanser skal gjelde, og det er pasienten som skal velge behandling og gjennom informasjon gjøres i stand til å velge behandling. En ny helseplan i Storbritannia (Department of Health 2010) har mye fokus på at pasienten skal ha innflytelse og styring, og vil at felles beslutninger (shared decisionmaking) skal være normen: "Ingen beslutning om meg uten at jeg er med" ("No decision about me without me").

## **2.3. Hvordan sykdom og helsetjenestene kan virke inn på livet**

Det er flere grunner til at pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer rammes mer enn andre av stigma. Oppfatningen av manglende evne til å forstå og beslutte, at noen er farlige for seg selv eller andre, og bruk av tvang er med på å gjøre stigma større for pasienter med psykiske lidelser. Stigma er oftest sterkere ved ruslidelser enn ved psykiske lidelser, og sterkere ved noen psykiske lidelser (f eks schizofreni) enn for andre (f eks depresjon). Det finnes en del forskningsbasert kunnskap om omfanget og betydningen av stigma og diskriminering (Thornicroft 2006). Han viser at helsepersonell også kan ha negativt syn på pasienter med psykiske lidelser, og i så fall også være preget av dette i sitt møte med pasientene.

I sin bok om recovery sier Slade (2009) at helsetjenestene er opptatt av klinisk bedring (clinical recovery), men at dette bare er en del av den personlige bedringsprosessen (personal recovery). Han beskriver hvordan dagens helsetjenester for mennesker med psykiske lidelser kan fungere bra f eks for dem som har en depresjon som går helt over. Men helsetjenestene kan være direkte skadelige på lengre sikt for personer med alvorlige psykiske lidelser ved at deres identitet etter hvert blir preget av identiteten som pasient, slik at de mister mye av sin mer innholdsrike identitet som menneske. Noe som kan gi lindring eller lettelse på kort sikt, kan virke negativt og skadelig på lang sikt.

Vi vet for lite om i hvilken grad stigma og ulike menneskesyn er tilstede i helsetjenestene, så det er behov for å få mer kunnskap om dette. Det er også behov for å arbeide med holdninger i alle deler av helsetjenestene. Undervisning med og møte med brukere kan være noe av det som kan skape større bevissthet og ydmykhet når det gjelder beslutninger og tiltak som har konsekvenser for pasientens liv.

## 3. Strategier for å forbedre faglig kompetanse

### Oppsummert forslag til strategier for å forbedre faglig kompetanse:

1. Helsearbeiderne er den store ressursen i helsetjenestene. De bør ivaretas og støttes ved fokus på kompetanse og faglige utfordringer. Økt fokus på kvalitet og noe redusert fokus på produktivitet kan øke inspirasjon og fremme kvalitetsforbedring.
2. Hver helsearbeider i kommuner og helseforetak bør ha en plan for egen kompetanse og utvikling av denne, og denne bør følges opp i regelmessige medarbeidersamtaler.
3. Spesialisert kompetanse bør i størst mulig grad bygge på behandlingsformer med godt dokumentert effekt, og med oppdatering av kompetanse ut fra ny kunnskap.
4. Hver enhet i helsetjenestene i kommuner og helseforetak bør ha definerte målgrupper og oppgaver, og en plan for nødvendig kompetanse og kompetanseutvikling i forhold til disse oppgavene. Status for kompetanse og gjennomført kompetanseutvikling bør rapporteres årlig, og bør bygge på individuell kompetanse og kompetanseutvikling.
5. Det bør etableres felles fora og prosesser for samarbeid mellom utdanningssteder og helsetjenestene for å sikre at fagutdanninger er rettet mot de kompetansebehov helse-tjenestene i kommuner og helseforetak har.
6. Helsedirektoratet bør sørge for at det utarbeides en systematisk oversikt med definisjoner og spesifisering av ulike typer kompetanse innen helsetjenestene for psykisk helse og rus. Denne bør dekke alle helsetjenester og faggrupper, den bør definere en felles kjernekompetanse og spesialisert kompetanse, og den bør brukes som et felles begrepsapparat i kompetanseplaner og planer for utdanninger.
7. Helsemyndigheter bør tilrettelegge elektroniske løsninger via internett som støtte for kompetansebygging og oversikter over kompetanse. Dette kan gjelde opplæring, tilbakemelding og testing av kompetanse. Enheter i helsetjenestene bør kunne registrere sin kompetanse direkte inn i en felles database via internett, og hente ut tilbakemelding om hvordan deres kompetanse er sammenlignet med andres.

Standarder A1 og F1 i kapittel 6 gjelder kompetanse, men kompetanse er en forutsetning for de fleste standardene som er skissert i kapittel 6.

### 3.1. Nåværende kompetanse i kommuner og helseforetak

Helsearbeiderne og deres kompetanse er den viktigste ressursen i helsetjenestene. Antall årsverk i helsetjenestene for psykisk helse for voksne er omtrent 30 000 med vel halvparten i psykisk helsevern (Bjørngaard 2008), nær halvparten i psykisk helsearbeid i kommunene og vel 500 årsverk med psykiatere og psykologer i avtalepraksis. Antall årsverk i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere i spesialisthelstjenesten er omtrent 3 000 (Lilleeng 2008). I tillegg kommer den tid fastleger og fagfolk innen somatiske sykehus og andre tjenester bruker på pasienter med psykiske helseproblemer. Dette er en stor arbeidsstyrke med omfattende kompetanse, og Norge ligger høyt på internasjonal statistikk over antall fagfolk pr innbygger innen helsetjenester for psykisk helse. Med en del deltidsansatte er antallet fagpersoner en del høyere enn tallet ovenfor.

Det er viktig å ta vare på kompetanse og fagmiljøer som det har tatt lang tid å bygge opp. I varetakelse av helsearbeiderne som fagpersoner kan skje gjennom mer fokus på faglige sider og noe mindre fokus på produksjon og økonomi, og ved tiltak som inspirerer og anerkjenner deres faglige kompetanse og utfordrer til bruk og utvikling av den. Det har stor betydning at ledere viser interesse for og prioriterer faglig utvikling.

Vi antar at vi i våre helsetjenester har kompetanse på høyde med land det er rimelig å sammenligne med, og det arbeides mye med utdanning, spesialisering, undervisning, veiledning og andre former for kompetansebygging både ved utdanningsinstitusjoner, institutter og innen helsetjenestene. Vi har en del statistikk over antall fagfolk med ulike typer utdanning, og noe om hvordan disse er fordelt innen helsetjenestene. Men utover formalisert utdanning har vi begrenset spesifikk kunnskap om den kompetanse som finnes hos helsearbeidere i kommuner og helseforetak.

Ut fra fordelingen av fagfolk vet vi at det er stor variasjon i tilgang på fagfolk og deres kompetanse, og i tillegg kan det være store individuelle forskjeller på kompetanse. Men vi har lite empirisk kunnskap om hvilke konsekvenser dette har for pasientene. Vi vet lite om hvilken sammenheng det er mellom behandlernes kompetanse og resultater fra behandling av pasienter, og lite om hvilke konsekvenser det har i vanlig klinisk praksis å fordele pasienter på behandlere med ulike typer kompetanse.

Selv om bemanning og kompetanse er avgjørende for tilgang på helsetjenester, vet vi ikke hva som er tilstrekkelig bemanning og kapasitet og har ikke pålitelige måter å måle dette på.

Ut fra alt dette er det trolig ønskelig å forbedre kompetansen innen helsetjenester for psykisk helse, og forbedre vår kunnskap om kompetanse og om hvilken betydning den har.

### **3.2. Ha den kompetanse som er nødvendig i forhold til oppgavene**

Helsearbeiderne i de ulike delene av helsetjenestene for psykisk helse og rus bør ha den kompetanse som er nødvendig for å gjennomføre de oppgavene de har. Dette inkluderer ulike typer kompetanse som er nevnt nedenfor, men med varierende vekt på hvilke typer spesialkompetanse som er viktig. Det må også være tilstrekkelig omfang av og bredde i kompetanse for å dekke de behovene brukerne av helsetjenestene har.

Hver enhet i helsetjenestene i kommuner og helseforetak bør derfor få definert hvilke målgrupper og oppgaver den har innen de samlede tjenestene, og enheten bør ha en plan for nødvendig kompetanse og kompetanseutvikling i forhold til disse oppgavene.

En slik samlet plan for en enhet må bygge på og samtidig sette rammer for de individuelle planene for kompetanse og kompetanseutvikling som den enkelte helsearbeider bør ha. Status for enhetens kompetanse og gjennomført kompetanseutvikling bør rapporteres årlig, og den må bygge på hva som finnes av individuell kompetanse og kompetanseutvikling.

Konkrete vurderinger av nødvendig kompetanse vil være en hjelp til å få oversikt over og styre en målrettet kompetansebygging tilpasset tjenestenes oppgaver, enten dette er psykisk helsearbeid i kommuner, fastlegers arbeid, ulike typer distriktpspsykiatriske tjenester, rustjenester i kommuner og helseforetak, spesialister med avtalepraksis eller sykehus.

#### ***Ulike typer kompetanse***

Nedenfor nevnes ulike typer kompetanse som det er behov for at det blir lagt vekt på i de utdanningene som utgjør hoveddelen av de ansatte innen psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten nevner blant annet grunnkompetanse, spesialistkompetanse, forbedringskompetanse og samhandlingskompetanse.



Interesse og respekt for pasienten som person og dennes vurderinger (se forrige kapittel), er en sentral type kompetanse. Større bevissthet om dette perspektivet vil være med å prege holdninger og hvordan pasienten møtes som bruker i helsetjenestene. Personlig integritet hos helsearbeidere er avgjørende for kvaliteten på arbeidet. Dette gjelder særlig i kontakt mellom behandlere og pasienter, der kvaliteten på den personlige kontakten både kan ha en egenverdi og virkning i seg selv. Den kontakt og tillit pasienten får til helsearbeiderne vil også kunne ha stor betydning for i hvilken grad pasienten gjør bruk av behandlingen, og dermed også for resultatet av behandlingen.

Kompetanse i å gjennomføre felles beslutninger (shared decisionmaking) ved pasient og behandler er et felt med økende kunnskap og tillegges stor vekt i standarder og anbefalinger i Storbritannia og USA. Dagens utvikling med økt vektlegging både på kunnskapsbasert praksis (det fagpersonen skal vite) og på økte brukerinnflytelse (det pasienten vet) stiller større krav enn før til hvordan helsepersonell forholder seg i situasjoner der pasientens ønsker og preferanser går på tvers av de meninger fagpersoner har.

Spesialisert kompetanse er viktig for utredning og behandling i helsetjenester for psykiske lidelser og rus. Det er dette mange fagfolk først og fremst vil tenke på som kompetanse, fordi det er denne kompetansen som er mest spesifikk og spesialisert. Dette kan være kompetanse i ulike typer individuell psykoterapi eller gruppeterapi, familiearbeid, nettverksmøter, psyko-farmaka, psykoedukasjon, motiverende intervju, relasjonsbygging, spesialisert støtte i arbeids-situasjon eller boligsituasjon, sosial trening, fysioterapi, musikkterapi og en rekke andre former for behandling.

Relasjonskompetanse og samhandlingskompetanse er viktige deler av en felles kjernekompe-tanse. Relasjonskompetanse er viktig i forhold til pasienten, i forhold til pasientens pårørende, og i forhold til samarbeidspartnere innen tjenestene. Samhandlingskompetanse bør defineres tydeligere som et felles tverrfaglig fagområde som bør inngå i alle fagutdanninger rettet mot helsetjenestene, og i videre/etterutdanninger. Kulturell kompetanse er også blitt viktig i vårt flerkulturelle samfunn og må utvikles mer.

Forbedringskompetanse er viktig for å få til kvalitetsforbedring som krever forandring. Forskning viser at fagfolk i stor grad fortsetter å gjøre det de har lært og blitt vant til å gjøre. Det er dokumentert at det er stor variasjon av i hvilken grad fagpersoner og fagmiljøer er åpne for og i stand til å gjennomføre en endring av praksis, og i stand til å holde fast ved en slik endring uten å gli tilbake i tidligere arbeidsmåter. De bør derfor allerede i utdanningen få kompetanse i forbedringsarbeid, slik at de blir vant til å tenke at dette er en del av den jobben, og til å forstå behov for dokumentasjon og transparens i forbedringsprosesser.

### **3.3. Systematisk arbeid med kompetansebygging**

Både i psykisk helsearbeid, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det viktig å drive systematisk kompetansebygging. To sentrale elementer i dette er undervisning og veiledning. Undervisning bør være tilgjengelig både som intern undervisning som når mange og deltakelse i kurs eller konferanser der en også treffer fagfolk fra andre steder og fagmiljø. Veiledning kan skje individuelt eller i grupper. Veiledning er mer etablert i psykisk helsevern enn i psykisk helsearbeid, men det bør også sikres i psykisk helsearbeid.

Hver fagperson bør ha en individuell plan for kompetanseutvikling, og denne bør revideres regelmessig. En individuell plan for faglig utvikling er et sentralt tema i medarbeidersamtalen. Under forutsetning av at planen også gjennomføres, kan den bety mye for faglig utvikling og bidra til stabilitet i tilsettingsforhold.

Hver enhet bør også ha en samlet plan for kompetanse og utvikling av kompetanse i forhold til de oppgaver enheten har. Denne bør revideres med visse mellomrom eller ved endringer i

ansvar og oppgaver. Fagpersonenes individuelle planer for kompetansebygging bør relateres til enhetens samlede kompetanseplan. Enhetens kompetanse og kompetansebygging bør rapporteres årlig og inngå i en samlet oversikt på høyere nivå. En felles oversikt på høyere nivå forutsetter bruk av felles definisjoner og mål for ulike typer kompetanse, slik det omtales i kapittel 3.4 nedenfor.

En nasjonal oversikt over typer kompetanse (se kap 3.4 nedenfor) bør brukes av tjenester i kommuner og helseforetak til å beskrive kompetansebehov for sine ulike enheter, og i disse enhetenes arbeid med å videreutvikle sin kompetanse i forhold til sine oppgaver. Enhetene rapporterer årlig internt om sin eksisterende kompetanse og om gjennomføring av kompetansebygging. Dette bør tilrettelegges som en felles database på internett der den enkelte enhet kan logge seg inn og rapportere sine data om kompetanse, samt få en tilbakemelding om egen status sett i forhold til tilsvarende enheter andre steder. En slik database på internett vil også kunne gi kommuner, helseforetak og helsemyndigheter oppdaterte oversikter over kompetanse innen sine tjenester, slik at de kan bruke dette i videre planlegging. Den vil også gi viktige data til forskning på kompetanse og helsetjenester.

### **3.4. Utvikle definisjoner og mål på ulike typer kompetanse**

Vi vet en del om hva som regnes som nødvendig og viktig kompetanse for utredning og behandling av mennesker med psykiske lidelser. En del av dette bygger på forskning, men mye bygger i hovedsak på konsensus blant fagfolk. Men slik kompetanse er i liten grad definert så konkret at den kan vurderes og måles på pålitelige måter.

De siste årene har det i USA vært en økende oppmerksomhet på behovet for å utvikle og opprettholde en godt utdannet arbeidsstyrke (workforce) for psykisk helse, både med tanke på spesialisthelsetjenesten for psykiske lidelser og ruslidelser, og psykisk helsearbeid innen primærhelsetjenesten (Committee on Crossing the Quality Chasm 2006, Robiner 2006, Hoge 2005, 2009). Lignende tiltak finnes også i Storbritannia (Lambert & Gournay 1999), og WHO har utarbeidet råd om kompetansebygging (WHO 2005). Også her i landet har myndighetene utarbeidet en oversikt over kompetansebehov i psykisk helsevern (Statens helsetilsyn 2001), men den var ikke presisert i en slik grad at den har fått noen særlig betydning.

Arbeidet med å definere en felles kjernekompetanse på tvers av faggrupper og deler av helse-tjenestene har stått sentralt i initiativene til å sikre en kompetent arbeidsstyrke. Et eksempel er Annapolis Coalition i USA (Hoge 2005). En har også arbeidet i Storbritannia med å definere kjernekompetanse på tvers av og felles for faggrupper (Hope 2004).

Oversikter over slike definerte sett med kjernekompetanse viser at det er en høy grad av konsensus (Clasen et al 2003, Styron et al 2005, Bashook 2005) om hva som er kjernekompetanse, men dette arbeidet er i en tidlig fase. Blant den kjernekompetanse som er identifisert av en rekke opplæringsprogrammer, er kompetanse i å bygge relasjoner.

På samme måte som utdanning i vår tid bør ha fokus på behandlinger som har dokumentert effekt, er det foreslått at effekten av kompetansebygging også bør måles og dokumenteres. Dette krever at kompetanse må være definert tydelig nok til å bli identifiserbar og målbar. Oversikter over slikt arbeid som er under utvikling i ulike sammenhenger understreker behovet for å definere kompetanse på tvers av profesjoner og utdanningssteder (Clasen et al 2003, Bashook 2005, Hoge m.fl. 2005).

Det bør utarbeides nasjonalt en systematisk oversikt med definisjoner og spesifisering av ulike typer kompetanse som det er behov for innen helsetjenestene for psykisk helse og rus. Dette bør gjøres i samarbeid med tilsvarende arbeid i andre land, og i samarbeid med alle aktuelle faggrupper slik at definisjoner gjelder på tvers av faggrupper. Ut fra dette lages det så en oversikt over hva som bør være felles kjernekompetanse for alle helsearbeidere i helsetjenester for

psykisk helse og rus, og hva som er spesialisert kompetanse. Dette arbeidet på nasjonalt nivå bør ikke gjøres som en utredning av en arbeidsgruppe som settes sammen for en kort tid, men av en samarbeidsinstans som kan følge dette feltet over flere år i kontakt med kommuner, helseforetak, utdanningssteder, fagorganisasjoner og brukerorganisasjoner.

Elektroniske løsninger bør tas i bruk i mye større grad i kompetansebygging og i å gjøre kunnskap tilgjengelig i helsetjenestene. Eksempler på dette kan være å ta kurs på internett, å teste egen kompetanse mot spørreskjema på internett, å få tilbakemelding fra andre ved at de besvarer spørreskjema på internett slik psykiatere i Storbritannia nå kan gjøre. Dette er ikke bare kostnadseffektive læringsmåter, men åpner også opp for nye måter å lære på. Utvikling av slike løsninger bør knyttes til noen av de andre punktene som er omtalt ovenfor, og til forskning.

### **3.5. Forbedring av utdanninger**

Grunnutdanningene for faggruppene som arbeider i psykisk helsearbeid, psykisk helsevern og spesialisert tverrfaglige rusbehandling gjennomføres av universiteter og høyskoler, mens fagforeninger og høyskoler står for spesialisering i samarbeid med helsetjenestene. En del frittstående institutter driver utdanning i psykoterapi og andre former for utdanning.

Det har i løpet av de siste årene vært flere rapporter om ulike utdanninger, og disse har pekt på noen områder for forbedring som kan tas med i en prosess der helsetjenestenes behov for kompetanse bidrar til å justere innholdet i utdanning av helsepersonell. Som eksempel kan nevnes at videreutdanning i psykisk helsearbeid i høyskolene har vært vurdert i to rapporter (Ludvigsen og Helgesen 2004, Ådnanes og Harsvik 2007), der den siste også omtalte SEPREPs tverrfaglig utdanning. Utdanningen i psykisk helsearbeid har ført til en mer lik og felles utdanning og økt vekt på brukermedvirkning og samhandling, men samtidig trolig til en svekkelse av den spesifikke fagkunnskap som den enkelte faggruppe kunne ta med seg inn i det tverrfaglige samarbeidet. Det er derfor nå behov for å øke fokus på moduler som gir spesifikk faglig fordypning, ikke minst i en tid der slik spesifikk faglig kunnskap har økt og blitt enda mer differensiert enn tidligere. Rådet for psykisk helse (2006) har vurdert videreutdanningen i psykisk helsearbeid og spesialistutdanningene i klinisk psykologi og psykiatri i forhold til noen statlige føringer, og har gitt noen råd om forbedringer.

Det pågår arbeid innen psykologutdanningen, legeutdanningen, spesialistutdanningen i psykiatri og andre for å tilpasse utdanningene til behovene innen dagens og fremtidens helsetjenester. Det er også en del internasjonal kontakt om utdanningsspørsmål, blant annet mellom fagforeninger i Norge og tilsvarende i andre land.

For å forbedre utdanningene bør det etableres felles fora og prosesser for samarbeid mellom helsetjenestene i kommuner og helseforetak, relevante utdanningssteder og brukerorganisasjoner (Repper og Breeze 2007) om justering av fagutdanninger for å dekke de kompetansebehov helsetjenestene har. Partene som skal delta bør utforme dette arbeidet sammen. Kanskje kunne også ulike fagforeninger også samarbeide mer om utdanninger. Utvikling av en oversikt over definisjoner som omtalt ovenfor kan bli et verktøy i dette samarbeidet om å justere og forbedre utdanninger i forhold til tjenestenes behov.



## 4. Strategier for å forbedre kvalitet

### Oppsummert forslag til strategier for å sikre og forbedre kvalitet:

1. Kommuner og helseforetak bør i årene framover gi høy prioritet til implementering av kunnskapsbasert praksis ved bruk av kliniske retningslinjer, behandlingslinjer og andre aktuelle arbeidsmåter. De må selv vurdere og velge hvilke områder som bør prioriteres, men de bør rapportere om vurderinger, beslutninger, gjennomføring og resultater. Helseforetak bør bygge opp kompetanse i hvordan en kan gjennomføre implementering av kunnskapsbasert praksis, og tilsvarende kompetanse bør gjøres tilgjengelig også for kommuner ved støttefunksjoner fra helsemyndigheter og relevante instanser.
2. Implementering av kunnskapsbasert praksis bør gjennomføres som lokale prosjekt der det er definert målgruppe, hva som skal implementeres, hvordan dette skal gjøres og hvordan en skal måle resultatene og bruke disse i det lokale forbedringsarbeidet. Implementering bør bygge på kunnskapsbaserte modeller for dette, og det må settes av tilstrekkelige ressurser for prosjektledelse og andre nødvendige tiltak. Ledere må ta ansvar for og aktivt følge opp slike prosjekter.
3. Helsemyndigheter bør etablere støtte for lokale implementeringsprosjekt i kommuner og helseforetak ved nettverk eller instanser nasjonalt og regionalt som har mer kompetanse om kunnskapsbasert praksis og implementering enn det en kan ha lokalt. Kunnskaps-senteret, NAPHA og andre nasjonale sentre kan bidra med å gjøre kunnskap tilgjengelig, og universitetssykehus og andre kompetansemiljø innen helsetjenestene kan bidra med kompetanse og erfaring i implementering.
4. Universitetssykehus og andre relevante forskningsmiljø bør drive forskning på kvalitet i helsetjenestene, kunnskapsbasert praksis og implementering. De bør få ansvar for å bistå implementeringsnettverk innen områder der de har kompetanse, og for å ha kontakt og samarbeid med aktuelle instanser i andre land.

### 4.1. Status for arbeidet med kvalitet i helsetjenestene

#### *Internasjonalt arbeid*

Det er beregnet at det ofte tar 15-20 år før nye intervensjoner er tatt i bruk i vanlig klinisk praksis (Boren et al 1999). En må skille mellom spredning og implementering. Retningslinjer kan spres raskt, men det betyr ikke at de faktisk implementeres og tas i bruk (Greenhalg et al 2004, Grimshaw 2007).

Kliniske retningslinjer er sammenstillinger av hva som er kunnskapsbasert praksis innen utredning og behandling av bestemte pasientgrupper. Behandlingslinjer er beskrivelse av et standard behandlingsopplegg for en pasient med en bestemt diagnose, basert på oppsummert kunnskap f eks i kliniske retningslinjer. Når individuell tilpasning av behandlingen gjør at en avviker fra det som er beskrevet som standard, skal dette dokumenteres og begrunnes.

Det mest omfattende systemene av kliniske retningslinjer for behandling av en rekke pasientgrupper med psykiske lidelser er utviklet av American Psychiatric Association (APA) og National Institute of Clinical Excellence i Storbritannia (NICE). I de seinere år har særlig retningslinjene fra NICE fått stor innflytelse i Europa og tilpasses og tas i bruk i flere land.

To modeller for kvalitetsforbedring innen psykisk helsevern har blitt tatt i bruk av deler av helse-tjenestene i USA: Implementering av kunnskapsbasert praksis og kvalitetsforbedring ut fra måling av kvalitet. Erfaringer viser at kombinasjon av disse kan gjennomføres under visse forutsetninger (Hermann et al 2006), og det er publisert oversikter og veiledere for bruk av prosessmål innen helsetjenester for psykisk helse (Hermann 2005). På flere områder finnes det kunnskapsbasert praksis som kan følges ved psykisk helsearbeid i kommunene (Corrigan et al 2008), f eks i forhold til arbeid og bolig.

Gjennomføring av kliniske retningslinjer er krevende både for organisasjoner og helsepersonell, og det er mange faktorer som har betydning (Rowland 2004). Dette omtales mer seinere i dette kapitlet.

### ***Nasjonal strategiplan, retningslinjer og veiledere fra norske helsemyndighetene***

Det har vært arbeidet videre med den nasjonale strategiplanen (Sosial- og helsedirektoratet 2005a) med utvikling av praksisfeltets anbefalinger (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Men det er behov for å konkretisere prinsippene videre i konkrete tiltak og handlinger. Det er ikke publisert noen oversikt over i hvilken grad helsetjenestene for psykisk helse har fulgt opp og iverksatt tiltak ut fra den nasjonale strategiplanen.

Helsemyndighetene har i samarbeid med universitet og fagorganisasjoner utarbeidet retningslinjer for hvordan faglige kliniske retningslinjer skal utarbeides (Statens helsetilsyn 2002), og Sosial- og helsedirektoratet (2003) har deltatt i utvikling av det internasjonale måleinstrumentet AGREE som brukes til å vurdere kvaliteten på kliniske retningslinjer. Helsebiblioteket har brukt AGREE-instrumentet til å vurdere en rekke kliniske retningslinjer.

Det er ulike meninger om hva som anses som kunnskapsbasert (Reichborn-Kjennerud og Falkum 2000, Ghaemi 2009). Kunnskapsoppsummeringer om evidensbasert behandling regner oftest dokumentasjon fra flere randomiserte kontrollerte forsøk med samme resultat som den beste dokumentasjon, mens det varierer hvilken vekt en legger på andre typer empiriske undersøkelser og konsensus blant fagfolk. Arbeidsgruppe 3 (2010) som på oppdrag fra Strategigruppe 2 har gitt innspill til hvordan en skal implementere kliniske retningslinjer og kunnskapsbasert praksis så raskt som mulig, har tatt utgangspunkt i at en i begrepet kunnskapsbasert praksis integrerer den beste tilgjengelige forskningskunnskapen med klinisk erfaring og pasientens verdier. Det bør arbeides med hvordan ulike kunnskapskilder kan legges til grunn i slike vurderinger.

Statens helsetilsyn har publisert kliniske retningslinjer for noen større pasientgrupper (1999, 2000a, 2000b, 2000c). Retningslinjer for behandling av depresjoner er kommet i ny utgave (Helsedirektoratet 2009a), og flere er under revisjon. Retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern er også publisert (Sosial- og helsedirektoratet 2008). Det er videre publisert retningslinjer for LAR (Helsedirektoratet 2010), og retningslinjer for dobbeltdiagnose-pasienter (psykisk lidelse og rusproblem) er i ferd med å bli ferdig.

Det er publisert veiledere for psykisk helsearbeid (Sosial- og helsedirektoratet 2005b), og det foreligger utredninger og rapporter om hvordan en kan støtte og hjelpe personer når det gjelder boliger, egenomsorg og arbeid. Videre er det også utgitt rapporter om hvordan fastleger (Helsedirektoratet 2009b) og psykologer (Helsedirektoratet 2008) kan bidra innen de kommunale tjenestene for psykisk helse. Legeforeningen har også kommet med en rapport med forslag til kvalitetsforbedringer i helsetjenestene for psykisk helse (Fryjordet et al 2004), inkludert i fastlegenes arbeid.

Det pågår et arbeid innen en rekke helseforetak med behandlingslinjer for noen større pasientgrupper, men dette er foreløpig ikke publisert noe om erfaringer med dette.

Vi har i liten grad systematisk kunnskap om kvaliteten og effekten av de helsetjenestene som

gis, og vi finner ofte store variasjoner innen helsetjenestene der vi har mål på kvaliteten. Ut fra nyere norsk forskning er det publisert en del om resultater av behandling gjennomført i forbindelse med forskning, men lite om resultater av den behandlingen som gis i vanlig klinisk arbeid, lite om kvalitet på helsetjenestene og omtrent ikke noe om implementering (Ruud 2009). Vi har derfor lite systematisk kunnskap om i hvilken grad kliniske retningslinjer faktisk brukes i vanlig klinisk praksis i Norge, og omtrent ingen kunnskap om i hvilken grad dette i så fall fører til bedre resultater av behandlingen. Men det er lite som tyder på at slike retningslinjer følges systematisk mange steder.

Helsetjenestenes endelige og egentlige mål er bedring av pasientenes helsetilstand. Resultatmåling er ikke bare viktige for pasientene, de er også viktige for behandlerne og helse-tjenestene for å se om det de gjør fører til resultater, om det har noen effekt og betydning. Det mest tradisjonelle har vært bruk av mål på symptomer og plager. Men i de seinere tiår er det også blitt gradvis mer vanlig å bruke mål på praktisk og sosial fungering, livskvalitet og eventuelt omfang av udekkede behov. Det har også blitt mer vanlig å få vurdering fra flere informanter parallelt, f eks både pasienter, behandlere og eventuelt pårørende. Pasientens tilfredshet med helsetjenestene er også blitt mer brukt som mål. Resultatmål brukes i liten grad systematisk innen psykisk helsevern i Norge (Ruud 2010).

De seinere årene har det vært arbeidet internasjonalt for å komme fram til entydige og felles kriterier for når det har skjedd en remisjon fra sykdom, det vil si når at pasienten er blitt kvitt sin sykdom og er blitt frisk). Ved bruk av slike mål vil en også i større grad kunne måle og dokumentere resultatet for den enkelte pasient på en mer meningsfull måte.

Undersøkelser har vist at pasienter ofte legger mer vekt på andre dimensjoner (f eks livskvalitet) enn symptomreduksjon, som ofte er det mål behandlerne er mest opptatt av. Det er også fra brukerorganisasjonenes side også blitt lagt økende vekt på bedringsprosesser (recovery) der brukeren får et bedre liv på tross av symptomer og problemer.

### ***Mange instanser deltar i sikring og forbedring av kvalitet i helsetjenestene***

En rekke instanser deltar i arbeidet med kvalitetsforbedring i helsetjenestene, slik det også er omtalt i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring. Blant de mest sentrale statlige instanser er Helsedirektoratet, Helsetilsynet og Kunnskapscenteret.

Kommunene organiserer og yter primærhelsetjenester, inkludert psykisk helsearbeid og fastlegenes arbeid med psykiske lidelser og problemer, og har dermed også ansvaret for selve gjennomføringen av kvalitetssikring og kvalitetsforbedring av disse tjenestene. Kommunenes sentralforbund, rådgivere i fylkene og NAPHA bidrar også i dette arbeidet.

Under ledelse fra de regionale helseforetakene organiserer og yter helseforetakene psykisk helsevern til befolkningen i sine områder, og har dermed ansvaret for kvaliteten på disse spesialisthelsetjenestene. Spesialister i avtalepraksis arbeider nå også underlagt de regionale helseforetakene. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling ytes også av helseforetakene.

Under konferansen "La oss få det til å virke" i september 2010 var mange ledere for regionale helseforetak og divisjoner/klinikker for psykisk helse i helseforetak, brukere og andre samlet for å konkretisere hvordan en skal implementere de forslag som var blitt utarbeidet av fem arbeidsgrupper innen noen områder etter oppdrag fra Strategigruppe 2.

## **4.2. Sette nasjonale standarder eller anbefalinger**

Bruk av nasjonale standarder eller anbefalinger er en strategi for å forbedre kvaliteten på helsetjenestene. Dette forutsetter at det enten gjelder forhold der etiske eller juridiske begrunnelser gjør at en standard bestemmes ut fra dette, eller at det er godt dokumentert grunnlag og enighet om standarden. Standarder kan også defineres ut fra helsepolitiske mål

der en velger en standard selv om den ikke kan begrunnes ut fra forskning.

Flere land som vi ofte sammenligner oss med når det gjelder helsetjenestene, har i løpet av de siste årene arbeidet med strategier for å forbedre kvaliteten på helsetjenestene i forhold til psykisk helse, ved å definere standarder og ved å utvikle kvalitetsindikatorer.

To omfattende rapporter fra Institute of Medicine i USA har konkludert med omfattende behov for bedring av sikkerheten (Institute of Medicine 2000) og kvaliteten (Institute of Medicine 2001) av helsetjenestene der. I diskusjonene om disse rapportene også gjaldt helsetjenestene for psykisk helse i samme grad, ble det gjort en egen gjennomgang av disse (Committee on Crossing the Quality Chasm 2006). Den konkluderte med at det var behov for omfattende forbedringer av psykisk helsevern. Den har fått mye oppmerksomhet, men på grunn av den kompliserte styringsstrukturen i USA med både føderale og statlige beslutningsnivå er det ikke besluttet noe om nasjonal gjennomføring av anbefalingene.

Storbritannia har hatt ulike modeller og satsinger for psykisk helse, og har de siste to årene definert en rekke standarder som helseforetak skal rapportere i forhold til. Dette er for 2010 gjort slik at en i stedet for å ha en rekke tilsyn, krever at foretakene skal rapportere åpent på internett sin egen vurdering av status i forhold til de 24 definerte standardene (Care Quality Commission 2009). Canada, Australia og Nederland er blant andre land som har arbeidet mye med prosesser for kvalitetsforbedring og som vi kan lære mye fra. Pågående samarbeid med de andre nordiske land er også viktig for læring av hverandre og samarbeid.

### ***Standarder eller anbefalinger***

I USA bruker begrepet anbefalinger om de mål som er foreslått, mens en i Storbritannia kaller det standarder. Standarder oppfattes som mer forpliktende enn anbefalinger, men det kan føre til at helsearbeidere og ledere opplever mer press. Mange i helsetjenestene vil trolig foretrekke anbefalinger framfor standarder. Men det kan også være positivt at en med begrepet standard gir tydeligere forventning om at en skal anstrenge seg for å nå målet.

Ved bruk av standarder kan tilsynsmyndighetene trolig i større grad stille krav om å leve opp til disse. En mulighet kan være å ha standarder som alle skal måle seg i forhold til og rapportere åpent om hvordan de etterlever disse og begrunnelse for eventuelle avvik, men at det ikke er et absolutt krav at alle standarder skal være imøtekommet. I Storbritannia prøver en nå ut en slik åpen rapportering via internett som delvis erstatter tilsynsbesøk.

### ***Forholdet mellom standarder og indikatorer***

En standard er et kriterium eller krav for kvalitet som den enkelte enhet eller helsearbeider måler seg mot. En indikator er et mål som antas eller er vist å være et mål på mer komplekse forhold som det er vanskelig eller umulig å måle direkte. Disse to begrepene har mye felles, men har også ulike sider. En standard kan være bredere definert enn en indikator, og det er mulig å bestemme standarder utover det som en foreløpig kan måle. Valg av indikatorer bør bygge på beslutning om hva som er viktige standarder for kvalitet på helsetjenestene.

Både standarder og kvalitetsindikatorer utvikles for å måle og forbedre kvalitet (Campbell 2003). De kan brukes til å identifisere manglende samsvar mellom standarder og praksis, noe som er viktig som et ledd i arbeid med implementering. (Wobrock et al 2009). En indikator kan gjelde struktur/ressurser, prosess eller resultat (Donabedian 1988). Målrettede tiltak mot områder med størst behov for kvalitetsforbedring kan øke nytten av tiltak (Grol et al 2004). Indikatorer som måler implementering av retningslinjer, trenger å støttes av berørte parter (Wensing et al 2003). Så langt mulig bør indikatorer bygge på forskningsbasert kunnskap (McGlynn 1998), men mange bygger mer på konsensus. Det er en mangel på studier som gjelder psykiske lidelser (Weinmann et al 2007, Wobrock et al 2009).

Det foreligger nå et omfattende forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikator-system for



helsetjenesten (Kunnskapssenteret 2010). Dette presenterer en bred og gjennomarbeidet strategi. Forslaget legger mest vekt på at indikatorene primært skal brukes av politikere og ledere som styringsdata. Men det som trengs innen implementering (for å få til den kvaliteten en ønsker å måle), er tiltak rettet mot helsearbeiderne. Fokus for indikatorer her i landet har hittil vært mest på nasjonalt nivå og foretaksnivå. Men den viktigste og nyttigste bruk av indikatorer vil være å bruke dem på lokalt nivå som tilbakemelding i å monitorere kvalitetsforbedring av helsetjenestene. Dersom en vil ta i bruk forslaget om et rammeverk med standarder i dette notatet, bør det også sees i forhold til rammeverket for kvalitetsindikatorer.

### 4.3. Implementering av kunnskapsbasert behandling og kvalitetsforbedring

#### ***Kvalitetssirkler på flere nivå, også på nasjonalt nivå***

Modellen med kvalitetssirkelen i Nasjonal strategiplan for kvalitetsforbedring har fire faser: (1) Planlegg, (2) Utfør, (3) Kontroller og (4) Korrigjer. Denne modellen er egentlig den som må brukes på alle de tre nivå som omtales i skissene til standarder/anbefalinger i et rammeverk i kapittel 5-6 i dette forslaget: Klinisk nivå, tjenestenivå og helsemyndighetsnivå. I møte med pasienten samler en opplysninger og avklarer behov, planlegger og utfører intervensjoner og tiltak, vurderer effekt og justerer behandlingsopplegget. Kvalitetssikring og implementering på tjenestenivå (team/avdeling, kommune/helseforetak) skjer tilsvarende ved prosesser som omtales i dette kapitlet.

Prosser med kvalitetsutvikling går gjennom disse fasene igjen og igjen i en kontinuerlig prosess. Ulike områder har vært gjennom ulike antall slike runder og er ut fra dette, og ut fra hvor langt kunnskap og forståelse er kommet, også kommet ulikt langt i kvalitetsforbedring. En kan derfor ikke stille de samme krav til målbarhet og resultater for alle områder.

Nasjonale strategiplan for kvalitetsforbedring omtaler at det også gjennomføres tilsvarende kvalitetssirkler på nasjonalt nivå når det gjelder å planlegge, utføre, kontrollere og korrigere tiltak som f.eks. forbedring av kvalitet eller implementering av kunnskapsbasert praksis.

På nasjonalt nivå står fase 1 og 4 sterkest med planer og veiledere fra Helsedirektoratet for hva som skal gjøres ved kommuner og helseforetak, og med mulighet til å korrigere når/om en får vite resultatet. Dersom en har pålitelige operative kvalitetsindikatorer, vil en også kunne måle resultatene (fase 3). Men det svake leddet i den nasjonale kvalitetssirkelen er implementeringen (fase 2). Der har vi liten systematisk trening i å implementere standarder eller kunnskapsbasert praksis i stor skala på en systematisk måte, og vi har liten kompetanse og trening i å kunne måle om de planlagte tiltak faktisk blir gjennomført.

Sett i forhold til en kvalitetssirkel på nasjonal basis, så har en på plass mye av det som trengs for å definere hva som skal være kunnskapsbasert praksis, og en strategi for å måle indikatorer (gitt at disse er relevante for implementering). Men det mangler mye av det nødvendige støtteapparat som er trengt for å gjennomføre implementering og for å måle implementering.

#### ***Forholdet mellom intervensjoner og implementering***

Det er viktig å skille mellom intervensjoner og implementering. For å få gode resultater, må en ha en kombinasjon av virksomme intervensjoner og vellykket implementering av disse (Fixsen 2005). Både mangelfull implementering av gode intervensjoner og godt gjennomført implementering av ikke virksomme intervensjoner, gir dårlige resultater. En må derfor arbeide med fokus på begge deler. Vi har mye mer kunnskap om hva som er virksomme intervensjoner enn om hvordan disse kan implementeres i vanlig praksis.

Også i forskning må det skilles mellom kunnskapsbaserte intervensjoner og implementering av slike intervensjoner (Proctor et al 2009). Det er lite forskning på implementering sammenlignet med forskning på intervensjoner (Hershell et al 2004). Mye informasjon om implementerings -

prosesser er bygd på anekdotisk litteratur, case-studier eller svært kontrollerte forsøk som har liten overføringsverdi til vanlig praksis (Glasgow et al 2006). Det meste av den forskningen som hittil er gjort på implementering, er gjort innen andre deler av medisin og helsetjenester. Fordi slik forskning er svært avhengig av kontekst (Fixsen et al 2005), må vi derfor selv undersøke hva som fungerer innen våre helsetjenester. Det samme gjelder at vi må undersøke hva som fungerer innen psykisk helsearbeid og psykisk helsevern, siden det kan være annerledes fra det som fungerer i somatiske helsetjenester.

Det foreligger foreløpig begrensede teoretiske modeller for strategier for implementering, og derfor også begrenset kunnskap om hvorfor ulike strategier virker eller ikke virker. De strategier som er prøvd ut, er ofte basert på en kombinasjon av "top down" og "bottom up" og består typisk av pakker med tiltak. Men den teoretiske og metodiske utformingen av forskning på implementering er under utvikling (Proctor et al 2009), og forskning i Norge bør knytte seg opp mot slik metodeutvikling. En av de aktuelle modellene (Shortell et al 2004) bygger på hva som må skje på ulike nivå (nasjonalt, tjenestenivå, klinisk) slik som modellen med rammeverk og standarder/anbefalinger i dette forslaget.

Gjennomføring av forskning på implementering er avhengig av et nært samarbeid med ledere og helsepersonell i de tjenestene der implementeringen skal skje (Sullivan et al 2005, Corrigan et al 2001, Wells et al 2004). Det er også rapportert mange gode eksempler på samarbeid mellom kliniske miljø og forskningsmiljø om implementering av kunnskapsbasert behandling, og dette kan tale for at en bygger slike samarbeid inn i strategier også i Norge.

### ***Kvalitetsforbedring og implementering av praksisendring er krevende prosesser***

Den forskning som hittil er gjort om implementering, viser at noen implementeringsmetoder har større effekt enn andre for å skape endring i praksis. Disse undersøkelsene er stort sett gjort innen somatiske helsetjenester. Blant tiltak som kan inngå i en implementeringspakke, kan vi nevne at helsearbeiderne får god informasjon og forståelse av hensikt med planlagte endringer, at de gjennom aktiv deltakelse i beslutninger og planlegging kan få et eierforhold til det som skal gjøres, at det er en åpen prosess når det gjelder beslutning og valg av tiltak, at det er tydelige og oversiktlige prosedyrer og måleinstrumenter, at det er interesserte ledere som gir aktiv støtte ved å tilrettelegge forhold og gjøre nødvendige ressurser tilgjengelige, at det er grundig undervisning om det som skal implementeres, regelmessig tilbakemelding til dem som gjennomfører implementeringen og andre tiltak som er omtalt i forskning og faglitteratur.

Et eksempel på betydning av omfattende tiltak for implementering er en nylig gjennomført studie i Sverige der en gjennomført implementeringspakke med tiltak ved noen poliklinikker førte til at disse i stor grad endret praksis i samsvar med kliniske retningslinjer for behandling av alvorlig depresjon (Forsner 2010a) også to år seinere (Forsner 2010b), mens en ikke fant noen endring i praksis ved poliklinikker som bare hadde fått utlevert retningslinjene.

I en organisasjon kan der være mange ledd som kan hindre eller motvirke implementering ved å ikke delta aktivt eller ved å motsette seg endringer. Fagfolkene må være med i forberedelsesprosessen slik det er beskrevet ovenfor. Men også andre ansatte må ofte være med på å tilrettelegge for og understøtte kvalitetforbedringer, som dermed også kan innebære endringer i arbeidsoppgaver også for andre enn de fagfolkene som arbeider direkte med utredning og behandling. Implementering av ny praksis krever tid og ressurser. Den kan hindres av mangel på ressurser, eller av pålegg ovenfra om andre prioriteringer som kommer i konflikt med implementeringen.

Fixsen et al (2005) oppsummerer forskning på implementering på tvers flere fagområder, inkludert helsetjenestene. Groh og medarbeidere (2005) gir en oversikt over kunnskapen om å implementere forbedringer i helsetjenesten. Ved National Institute of Clinical Excellence (NICE) har en også forsket på implementering og gitt råd om gjennomføring. Legeforeningen (2004) har laget et hefte om kvalitetsforbedring i praksis, som beskriver metoder i "gjennombrudds -

prosjekter” basert på statistisk prosesskontroll. Helsebiblioteket og Sykehuset Innlandet har samarbeidet om å lage en første nettbasert utgave av en håndbok for implementering, som blant annet bygger på publikasjonene fra Fixsen og Grol (ovenfor).

Tjenestene er praktikerbasert ved at de bygger på at fagfolk praktiserer det de har lært gjennom utdanning og klinisk erfaring. Dette fører til mye variasjon i hva som blir gjort på tvers av personer og enheter, og det medfører at erfaring blir borte og praksis endres ved utskifting av fagfolk. Implementering av kunnskapsbasert praksis er praksisbasert ved at fagfolk gjennomfører de intervensjoner som skal gjøres, uansett hvem de er. Dette krever en kulturendring blant fagfolk som er vant til å arbeide slik de lærte i utdanningen sin.

Måling av om kunnskapsbasert behandling er gjennomført, gjøres i økende grad ved bruk av spesifikke mål på troskap (fidelity) der praksis vurderes av eksterne eksperter mot spesifikke kriterier. Utpøvingen som gjøres av ACT-team (assertive community treatment) her i Norge skal blant annet evalueres av forskerteam ved bruk av Tool for Measurement of Assertive Community Treatment, som er et slikt mål på troskap mot modellen (Monroe DeVita 2010). Utvikling og bruk av fidelity-mål er beskrevet i håndbøker for utvikling og bruk av slike mål (Bond et al 2000) og i artikler som oppsummerer erfaringer og gir råd om utvikling og bruk av fidelity-mål (Mowbray et al 2003)

## 4.4. Støtte for kvalitetsforbedring og implementering i større skala

### ***Kvalitetsforbedring som lokale prosjekter***

Kommuner og helseforetak bør i årene framover gi høy prioritet til implementering av kunnskapsbasert praksis ved bruk av kliniske retningslinjer, behandlingslinjer og andre aktuelle arbeidsmåter. De må selv vurdere og velge hvilke områder som bør prioriteres, men de bør rapportere om vurderinger, beslutninger, gjennomføring og resultater. Helseforetak bør bygge opp kompetanse i å gjennomføre kvalitetsforbedringer og implementering av kunnskapsbasert praksis, og tilsvarende kompetanse bør også gjøres tilgjengelig for kommunale tjenester.

Implementering av kunnskapsbasert praksis bør gjennomføres som lokale prosjekt der det er definert målgruppe, hva som skal implementeres, hvordan dette skal gjøres og hvordan en skal måle resultatene og bruke disse i det lokale forbedringsarbeidet. Implementering bør bygge på kunnskapsbaserte modeller for dette, og det må settes av tilstrekkelige ressurser for prosjektledelse og andre nødvendige tiltak. Ledere må ta ansvar for og aktivt følge opp slike prosjekter.

Fagrevisjon (clinical audit) er også en metode som kan brukes som ledd i kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Ved en systematisk gjennomgang av praksis med deltakelse av eksterne

Det finnes omfattende generelle veiledere for hvordan dette kan gjøres og erfaringer med det, blant annet fra National Institute of Clinical Excellence (NICE) i Storbritannia (NICE 2002) og mer spesifikke hjelpemidler for fagrevisjon i forbindelse med f.eks gjennomføring av retningslinjer for schizofreni i spesialisthelsetjenesten (NICE 2009a) og primærhelsetjenesten (NICE 2009b).

### ***Behov for støtte på ulike nivå***

For å gjennomføre kunnskapsbasert praksis i stor skala innen helsetjenestene for psykisk helse, er det behov støtte for dette på flere nivå, og det er behov for forskning som følger dette og viser om anbefalt praksis implementeres, hva som må til for å få det til, og hvilke resultater det gir. For å vite om en slik satsing på implementering gir bedre effekt enn vanlig rutinebehandling i forhold til bruk av ressurser, må det også forskes på resultatene av vanlig klinisk praksis som skal avløses av kunnskapsbasert praksis.

Helsemyndigheter bør etablere støtte for lokale implementeringsprosjekt i kommuner og helse-

foretak ved nettverk eller instanser nasjonalt og regionalt som har mer kompetanse om kunnskapsbasert praksis og implementering enn det en kan ha lokalt. Kunnskapscenteret, NAPHA og andre nasjonale sentre kan bidra med å gjøre kunnskap tilgjengelig, og universitetssykehus og andre miljø innen helsetjenestene kan bidra med kompetanse og erfaring i implementering.

Det finnes noen erfaringer fra forsøk på å gjennomføre implementering av kunnskapsbasert behandling i større skala. Et eksempel på dette er et samarbeid på tvers av åtte stater i USA som gjennomførte ulike slike modeller i til sammen 53 community mental health centres. Det er publisert erfaringer fra dette både når det gjelder grad av gjennomføring og faktorer som hadde betydning for dette (McHugo et al 2007, Rapp et al 2010). Andre publikasjoner oppsummerer erfaringer fra implementering innen helsetjenester for psykisk helse og rus generelt (Chambers 2008, Drak et al 2009), også angående forebygging (Rishel 2007).

Mye av arbeidet med nasjonale utredninger og planer for arbeidet med kvalitet og kompetanse har vært gjort av arbeidsgrupper som har vært satt sammen i en avgrenset tid, og så er det opp til helsetjenestene å konkretisere og bruke forslagene videre. For å få til gjennomføring av strategier for kvalitet og kompetanse, bør det etableres støttefunksjoner for slike prosesser ved strukturer som arbeider med dette over tid. Arbeidsgruppe 3 (2010) oppnevnt av Nasjonalt strategigruppe 2, har gitt råd om at det opprettes en organisasjon som arbeider med kvalitetsforbedring av helsetjenestene i relasjon til psykisk helse.

Det bør arbeides med å bygge samarbeid mellom relevante kompetansemiljø og helsetjenester, for eksempel organisert som nettverk med en felles kompetansegruppe for kommuner og psykisk helsevern innen hvert helseforetaksområde. Det nasjonale kompetansesenteret for psykisk helsearbeid har en sentral rolle i forhold til kommunene og deres psykiske helsearbeid. Men det kan også være ønskelig med felles nettverk eller lokale grupper der både kommuner og helseforetak deltar og dermed sammen kan implementere tiltak som krever begge tjenestenivå og samhandling.

Et eksempel på en kombinasjon av flere slike nettverk, er det som drives av Research and Training Unit ved Royal College of Psychiatrists i Storbritannia i tett samarbeid med både helsetjenester og andre fagforeninger. Det finnes også flere andre instanser i Storbritannia som støtter opp om slike prosesser, blant annet NIMHE. Andre land som også har lignende modeller er Nederland, Canada og Australia. I USA er det flere føderale instanser og forskningssentre som støtter implementering av kvalitet og kunnskapsbasert praksis på ulike måter (ARHQ, SAMHSA, CQAIMH m fl). For å utvikle støttefunksjoner i Norge for implementering og kvalitetsforbedring, vil det være nyttig å se på flere slike tiltak i andre land og bygge på deres erfaringer i det vi utvikler her. Norsk deltakelse i internasjonale nettverk for kvalitetsforbedring og implementering bør også videreutvikles.

### ***Bygge IT infrastruktur som kan understøtte praksis***

En god IT infrastruktur kan gi vesentlige bidrag til kvalitetforbedring ved å bidra til sikring av prosedyrer ved god tilgang på slike, ved elektronisk tilgang på måleinstrumenter, ved elektronisk beslutningsstøtte i kliniske beslutninger, og ved kommunikasjon mellom samarbeidende parter for bedre samhandling.

Det er utviklet IT-systemer som kan gjøre oppsummert kunnskap og retningslinjer tilgjengelige som beslutningsstøtte for klinikere i deres arbeid. Men dette krever at det investeres i å gjøre slike ressurser tilgjengelig for alle helsearbeider. Helsebiblioteket har arbeidet med å kartlegge kvaliteten på slike systemer som kan gi beslutningsstøtte og brukervennlig støtte for bruk av behandlingsplaner.

### ***Behov for forskning på kvalitetsforbedring og implementering***

Det trenges forskningsmiljø som er tunge nok til å følge med i og delta i utviklingen av kunnskap gjennom egen forskning og samarbeid med tilsvarende sentre i andre land, og samtidig nok

utadrettet mot helsetjenestene til å bistå og medvirke til implementering av kvalitetsforbedringer og systematisk monitorering og evaluering av disse, samt kunne bistå helsemyndigheter på ulike nivå i deres utvikling av strategier og planer.

Universitetssykehus og andre relevante forskningsmiljø bør drive forskning på kvalitet i helse-tjenestene, kunnskapsbasert praksis og implementering. De bør få ansvar for å bistå imple-menteringsnettverk innen områder der de har kompetanse.

For å gjennomføre forskning på implementering i nødvendig omfang må det sikres forsknings-messig kompetanse og prioritering av dette. Dette kan f.eks. gjøres ved at det etableres et nett-verk av forskningsmiljø med et koordinerende forskningsmiljø som motor (Ruddy et al 2005). Samtidig bør slike forskningsmiljø ha nære koblinger og støttefunksjoner overfor helsetjenes-tene. Dette kan sikres ved at et slikt oppdrag legges til forskningsenheter ved universitets-sykehus i de fire helseregionene, og at disse forskningsmiljøene har plikt til å samarbeide med de kliniske tjenestene in psykisk helse og rus både i helseforetakene og i kommunene i området. Hensikten med også å være forpliktet overfor kommunene med de støttende funk-sjonene, er å fremme utviklingen av samhandling mellom tjenestene, også innen forskning. Et slikt nettverk og koordinerende forskningsmiljø må også være knyttet til andre instanser nasjonalt og regionalt, som Kunnskapssenteret, SERAF, NAPHA og andre.



## 5. Forslag om et rammeverk med standarder

### Oppsummering av forslaget om et rammeverk med standarder:

1. Det foreslås et rammeverk som en hjelp til å holde oversikt over et realistisk antall standarder som helsetjenestene kan forholde seg til. Dette er tenkt som et dynamisk verktøy der rammeverket som struktur ligger fast, mens utvalget og utformingen av standarder gradvis kan endres i tråd med utvikling av tjenester og prioriteringer. En bør trolig starte med noen få standarder.
2. Forslaget er forankret i og konkretiserer nasjonale føringer, nasjonal strategi for kvalitet, og modellen for internkontroll som verktøy i kvalitetsforbedring. Det er i samsvar med tilsvarende modeller i de land som ligger lengst fram i arbeidet med nasjonale kvalitetsstrategier for helsetjenester i forhold til psykisk helse og rus.
3. Det er skissert noen standarder som eksempler på en mulig utforming av slike standarder. Skissene bygger på de områder som er definert i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring og på Helsedirektoratets ønske om også å fokusere på kompetanse. Noen av standardene er i stor grad allerede foreslått eller innført. Ved eventuell videre utforming av en standard bør det også utarbeides begrunnelse og forankring, samt relasjon til eventuell kvalitetsindikator.
4. Skissene inneholder forslag om spesifiseringer av oppgaver eller ansvar på ulike nivå innen helsetjenestene: Klinisk nivå, tjenestenivå (kommuner/helseforetak og enheter innen disse) og nasjonalt nivå (helsemyndigheter).
5. Valg av hvilke standarder som skal prioriteres i en del av helsetjenesten, bør gjøres av denne tjenesten i samråd med brukerorganisasjoner og samarbeidspartnere. Ingen kan fokusere like mye på alle områder samtidig, for det vil være å ikke ha fokus på noe.

Forslaget nedenfor bygger på de prinsipper og føringer som allerede finnes i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten, og det har som mål å konkretisere en slik bred satsing innen feltet som gjelder psykisk helse.

Den kompetanse og kvalitet som finnes i helsetjenestene er et godt utgangspunkt for videre utvikling, og det er samtidig et holdepunkt for at det er mulig å forbedre kvalitet og kompetanse ytterligere. Mye gjøres bra, men en del kan gjøres bedre. Og vi kan vite mer om hvor bra det er.

Forslaget beskriver en samlet og oversiktlig strategi, der form og innhold kan justeres og utvikles over tid. Det er i samsvar med tilsvarende modeller i land som ligger lengst fram i arbeidet med nasjonale kvalitetsstrategier for helsetjenester i forhold til psykisk helse og rus (Care Quality Commission 2009, Committee on Crossing the Quality Chasm 2006).

Det må sees i forhold til forslaget om et rammeverk for kvalitetsindikatorer som er lagt fram (Rygh et al 2010), og det vises i den forbindelse til diskusjon om forholdet mellom kvalitetsindikatorer og implementering av kvalitet i forrige kapittel.

## 5.1. Hensikt og utforming av rammeverket

Hensikten med forslaget er å bidra til et beslutningsgrunnlag for en økt og landsomfattende satsing på kvalitet og kompetanse innen psykisk helsearbeid i kommunene og innen psykisk helsevern som spesialisthelsetjeneste, inkludert tjenester for rus og avhengighet.

Basis for forslaget om rammeverk og områder er Nasjonal strategi for kvalitet i sosial- og helse-tjenesten ("...og bedre skal det bli"), og områdene for standarder/anbefalinger er de områdene for kvalitet som omtales i den nasjonale strategien:

- **Virkningsfulle tiltak:** God kvalitet forutsetter at beslutninger om behandling, forebygging, pleie, omsorg og sosiale tjenester baseres på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak.
- **Trygge og sikre tjenester:** God kvalitet forutsetter at sannsynligheten for feil og uheldige hendelser er redusert til et minimum.
- **Involvere brukerne og gi dem innflytelse:** God kvalitet forutsetter at brukerens og pasientens erfaringer og synspunkter påvirker tjenestene.
- **God samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet:** God kvalitet forutsetter at tiltakene er samordnet og preget av kontinuitet.
- **God ressursutnyttelse:** God kvalitet forutsetter at ressursene er utnyttet på en slik måte at brukeren og samfunnet får mest mulig gevinst.
- **Tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling:** God kvalitet forutsetter at ressursene i det samlede tjenestetilbudet er tilgjengelige og fordelt slik at alle har samme mulighet for å oppnå et godt resultat.

De standarder/anbefalinger som er skissert på de følgende sidene er ment som eksempler. De kan være et utgangspunkt for arbeid med å velge ut, definere og utforme standarder dersom en velger å bruke et slikt rammeverk. De illustrerer måten å tenke konkretisering og avgrensing på, men må formes videre i de prosesser som velges for dette, og som dette forslaget gir innspill til. Antallet standarder nedenfor er heller ikke noe absolutt forslag, da en kan øke eller redusere antallet både ved valg av tema og ved detaljeringsgrad. Skissene i dette notatet er også ment å illustrere et oversiktlig antall standarder/anbefalinger.

Om en velger en slik modell med rammeverk for å holde oversikt over områder i en strategi for kvalitetssikring og kvalitetsforbedring, bør en trolig starte med noen få standarder. Men en kan samtidig ha et kart over standarder/anbefalinger som en vurderer å inkludere senere. Det kan da arbeides med slike i ulike faser som ledd i en nasjonal prosess.

## 5.2. Arbeid med kvalitet og kompetanse på tre nivå

I tråd med modellen for forbedring av tjenester for psykisk helse som Thornicroft og Tansella (1999) har beskrevet, inneholder modellen med standarder også forslag om spesifiseringer av oppgaver eller ansvar på ulike nivå innen helsetjenestene:

- **Ansvar på klinisk nivå.** Helsepersonell har ansvaret for kvaliteten på det som skjer i deres møte med pasienten og dennes pårørende. Det er dette som er mest avgjørende for pasienten, og de fleste standarder/anbefalinger har som fokus det som skjer på dette nivået (jfr. "pasienten først"). Virkningen av helsetjenestene er først og fremst virkningen for den enkelte bruker eller pasient og dennes pårørende. Individnivået gjelder både pasient og helsearbeider. Det som gjøres på de andre nivåene må muliggjøre og understøtte det som skal skje her. Data om klinisk praksis hentes primært fra data som registreres i klinisk utredning/behandling uten å skape ekstraarbeid for helsearbeiderne.



- **Ansvar på tjenestenivå (kommuner/helseforetak).** Dette nivået inkluderer flere utøvende og administrative nivå fordelt på team/enheter/avdelinger i kommuner og helseforetak. Beslutninger og arbeid på alle disse nivåene har betydning for kvaliteten på de tjenestene som gis til pasientene og til befolkningen i et geografisk område. Tjenestenivået innbefatter flere nivå innen hver del av helsetjenesten. Mye som kan måles og registreres på individnivå, kan oppsummeres på ett eller flere helsetjenestenivå som aggregerte mål. De opplysningene helsetjenestene samler om kvalitet på tjenestene, skal først og fremst brukes og være til nytte i det lokale arbeidet med å utvikle og forbedre tilbudet.

Ansvar på nasjonalt nivå (helsemyndigheter). Helsemyndighetene har ansvar for å gi føringer og sette standarder for helsetjenestene, men også for å innhente opplysninger for kunne følge med i hvordan tjenestene fungerer. Dette er det overordnede nivået for helsepolitikk, tildeling av ressurser, styring gjennom lovgiving og direktiver, og føringer når det gjelder organisering og praksis. En del av det som skjer på individnivå eller tjenestenivåer kan oppsummeres på nasjonalt nivå ved at data aggregeres. De grupper som vil bli berørt av beslutninger om og utforming av standarder, bør bli hørt i arbeidet med å velge dem og utforme dem. Det samme bør gjelde nasjonale indikator. På nasjonalt nivå kan en eventuelt også samarbeide med andre land.

### 5.3. Hvordan velge ut og definere standarder

Hovedstrategien er å definere noen standarder som helsetjenestene skal etterleve, og som de kan måle seg mot f eks fra aggregerte data.

Ingen kan fokusere like mye på alle områder samtidig, for det vil være det samme å ikke ha fokus på noe. En strategisk satsing innebærer at en satser på de områdene der en kan oppnå mest ved bruk av tilgjengelige ressurser. Dette kan være ut fra hvor det er mest behov for forbedring, men det kan også være ut fra hvor en ekstra satsing fører til mest forbedring. En må ha oppmerksomhet og energi rettet mot det som skal endres eller innarbeides. Når en standard/anbefaling er blitt en del av vanlig praksis som ikke lenger krever like mye energi, kan en flytte fokus til et annet område der det er behov for kvalitetsforbedring.

Områdene i forslaget bygger på de områder som er skissert i nasjonal strategi for kvalitet i sosial- og helsetjenestene ("... og bedre skal det bli") og på Helsedirektoratets valg av også å fokusere på kompetanse. De konkrete forslagene til standarder er en kombinasjon av noen standarder som allerede er foreslått eller innført, og noen standarder for tiltak som ut fra forskning eller konsensus vurderes som viktige elementer i å utvikle og sikre helsetjenester med høy kvalitet og kompetanse. Utformingen er delvis inspirert av et sett med standarder som er tatt i bruk i Storbritannia, og et sett med forslag til anbefalinger utarbeidet i USA.

### 5.4. Rammeverket som et dynamisk arbeidsredskap

Rammeverket foreslås som en dynamisk modell ved at rammeverket opprettholdes som et verktøy til å avgrense og holde oversikt over et realistisk antall standarder/anbefalinger som helsetjenestene kan forholde seg til, samtidig som utvalget av standarder/anbefalinger kan endres gradvis i tråd med utvikling av tjenester og prioriteringer.

#### **Valg og utforming av standarder som skal være med i rammeverket**

Endringer i hvilke standarder som inkluderes, bør skje i et tempo der en balanserer forbedringsbehov med behovet for forutsigbarhet. Helsetjenestene trenger tid for å implementere en standard, og den må beholdes i en viss tid om en også skal kunne måle endringer. En standard kan tas inn i rammeverket når den er vurdert som viktig nok til å bli prioritert, og den kan tas ut av rammeverket når den ikke lenger er aktuell fordi den i stor grad er oppnådd eller fordi den ikke lenger vurderes som viktig nok.

Valg av standarder bør gjøres gjennom prosesser der brukerorganisasjoner, helsetjenester og

helsemyndigheter deltar i åpne prosesser. Beslutninger må bygge på både forskningsbasert kunnskap og faglige, etiske, juridiske og økonomiske forhold.

Utformingen av den enkelte standard bør også gjøres i samarbeid med instanser som har kompetanse på området. De parter som vil bli berørt av en standard, bør bli hørt og ha innflytelse på valg og utforming av den.

***Valg av hvilke standarder en skal ha fokus på i de lokale helsetjenestene***

Valg av hvilke standarder som skal prioriteres lokalt i en del av helsetjenesten, bør gjøres av denne tjenesten i samråd med brukerorganisasjoner og samarbeidspartnere. Nivået for dette kan være kommune eller helseforetak (divisjon for psykisk helse), eller eventuelt en avdeling eller enhet innen kommune/helseforetak ved delegering fra ledelsen i kommune/helseforetak.

## 6. Skisser til noen mulige standarder

<b>Eksempler på mulige standarder innen et rammeverk</b> (De ulike skissene foreligger med ulike nivå av gjennomarbeiding)	
<p><b>A. Virkningsfulle tjenester</b></p> <p><b>A1</b> Fagpersonalet har adekvat kompetanse for oppgavene og utvikler den videre</p> <p><b>A2</b> Behandlingslinjer og retningslinjer brukes regelmessig og tilpasses individuelt</p> <p><b>A3</b> Resultatene av tiltak monitoreres ved måling av virkning</p> <p><b>A4</b> Tjenestene gjennomfører regelmessig intern fagrevisjon med ekstern bistand</p>	<p><b>B. Trygge og sikre tjenester</b></p> <p><b>B1</b> Kontinuerlig fokus på å unngå tvang og finne alternativer til bruk av tvang</p> <p><b>B2</b> Systematisk vurdering av selvmordsfare og forebygging av selvmord</p> <p><b>B3</b> Systematisk vurdering av voldsrisiko og forebygging av vold</p> <p><b>B4</b> Tiltak for å redusere bivirkninger av psykofarmaka og annen behandling</p> <p><b>B5</b> Rutiner for å forebygge feil og for rapportering og læring av uheldige hendelser</p>
<p><b>C. Brukermedvirkning og innflytelse</b></p> <p><b>C1</b> God informasjon og støtte for å bistå brukere i valg av behandlingstilbud</p> <p><b>C2</b> God informasjon og støtte til pårørende, både barn og voksne</p> <p><b>C3</b> Brukere og pårørende deltar i arbeidet med utvikling av helsetjenestene</p>	<p><b>D. God samordning og kontinuitet</b></p> <p><b>D1</b> Kontinuitet i behandlingsrelasjoner og ved overføring mellom tjenester</p> <p><b>D2</b> Tjenester samordnes og koordineres i samarbeid med bruker og pårørende</p> <p><b>D3</b> Samarbeid om de samlede tjenestene i et område drøftes regelmessig i felles fora.</p>
<p><b>E. God ressursutnyttelse</b></p> <p><b>E1</b> Behandlingsvarighet tilpasses og begrenses til pasientens behov</p>	<p><b>F. God tilgjengelighet og fordeling</b></p> <p><b>F1</b> Bemanning er adekvat i forhold til antall brukere og de tjenestene som skal gis</p> <p><b>F2</b> Tjenestene er tilgjengelige når brukeren trenger dem og innen akseptabel avstand</p>

Forslagene på de neste sidene er uferdige skisser til formuleringer av de standarder som er listet opp ovenfor, og med tentative forslag til ansvar for de tre nevnte nivåene. De er ikke ferdige forslag, men er ment som illustrasjoner av modellen.

Ved videre bearbeiding bør de suppleres med informasjon om begrunnelse og utforming.

## Område A. Virkningsfulle tjenester

### A1 Fagpersonalet har adekvat kompetanse for oppgavene og utvikler den videre

Målgrupper, oppgaver og nødvendig kompetanse beskrives for spesifikke tjenester. Enheter og ansatte har en plan for videre utvikling av sin kompetanse i relasjon til behov. Planene revideres regelmessig, valg av kompetansebyggingstiltak bygger på planene, og gjennomføring vurderes årlig. Ansatte gis regelmessig veiledning individuelt eller i gruppe.

**Klinisk nivå:** Hver helsearbeider bidrar til å beskrive oppgaver og nødvendig kompetanse, arbeider aktivt med sin egen faglige utvikling, har en plan for dette som også drøftes med kolleger og ledere, og bruker aktivt de muligheter som gis for veiledning.

**Tjenestenivå:** Ledelsen for hver enhet har ansvar for vurdering og en beskrivelse av målgrupper, oppgaver og kompetansebehov for sin enhet. Opplysningene sammenstilles på høyere nivå innen kommune og helseforetak som ledd i helhetsvurdering og oppgavefordeling. Hver enhet har en plan for kompetanseutvikling som revideres årlig. Enheten gir veiledning for sine ansatte og tilrettelegger arbeidssituasjonen for dette.

**Helsemyndighetsnivå:** Helsemyndighetene utarbeider i samarbeid med brukere, kommuner, helseforetak og utdanningssteder definisjoner av ulike typer kompetanse som er relevant innen helsetjenestene for personer med psykiske lidelser eller rusproblemer. Lokale behov og kompetansedekning aggregeres for bruk i videre planlegning på ulike nivå.

## A2 Behandlingslinjer og retningslinjer brukes regelmessig og tilpasses individuelt

Behandlingslinjer gjøres tilgjengelig elektronisk og brukes for pasienter med psykiske lidelser der det foreligger slike elektroniske utgaver. Omfang av journalskriving reduseres ved at dokumentasjon fra behandlingslinjer erstatter noe av journalføringen, og ved at det primært er avvik i form av individuell tilpasning som dokumenteres ekstra.

**Klinisk nivå:** Behandlingslinjer brukes aktivt i utredning og behandling for pasientgrupper der behandlingslinjer eller retningslinjer er tilgjengelig elektronisk. Individuelle tilpasninger dokumenteres i journalen.

**Tjenestenivå:** Bruk av behandlingslinjer eller retningslinjer for større pasientgrupper gjøres tilgjengelig i elektronisk form. Det gis opplæring i bruk av denne løsningen og behandlingslinjene, og behandlingslinjene brukes aktivt i vurdering og drøfting av pasientens behov og behandlingsopplegg.

**Helsemyndighetsnivå:** Det legges til rette gjennom statlige føringer og investeringer i brukervennlige IT-løsninger for bruk i klinisk beslutningsstøtte og bruk av behandlingslinjer, også ved eventuell økonomisk dekning av lisenser på vegne av helsetjenestene.

## A3 Resultatene av tiltak monitoreres ved måling av virkning

Endringer i pasientens liv og helsetilstand følges ved gjentatte målinger under behandling og rehabilitering, og resultatene av målingene brukes som et hjelpemiddel i vurdering av behandlingseffekt og utforming av videre behandling eller rehabilitering

**Klinisk nivå:** Valg av resultatmål (ett eller flere) gjøres i alle deler av helsetjenesten ut fra hvilke resultatmål som er relevante for den aktuelle pasientgruppe, og gjentakelsen av målingene tilpasses forventet forløp i pasientens bedringsprosess. Aktuelle områder kan være helse, sosial fungering, arbeidsevne, livskvalitet og tilfredshet med tjenestene.

**Tjenestenivå:** Helsetjenestene sikrer at resultatmål brukes som ledd i behandling og rehabilitering. Kommuner og helseforetak avklarer i samarbeid med helsetjenestene hvilke resultatmål som er mest aktuelle, og tilrettelegger for at disse gjøres tilgjengelig som en del av eller knyttet til det elektroniske systemet for pasientregister og pasientjournal.

**Helsemyndighetsnivå:** Helsemyndighetene tilrettelegger for bruk av resultatmål ved å gjøre slike mål tilgjengelige, også ved å dekke eventuelle kostnader for lisenser.

#### **A4 Tjenestene gjennomfører regelmessig intern fagrevisjon, delvis med ekstern bistand**

Evaluering av virksomheten gjøres regelmessig ved gjennomgang av journaler og rutiner, og gjerne med ekstern bistand. Forbedringsområder identifiseres og følges opp med forbedringstiltak.

**Klinisk nivå:** Helsepersonell deltar aktivt i slike evalueringer og har forstått betydningen av dette.

**Tjenestenivå:** Evaluering av virksomheten gjøres regelmessig ved gjennomgang av journaler og rutiner, og gjerne med ekstern bistand. Forbedringsområder identifiseres og følges opp med forbedringstiltak.

**Helsemyndighetsnivå:** Bruk av evaluering med ekstern bistand oppmuntres og registreres. Det tilrettelegges for slik virksomhet ved å gjøre modeller tilgjengelig og ved opplæring av fagpersoner som kan delta i fagrevisjonen, og gi ekstern bistand til andre.

## **Område B. Trygge og sikre helsetjenester**

#### **B1 Kontinuerlig fokus på å begrense tvang og finne alternativer til bruk av tvang**

Arbeide kontinuerlig med å begrense bruk av tvang, og monitorere bruk av tvang.

**Klinisk nivå:** Helsepersonell skal i møte med bruker tilstrebe å finne alternativer til bruk av tvang, blant annet ved å gi seg tid til å lytte og samtale om alternativer, og ved å legge forhold tilrette for å unngå tvang når dette kan unngås.

**Tjenestenivå:** Helseforetak skal arbeide kontinuerlig med opplæring i hvordan en kan forebygge situasjoner som gjør det nødvendig å bruke tvang, å unngå bruk av tvang, og monitorere aktivt bruk av tvang. Sørge for god kvalitet på måling, registrering og rapportering av bruk av tvang.

**Helsemyndighetsnivå:** Helsemyndighetene skal gi føringer og tilrettelegge for en praksis der en kontinuerlig arbeider for å redusert og riktig bruk av tvang. Sørge for utvikling av gode metoder for måling av tvang og opplevd tvang, samt monitorering av dette nasjonalt.

## B2 Systematisk vurdering av selvmordsfare og forebygging av selvmord

Gjennomføre og videreføre opplæring og kvalitetskontroll av systematisk vurdering av selvmordsfare for alle pasienter som utredes og behandles i psykisk helsevern med sikte på å forebygge og redusere selvmord.

**Klinisk nivå:** Helsepersonell skal delta i opplæring og systematisk gjennomføre vurderinger av selvmordsfare i samsvar med prosedyrer for dette.

**Tjenestenivå:** Tjenestene skal ta stilling til hvordan vurdering av selvmordsfare og forebygging av selvmord skal gjøres i sine enheter, etablere klare prosedyrer for dette, gi den nødvendige opplæring og veiledning, og kontrollere at prosedyrene brukes. Det skal også være klare prosedyrer for oppfølging av personer med selvmordsfare.

**Helsemyndighetsnivå:** Helsemyndighetene gir instruksjoner og tilrettelegger for hvordan vurdering av selvmordsfare og forebygging av selvmord skal gjøres i tjenestene, og følger med i hvordan dette gjennomføres og følges opp i praksis.

## B3 Systematisk vurdering av voldsrisiko og forebygging av vold

B3 Systematisk vurdering av voldsrisiko i alle utredninger og revurderinger av pasienter innen kommuner og helseforetak, og etablering av prosedyrer for tiltak i ulike situasjoner og helsetjenester når risiko for vold identifiseres.

**Klinisk nivå:** Helsepersonell skal delta i opplæring og systematisk gjennomføre vurderinger av voldsrisiko i samsvar med prosedyrer for dette.

**Tjenestenivå:** Tjenestene skal ta stilling til hvordan vurdering av voldsrisiko og forebygging av vold skal gjøres i sine enheter, etablere klare prosedyrer for dette, gi den nødvendige opplæring og veiledning, og kontrollere at prosedyrene brukes. Det skal også være klare prosedyrer for oppfølging av personer med voldsrisiko.

**Helsemyndighetsnivå:** Helsemyndighetene gir instruksjoner og tilrettelegger for hvordan vurdering av voldsrisiko og forebygging av vold skal gjøres i tjenestene, og følger med i hvordan dette gjennomføres og følges opp i praksis.

#### **B4 Tiltak for å redusere bivirkninger av psykofarmaka og annen behandling**

Tjenestene skal være bevisst på å vurdere bivirkninger og forebygge og redusere alvorlige og plagsomme bivirkninger av psykofarmaka og andre former for behandling.

**Klinisk nivå:** Helsepersonell bør ha kunnskap om hvilke bivirkninger aktuelle medikamenter eller andre behandlingsformer kan gi, søke å gi behandling på en måte som gir lavest mulig fare for bivirkninger, følge med om pasienten får slike bivirkninger, og gjennomføre vurdering og eventuelle endringer i behandlingen ut fra bivirkninger.

**Tjenestenivå:** Tjenestene bør gi opplæring i hvilke bivirkninger aktuelle medikamenter eller andre behandlingsformer kan gi, søke å gi behandling på en måte som gir lavest mulig fare for bivirkninger, etablere rutiner for vurdering av bivirkninger og for å følge med om pasienten får slike bivirkninger, og for justering av behandlingen ut fra bivirkninger.

**Helsemyndighetsnivå:** Helsemyndighetene bør holde seg orientert om forekomst av bivirkninger ut fra de rapporteringsrutinene som er om dette.

#### **B5 Rutiner for å forebygge feil og for rapportering og læring av uheldige hendelser**

Sikre systematisk bruk av metoder for å forebygge og redusere feil innen utredning og behandling av mennesker med psykiske lidelser og rus i kommuner og helseforetak.

**Klinisk nivå:** Helsepersonell bør ha fokus på å unngå å gjøre feil som kan få konsekvenser for pasienter eller andre, rapportere alle uheldige hendelser og bidra til å lære av feil.

**Tjenestenivå:** Tjenestene bør gjennom opplæring og bevisstgjøring sørge for at personalet er bevisst på faren for å gjøre feil og nødvendigheten av å rapportere feil og hendelser, tilrettelegge for og oppmuntre til rapportering av feil og hendelser, og sørge for at en lærer av feil og hendelser, og forbedrer prosedyrer. Kulturen for pasientsikkerhet kan måles ved bruk av spørreskjema utviklet for dette.

**Helsemyndighetsnivå:** Helsemyndighetene bør følge med på utviklingen innen rapportering av feil og uheldige hendelser, og gi nødvendige instruksjoner og veiledning.



## Område C. Brukermedvirkning og innflytelse

### C1 God informasjon og støtte for å bistå brukere i valg av behandlingstilbud

Det gis god informasjon og støtte for å bistå brukere i valg av behandlingstilbud og tiltak, og brukere blir møtt med respekt for deres valg og erkjennelse at det er deres liv det gjelder

**Klinisk nivå:** Involvere brukeren, ha nødvendig tid til dialog, gi god informasjon, samarbeide om felles beslutninger, og tenke i pasientforløp og at det er brukerens liv det gjelder.

**Tjenestenivå:** Sørge for etablering av prosedyrer for dette, for opplæring og for å kontrollere at det gjøres. Sørge for at respekt for brukeren og samarbeid med brukeren er sentralt i kultur og drift av helsetjenester i kommuner, helseforetak og avtalepraksis.

**Helsemyndighetsnivå:** Myndighetene gir føringer og følger med om det praktiseres. Myndighetene sikrer at møte med og ivaretagelse av brukere inngår i kjernekompetanse for alt helsepersonell.

### C2 God informasjon og støtte til pårørende, både barn og voksne

God informasjon og støtte til pårørende, tilpasset pasientens grad av samtykke og ut fra det som er pårørendes egne behov. Barn avlastes for omsorgsoppgaver for syke foreldre.

**Klinisk nivå:** Brukerens nærmeste pårørende skal som en hovedregel inviteres til samtaler med helsetjenestene med mindre brukeren ikke ønsker dette, eller det av andre grunner vurderes som ikke aktuelt. Pårørende gis tilbud i samarbeid med brukeren, eller eventuelt atskilt for sine egne behov. Barn av syke foreldre gis informasjon og sikres oppfølging i samsvar med retningslinjer for dette.

**Tjenestenivå:** Kommuner og helseforetak tilrettelegger for opplæring og veiledning i kontakt med pårørende, og sikrer at den praksis ovenfor gjøres til standard/anbefalt. Det sikres rutiner for å vurdere barns behov og for god oppfølging av disse.

**Helsemyndighetsnivå:** Helsemyndigheter gir føringer for prioritering av kontakt med pårørende. Myndighetene følger og evaluerer utviklingen av kontakt med pårørende.

### C3 Brukere og pårørende deltar i arbeidet med utvikling av helsetjenestene

Representanter for brukere og pårørende inkluderes som likeverdige medlemmer i fora og prosesser der helsetjenestene og samarbeid vurderes og planlegges.

**Klinisk nivå:** (Bruker er ikke i sin egen pasientrolle i denne sammenheng).

**Tjenestenivå:** Organisasjoner som representerer brukere og pårørende sikres deltakelse i fora og prosesser i kommuner og helseforetak der utforming og videre utvikling av lokale helsetjenester evalueres og tilrås.

**Helsemyndighetsnivå:** Helsemyndigheter sikrer organisasjoner som representerer brukere og pårørende deltakelse i regionale og nasjonale fora og prosesser der utforming og videre utvikling av helsetjenestene evalueres og tilrås. Brukerorganisasjonene sikres nødvendig økonomisk støtte til å kunne ta del i slike prosesser.

## Område D. God samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet

### D1 Kontinuitet i behandlingsrelasjoner og ved overføring mellom tjenester

Forholdene legges til rette for å sikre kontinuitet i behandlingsrelasjoner over tid, og i kontakt og behandlingsopplegg ved overføring mellom helsetjenester.

**Klinisk nivå:** Helsepersonell sikrer god kontinuitet i behandlingsrelasjoner, og sikrer god kontinuitet i kontakt og behandlingsopplegg ved overganger mellom ulike tjenester.

**Tjenestenivå:** Helsetjenester i kommuner og helseforetak tilrettelegger og sikrer rutiner som ivaretar kontinuitet i behandlingsrelasjoner og ved overføring mellom tjenestene.

**Helsemyndighetsnivå:** Helsemyndigheter gir føringer for ivaretagelse av kontinuitet både i behandlingsrelasjoner og ved overføring av kontakt mellom helsetjenester.

## D2 Tjenester samordnes og koordineres i samarbeid med bruker og pårørende

Tjenestene tar ansvar for å koordinere og samordne de samlede tjenestene som en bruker og eventuelt dennes pårørende mottar. Individuell plan og kriseplan utarbeides og følges opp i samarbeid med bruker.

**Klinisk nivå:** Helsepersonell er aktivt med på samordning og koordinering, og tar i aktivt del i arbeidet med individuell plan og gjennomføring av planen.

**Tjenestenivå:** Tjenesten etablerer og sikrer prosedyrer for aktiv samarbeid med andre tjenester for å samordne tjenestene for den enkelte bruker og sørge for utvikling, oppfølging og revisjon av individuell plan i samarbeid med andre tjenester.

**Helsemyndighetsnivå:** Helsemyndigheter gir føringer for aktivt samarbeid mellom tjenester for å samordning av tilbudet til den enkelte bruker, og for utvikling, oppfølging og revisjon av individuell plan.

## D3 Samarbeid om de samlede tjenestene i et område drøftes regelmessig i felles fora

Tjenestene deltar i fora og prosesser der de samlede tjenestene i et område og samarbeidet mellom dem drøftes og avklares.

**Klinisk nivå:** Helsepersonell (særlig ledere) skal delta i fora der ulike deler av helse-tjenesten innen eller mellom ulike tjenestenivå samordnes.

**Tjenestenivå:** Helsetjenestene deltar i felles fora der de på tvers av ulike tjenester og på tvers av ulike tjenestenivå gir hverandre informasjon, drøfter arbeidsdeling og prioritering, og samordner det samlede tilbudet for ulike pasientgrupper og for befolkningen i området. Helseforetaket med ansvar for området tar initiativ til felles planlegging av slike fora.

**Helsemyndighetsnivå:** Helsemyndighetene gir føringer og sikrer gjennom rapportering og evaluering at helseforetak og kommuner gjennomfører felles fora som beskrevet ovenfor.

## Område E. God ressursutnyttelse

<b>E1 Behandlingsvarighet tilpasses og begrenses til pasientens behov</b>
Varighet av det enkelte behandlingsforløp vurderes og monitoreres med tanke på hva pasienten trenger og hvordan ressursene brukes, slik at mer omfattende eller langvarig behandling kan gis til dem som trenger det.
<b>Klinisk nivå:</b> Behandlere er bevisst på bruk av pasientens og sin tid, gjør vurderinger av framgang og forventet framgang, og gjør begrunnede tilrådinger om å avslutte eller forlenge behandlingsforløpet.
<b>Tjenestenivå:</b> Tjenestene etablerer prosedyrer og prioriteringer når det gjelder omfang og varighet av behandling, sørger for at alle behandlere kjenner til disse og bruker dem, og etablerer prosedyrer for å kvalitetssikre vurderinger om langvarig behandling.
<b>Helsemyndighetsnivå:</b> Helsemyndigheter bidrar til at en kan samle og systematisere erfaringer med prosedyrer for vurdering av behandlingsforløp.

## Område F. God tilgjengelighet og fordeling

<b>F1 Bemanning er adekvat i forhold til antall brukere og de tjenestene som skal gis</b>
Det gjøres vurderinger av hva som er nødvendig bemanning i spesifikke enheter og tjenester ut fra størrelse på målgrupper og vurdering av hvilke tjenester de trenger.
<b>Klinisk nivå:</b> Helsepersonell bidrar til slike vurderinger ut fra sin erfaring.
<b>Tjenestenivå:</b> Ledelsen for de aktuelle tjenestene har ansvar for å gjøre en vurdering og av målgrupper, oppgaver og behov for bemanning i sin enhet. Opplysningene sammenstilles så på høyere nivå innen kommune og helseforetak.
<b>Helsemyndighetsnivå:</b> Helsemyndigheter utarbeider ut fra relevante erfaringer rådgivende normer eller modeller for bemanning, samler erfaringer fra tjenestene når det gjelder bemanning, og justerer anbefalinger eller krav ut fra dette.

## **F2 Tjenestene er tilgjengelige når brukeren trenger dem og innen akseptabel avstand**

Tjenestene organiseres slik at tilgjengelighet er i samsvar med hvor raskt det er behov for hjelp ved ulike tilstander, og slik at avstanden til tjenestetilbudet ikke er urimelig stor.

**Klinisk nivå:** Helsepersonell deltar i det arbeidet som gjøres for å gjøre tjenestene tilgjengelige når brukeren trenger dem, inkludert vurderinger av prioritering og rett til nødvendig helsehjelp.

**Tjenestenivå:** Tjenestene gjennomfører prosedyrer for vurdering henvisninger når det gjelder prioritering og rett til nødvendig helsehjelp i samsvar med forskrifter, samt vurdering av nødvendig varighet av pågående behandling (som omtalt i punkt E1).

**Helsemyndighetsnivå:** Helsemyndighetene gir føringer for prioriteringer, samler informasjon om erfaringer med dette, og vurderer ut fra dette endringer i føringer som gis.



# Referanser

*De fleste publikasjonene nedenfor kan finnes ved å søke på internett etter tittelen, men de er i varierende grad tilgjengelig fritt med full tekst når det gjelder tidsskriftsartikler.*

Arbeidsgruppe 3 (2010). Implementering av nasjonale og internasjonale retningslinjer/veiledere, og dokumenterte kunnskapsbaserte utrednings- og behandlingsmetoder kan raskt bli implementert og fulgt både i klinikk, universiteter og høyskoler. Nasjonal Strategigruppe II for psykisk helsevern og TSB.

Bashook PG (2005). Best practices for assessing competence and performance of the behavioural health workforce. *Administration and Policy in Mental Health* 32 (5/6): 563-591. DOI: 10.1007/s10488-005.3265-x

Bond G, Williams J, Evans L, Salyers M, Kim HW, Sharpe H (2000). Psychiatric Rehabilitation Fidelity Toolkit. Human Resources Institute, Cambridge MA.

Boren, S. A., & Balas, E. A. (1999). Evidence-based quality measurement. *Journal of Ambulatory Care Management* 22(3), 17–23.

Bjørngaard JH (red.). SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007. Rapport 2/08. SINTEF-rapport A7840. SINTEF Helse 2008, Trondheim.

Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall MN: Improving the quality of health care: Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ Clinical research* ed 2003, 326:816-819.

Care Quality Commission (2009). Care Quality Commission Criteria for assessing core standards in 2009/10: Mental Health & Learning Disability Trusts, London.

Chambers DA (2008). Advancing the science of implementation: A workshop summary. *Adm Policy Mental Health* 35:3-10.

Clasen C, Meyer C, Brun C et al (2003). Development of the Competency Assessment Tool – Mental Health, an instrument to assess core competencies for mental health workers. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27 (1): 10-17.

Committee on Crossing the Quality Chasm (2006). Improving the quality of health care for mental and substance-use conditions. Institute of Medicine, National Academies Press, Washington DC.

Corrigan, P. W., Steiner, L., McCracken, S. G., Blaser, B., & Barr, M. (2001). Strategies for disseminating evidence-based practices to staff who treat people with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 52(12), 1598–1606.

Corrigan PW, Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Solomon P (2008). Principles and practice of psychiatric rehabilitation. Guilford Press, New York.

Department of Health, UK (2010). Equity and excellence: Liberating the NHS. London, 2010.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260, 1743–1748.

Drake RE, Bond GR, Essock SM (2009). Implementing evidence-based practices for people with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 35(4):704-713.

Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, (FMHI Publication #231) The National Implementation Research Network.

Forsner, T, Hansson, J, Brommels, M, Åberg Wistedt, A, Forsell Y. (2010a). Implementing clinical guidelines in psychiatry: a qualitative study of perceived facilitators and barriers. *BMC Psychiatry*, 2010 Jan 20;10:8

Forsner, T, Åberg Wistedt, A, Brommels, M, Janszky, I, Ponce de Leon, A, Forsell, Y. (2010b) Supported local implementation of clinical guidelines in psychiatry: a two-year follow-up. *Implementation Science*, 2010 Jan 26;5:4

Fryjordet, J., Kveldstad, M., Ruud, T., B., S. and Walstad, M. (2004). Statusrapport: Psykiske lidelser - Faglighet og verdighet. Rett til utredning, diagnostisk vurdering og målrettet behandling. Den norske legeforening, Oslo.

Ghaemi SN (2009). The case for, and against, evidence-based psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 119:249-251.

Glasgow, R. E., Green, L. W., Klesges, L. M., Abrams, D. B., Fisher, E. B., Goldstein, M. G., et al. (2006). External validity: We need to do more. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(2), 105–408.

Greenhalgh, T., Robert, G., MacFarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581–629.

Grimshaw, J. (2007). Improving the scientific basis of health care research dissemination and implementation. Paper presented at NIH Conference on Building the Sciences of Dissemination and Implementation in the Service of Public Health, Washington, DC.

Grol R, Wensing M: What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *The Medical journal of Australia* 2004, 180:S57-60.

Grol R, Wensing M, Eccles M (editors) (2005). *Improving patient care. The implementation of change in general practice*. Elsevier limited: London.

Helsedirektoratet (2008). *Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering*. Rapport IS-1565. Helsedirektoratet, Oslo.

Helsedirektoratet (2009a). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Nasjonale faglige retningslinjer IS-1561, Helsedirektoratet, Oslo.

Helsedirektoratet (2009b). *Allmennlegetjenesten og psykisk helse*. Rapport IS-1655. Helsedirektoratet, Oslo.

Helsedirektoratet (2010). *Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*. Nasjonale faglige retningslinjer IS-1701, Helsedirektoratet, Oslo.

Hermann RC: *Improving Mental Healthcare (2005): A Guide to Measurement-based Quality Improvement*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.



- Hermann RC, Chan JA, Zazzali JI, Lerner D (2006). Aligning implementation-based quality improvement with implementation of evidence-based practices. *Adm Policy Ment Health & Ment Health Serv Res* 33:636-645. DOI 10.1007/s10488-006-0055-1
- Herschell, A. D., McNeil, C. B., & McNeil, D. W. (2004). Clinical child psychology's progress in disseminating empirically supported treatments. *Clinical Psychology Science & Practice*, 11, 267–288.
- Hope R (2004). *The ten Essential Shared Capabilities. A Framework for the Whole of the Mental Health Workforce*. National Institute for Mental Health England, London.
- Hoge MA, Paris M, Adger H et al (2005). Workforce competencies in behavioral health: An overview. *Administration and Policy in Mental Health* 32 (5/6): 593-631. DOI: 10.1007/s10488-005.3259-x
- Hoge MA, Morris JA, Daniels AS et al (2005). Report of recommendations: The Annapolis Coalition conference in behavioral health workforce competencies. *Administration and Policy in Mental Health* 32 (5/6): 651-663. DOI: 10.1007/s10488-005.3267-x
- Institute of Medicine (2000). *To err is human: Building a safer health system*. National Academy Press, Washington DC.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academy Press, Washington DC.
- Lambert G, Gournay K (1999). Training for the mental health workforce: a review of the developments in the United Kingdom. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 33:694-700.
- Legeforeningen (2004). *Kom i gang. Kvalitetsforbedring i praksis*. Oslo.
- Lilleeng S (red). *SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2007. Rapport 4/08. SINTEF-rapport A7839*. SINTEF Helse 2008, Trondheim.
- LPP (2010). *Veiledningshefte for pårørende innen psykisk helse-feltet*. Landsforeningen for pårørende i Psykiatrien, Oslo.
- Ludvigsen K, Helgesen MK (2004). *Kompetanseheving i psykisk helsearbeid. Videreutdanning i høgskoler og SEPREP tverrfaglige utdanning*. NIBR Notat 2004:135.
- McGlynn EA, Asch SM: Developing a clinical performance measure. *American journal of preventive medicine* 1998, 14:14-21.
- McHugo GJ, Drake RE, Whitley R et al (2007). Fidelity outcomes in the National Implementing Evidence-Based Practices Project. *Psychiatric Services* 58(10):1279-1284.
- Mental Helse (2010). *Sosialpolitisk program 2010-2013. Utkast*. Mental Helse Norge, Skien.
- Monroe-DeVita M. *TMACT Protocol*. Draft 8/7/10.
- Mowbray CT, Holter MC, Teague GB, Bybee D (2003). Fidelity driteria: Development, measurement and validation. *Am J Evaluation* 24(3):315-340.
- NICE et al (2002). *Principles for Best Practice in Clinical Audit*. Radcliffe Medical Press, UK.

NICE (2009). Schizophrenia. Audit support (Clinical criteria). Implementing NICE guidance.

NICE (2009). Schizophrenia. Audit support (Primary care). Implementing NICE guidance.

Norges forskningsråd: Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009) Oslo (2009).

Proctor EK, Landsverk J, Aarons G, Chambers D, Glisson C, Mittman B (2009). Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Adm Policy Ment Health & Ment Health Serv Res* 36:24-34. DOI 10.1007/s10488-008-0197-4

Rapp CA, Gosha RJ, Carlson LS (2010). Evidence-based practices implementation in Kansas. *Community Mental Health Journal* 46:461-465.

Reichborn-Kjennerud T, Falkum E (2000). Grunnlaget for psykiatrisk behandling – fra tro til vitenskap. *Tidsskr Nor Lægeforening* 120:1148-1152.

Repper J, Breeze J (2007). User and carer involvement in the training and education of health professionals: A review of the literature. *Int J of Nursing Studies* 44:511-519.

Rishel CW (2007). Evidence-based prevention practice in mental health: What is it and how do we get there?. *American Journal of Orthopsychiatry* 77(1):153-164.

Robiner WN (2006). The mental health professions: Workforce supply and demand, issues, and challenges. *Clinical Psychology Review* 26:600-625. Doi:10.1016/j.cpr.2006.05.002.

Rowlands P (2004). The NICE schizophrenia guidelines: the challenge of implementation. *Advances in Psychiatric Treatment* 10:403-412.

Ruddy R, Audin K, Barkham M (2005). How to develop inter-organisational research networks in mental health: A systematic review. *Journal of Mental Health* 14(1):7-23.

Ruud T (2009). Mental health quality and outcome measurement and improvement in Norway. *Current Opinion in Psychiatry* 22:631-5.

Ruud T (2010). Outcome measurement in mental health services in Norway. Chapter 9 in Trauer T (Editor). *Outcome measurement in mental health. Theory and practice*. Cambridge University Press, London.

Rygh LH, Helgeland J, Braut GS, Bukholm G, Fredheim N, Frich JC, Halvorsen M, Kittelsen SAC, Magnus T, Nguyen KN, Thesen J, Tjomsland O (2010). Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 16– 2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Rådet for psykisk helse (2006). Videreutdanning i psykisk helsearbeid og spesialiseringar til psykolog og psykiater i lys av utvalde statlege føringer. Rådet for psykisk helse, Oslo.

Shortell, S. M. (2004). Increasing value: A research agenda for addressing the managerial and organizational challenges facing health care delivery in the United States. *Medical Care Research and Review*, 61(3), 12S–30S.

Slade M: *Personal Recovery and Mental Illness. A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge University Press, Cambridge UK. 2009.

Sosial- og helsedirektoratet (2003). Evaluering av faglige retningslinjer. AGREE instrumentet. The AGREE Collaboration / Statens helsetilsyn, Oslo.

Sosial- og helsedirektoratet (2005a). ...og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015). Veileder IS-1162. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo.

Sosial- og helsedirektoratet (2005b). Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. Veileder IS-1332. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo.

Sosial- og helsedirektoratet (2006a). Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplan for psykisk helse. Rapport IS-1315. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo.

Sosial- og helsedirektoratet (2006b). Tiltaksplan for pårørende til mennesker med psykiske lidelser 2006-2008. Rapport IS-1349. Oslo.

Sosial- og helsedirektoratet (2007). Hvordan kommer vi fra visjoner til handling? ...og bedre skal det bli. Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helse-tjenesten (2005-2015). Veileder IS-1502. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo.

Sosial- og helsedirektoratet (2008). Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Nasjonale faglige retningslinjer IS-1511, Sosial- og helsedirektoratet, Oslo.

Statens helsetilsyn (1999). Angstlidelser - kliniske retningslinjer for utredning og behandling. Statens helsetilsyns utredningsserie 4-99., IK 2694.

Statens helsetilsyn (2000a). Alvorlige spiseforstyrrelser - retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten. Statens helsetilsyns utredningsserie 7-2000, IK 2714.

Statens helsetilsyn (2000b). Schizofreni - kliniske retningslinjer for utredning og behandling, Statens helsetilsyns utredningsserie 9-2000, IK 2726.

Statens helsetilsyn (2000c). Stemningslidelser - kliniske retningslinjer for utredning og behandling. Statens helsetilsyns utredningsserie 3-2000, IK 2695.

Statens helsetilsyn (2001). Kompetansebehov i psykisk helsevern. Utredning 4-2001. IK-2740. Statens helsetilsyn, Oslo.

Statens helsetilsyn (2002). Retningslinjer for retningslinjer. Prosesser og metoder for utvikling og implementering av faglige retningslinjer. Veileder IK 2653, revidert utgave, Statens helsetilsyn, Oslo.

Styron TH, Shaw M, McDuffie E, Hoge MA (2005). Curriculum resources for training direct care providers in public sector mental health. *Administration and Policy in Mental Health* 32 (5/6): 633-649. DOI: 10.1007/s10488-005.3266-x

Sullivan, G., Duan, N., Mukherjee, S., Kirchner, J., Perry, D., & Henderson, K. (2005). The role of services researchers in facilitating intervention research. *Psychiatric Services*, 56, 537–542.

Thornicroft G, Tansella M (1999). *The Mental Health Matrix. A manual to improve services.* Cambridge University Press, UK.

Thornicroft G.: *Shunned. Discrimination against people with mental illness.* Oxford University Press, Oxford UK, 2006.

Weinmann S, Koesters M, Becker T: Effects of implementation of psychiatric guidelines on provider performance and patient outcome: systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2007, 115:420-433.

Wells, K., Miranda, J., Bruce, M. L., Alegria, M., & Wallerstein, N. (2004). Bridging community intervention and mental health services research. *American Journal of Psychiatry*, 161, 955–963.

Wensing M, Bosch M, Grol R: Developing and selecting interventions for translating knowledge to action. *CMAJ* 2010, 182:E85-88.

WHO. 2005. Human resources and training in mental health. Mental health policy and services guidance package. ISBN 92 4 154659 X. Geneva.

Wobrock T, Weinmann S, Falkai P, Gaebel W: Quality assurance in psychiatry: quality indicators and guideline implementation. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2009, 259 Suppl 2:S219-226.

Ådnanes M, Harsvik T (2007). Evaluering av videreutdanning i psykisk helsearbeid. SINTEF Helse, Trondheim.

**Helsedirektoratet**

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

