

Arbeid og psykisk helse



# IPS – Hvordan sikre kvalitet?

Arbeid.&  
Inkludering

IPS – Hvordan sikre kvalitet

# Forord

Psykisk helsevern har gjennomgått store reformer de siste 20 årene i de fleste vestlige land, fra store sentralinstitusjoner til integrering av mennesker med alvorlige psykiske lidelser i lokalsamfunnene. Den siste omdreiningen i denne viktige menneskehetsrettslige utviklingen er at mennesker med alvorlig psykiske lidelser også har en rett til å jobbe og at arbeid er en viktig faktor i mestring og bedring ved psykiske lidelser.

Forskerne Deborah Becker og Bob Drake, ved Dartmouth Psychiatric Research Center, New Hampshire, USA - er det miljøet i verden som har jobbet lengst og mest systematisk med å utvikle metodikk på dette feltet. Støttet av Johnson & Johnson Foundation og av amerikanske myndigheter har de utviklet en evidensbasert retning som kan vise til gode resultater over lang tid. Den implementeres nå i mange amerikanske stater i tillegg til at mange land i Europa og andre deler av verden begynner å prøve ut denne evidensbaserte tilnærmingen.

Tilnærmingen kalles Individual Placement and Support (IPS) og er en svært systematisk måte å jobbe på for å oppnå ordinært arbeid for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Med ordinært arbeid menes en jobb i det ordinære arbeidsmarkedet, betalt på vanlig måte, men det stilles ikke krav til et minste antall timer pr. uke eller reduksjon i ulike stønader mv. De amerikanske forskerne har laget et Implementerings Kit som består av en rekke hefter som nokså detaljert beskriver hovedpunktene i denne tilnærmingen og måten den gjennomføres på:

IPS - Hvordan bruke modulene

IPS - Komme i gang

IPS - Hvordan bygge et tilbud

IPS - Hvordan sikre kvalitet

IPS - Evidens

IPS - Opplæring av IPS konsulenter

Arbeids- og velferdsdirektoratet har finansiert oversettelsen av dette materialet og tanken er at ved å ha tilgang til en norsk versjon vil det bli lettere for norske beslutningstakere og fagfolk å sette seg inn i denne tilnærmingen og vurdere den for norske forhold. Vi har fått tillatelse fra forfatterne til å oversette dette materialet på norsk. Materialet er ikke kulturelt oversatt, i betydningen sammenlignet med amerikanske systemer og ordninger opp mot norske, men er en direkte språklig oversettelse.

Samtidig har Bransjeforeningen søkt om midler til et Farve prosjekt med Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet som vil arbeide med å peke på problemstillinger som må løses knyttet til en eventuell implementering av denne metodikken i Norge. Dette arbeidet er planlagt ferdigstilt innen september 2011.

Oslo 12/2- 2011

Arne Svendsrud  
Bransjeforeningen Arbeid & Inkludering

*Stig Nygård*

*Arbeids – og velferdsdirektoratet*

## **Kildeangivelser**

Dette dokumentet er utarbeidet av New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center for Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) under kontraktsnummer 280-00-8049 og Westat under kontraktsnummer 270-03-6005, sammen med SAMHSA, U.S. Department of Health and Human Services (HHS). Neal Brown, M.P.A., og Crystal Blyler, Ph.D. har fungert som myndighetenes prosjektansvarlige.

## **Ansvar**

Synspunktene, meningene og innholdet i denne publikasjonen er forfatternes og bidragsytternes og avspeiler ikke nødvendigvis synspunktene, meningene og retningslinjene til Center for Mental Health Services

## **(CMHS), SAMHSA eller HHS. Offentlighet**

Alt materiale i dette dokumentet er offentlig, og kan gjengis eller kopieres uten tillatelse fra SAMHSA. Vi setter likevel pris på kildeangivelse. Denne publikasjonen kan likevel ikke reproduseres eller distribueres mot betaling uten spesifikk skriftlig tillatelse fra Office of Communications, SAMHSA, HHS.

## **Elektronisk tilgang til publikasjonen og elektroniske kopier av den**

Denne publikasjonen kan lastes ned eller bestilles på [www.samhsa.gov/shin](http://www.samhsa.gov/shin). Eller ring SAMHSAs helseinformasjonsnettverk på **1-877-SAMHSA-7** (1-877-726-4727) (engelsk og spansk).

## **Anbefalt kildeangivelse**

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Supported Employment: Evaluating Your Program*. DHHS pub. nr. SMA-08-4364, Rockville, MD, USA: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services.

Opprinnelig utgitt av

***Center for Mental Health Services***

***Substance Abuse and Mental Health Services Administration***

***1 Choke Cherry Road***

***Rockville, MD 20857, USA***

DHHS-publikasjonsnr. SMA 08-4364

Trykt i 2009

---

## IPS – Hvordan sikre kvalitet

Informasjonen i *IPS – Hvordan sikre kvalitet* viser medlemmene i kvalitetssikringsteamet hvordan de kan analysere og bruke prosess- og resultater for å forbedre EBP-programmet. Det inkluderer følgende:

- Vurdering av jobbklarhet
- IPS-kvalitetsskalaen
- Generell organisasjonsindeks og
- Resultatmålene for programmet.

Her finner du også instruksjoner om hvordan å gjennomføre vurderinger, og forslag til hvordan dataene kan brukes til å forbedre programmet.

## Innholdsfortegnelse

Hvorfor evaluere IPS-programmet

Hvordan gjøre en vurdering av jobbklarhet

Hvordan gjøre en prosessvurdering

Overvåke resultater

Bruk av data til å forbedre programmet

Vedlegg A: Forsideark – IPS-kvalitetsskala og generell organisasjonsindeks

Vedlegg B: IPS-kvalitetsskala og poengskjema

Vedlegg C: Veiledning til IPS-kvalitetsskala

Vedlegg D: Generell organisasjonsindeks og poengskjema

Vedlegg E: Protokoll for generell organisasjonsindeks

Vedlegg F: Resultatskjema

Vedlegg G: Instruksjoner for resultatskjema

Vedlegg H: Sjekkliste for opplæring av evaluatorene og deres arbeid

Denne KIT-modulen er en del av en serie KIT-moduler for evidensbasert praksis som er utarbeidet av Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services.

Dette heftet er en del av en KIT-modul for IPS som består av en DVD, en CD-ROM og sju hefter:

***IPS – Hvordan bruke modulene***

***IPS – Komme i gang***

***IPS – Hvordan bygge et tilbud***

***IPS – Opplæring av IPS-konsulenter***

***IPS – Hvordan sikre kvalitet***

***IPS – Evidens***

***IPS – Bruk av multimedia***

## KIT

Kunnskap Informasjon Transformasjon

## IPS – Hvordan sikre kvalitet

### Hvorfor evaluere IPS-programmet

Viktige interessenter som implementer IPS-programmer, spør seg kanskje om to ting:

- Er IPS implementert som planlagt?
- Har IPS ført til ønskede resultater?

Å stille seg selv disse to spørsmålene og bruke svarene til å forbedre IPS-programmet er avgjørende faktorer for å lykkes med et IPS-program.

Svar på det første spørsmålet ved å registrere prosessmål (ved hjelp av IPS-kvalitetsskala og Generell organisasjonsindeks). Prosessmålene angir hvordan tjenestene utføres. Svar på det andre spørsmålet ved å registrere resultatmål. Resultatmålene registrerer resultatene eller måloppfyllelsen til programmet.

Mens du forbereder implementeringen av et IPS-program, anbefaler vi at du utarbeider et kvalitetssikringssystem ved å bruke både prosess- og resultatmål for å overvåke og forbedre programmets kvalitet fra oppstartsfasen og gjennom hele programmets levetid.

### Hvorfor du bør registrere prosessmål

Prosessmål gjør at du på en objektiv og strukturert måte kan avgjøre om IPS-tjenestene utføres på en måte som gir ønskede resultater, i henhold til utførte studier. Prosessmål gjør at organisasjoner kan forstå om de yter tjenester som overensstemmer med modellen for evidensbasert praksis. Programmer som holder seg nært opp til IPS-modellen, er mer effektive enn de som ikke følger modellen. Overholdelsen av modellen kalles *IPS-kvalitet*.

Å generere prosessmål er en veldig god måte å finne svakheter i programmet på, samtidig som de bidrar til å klargjøre programmets sterke sider. Når IPS-programmer oppnår høy kvalitet, vil løpende overvåking gjøre at du kan prøve ut lokal nyskaping og likevel sikre at programmene ikke beveger seg vekk fra nøkkelpriinsippene i evidensbasert praksis.

Prosessmål gir også offentlige helsetjenester et komparativt rammeverk for evaluering av IPS-programmene i et fylke eller nasjonalt. Helsemyndighetene kan identifisere regionale eller nasjonale trender og unntak fra disse trendene.

## **Forskningen har vist at du kan forvente følgende resultater**

- Høyere grad av vanlige jobber
- Økt antall arbeidstimer
- Høyere lønninger
- Bedrede symptomer
- Økt selvtillit
- Økt tilfredshet hos deltakeren over økonomien (Bond m. fl., 2001; Mueser m. fl., 1997)

## **Hvorfor du bør registrere resultatmål**

Mens prosessmålene registrerer hvordan tjenestene utføres, registrerer resultatmålene programmets resultater. Hvert tjenestetiltak innenfor mental helse har både øyeblikkelige og langsiktige mål i forhold til deltakerne. Deltakerne har dessuten egne mål som de håper å nå ved å motta helsetjenester. Disse målene blir til resultater, og resultatene kan angis med spesifikke måleverdier.

Hvordan det går for deltakerne er bunnlinjen for tjenester innen mental helse, på samme måte som fortjeneste er det i næringslivet. Ingen som driver forretning, ville anta at driften var lønnsom bare fordi de ansatte jobbet hardt.

## **Hvorfor utvikle et kvalitetssikringssystem?**

For å synliggjøre effekten av IPS, bør helsemyndighetene utvikle et kvalitetssikringssystem som ikke bare følger opp prosessmål som f.eks. IPS-kvalitetsskala og Generell organisasjonsindeks, men også resultatparametre som beskrevet ovenfor. Et kvalitetssikringssystem vil hjelpe deg med følgende:

Finne sterke og svake sider ved programmet

Utarbeide handlingsplaner til å forbedre programmet

Bidra til at deltakerne når sine bedringsmål og

Levere helsetjenester på en effektiv og rasjonell måte

## EVIDENSBASERT PRAKSIS

### KIT

Kunnskap Informasjon Transformasjon

## IPS – Hvordan sikre kvalitet

### Hvordan foreta en vurdering av leveringsklarhet

La oss ta utgangspunkt i at lederne og IPS-lederne har lest *IPS – Hvordan bygge et tilbud*. Det nye IPS-teamet har fullført *IPS - Opplæring av IPS-konsulenter*. Hvordan vet du om du er klar til å levere IPS-tjenester til deltakerne?

Vurderingen av leveringsklarhet på neste side hjelper medlemmer av kvalitetssikringsteam, ledere av rådgivningsteam og IPS-ledere med å spore de prosessene og administrative oppgavene som utviklingen av IPS-programmet krever.

Besvarelsen av disse spørsmålene hjelper deg med å opprette en løpende sjekklister (eller implementeringsplan) som et styringsverktøy i implementeringen av IPS. Svarene du gir vil også hjelpe deg med å forstå bestanddelene i de IPS-tjenestene som allerede er på plass og hva som fremdeles gjenstår å gjøre.

### Vurdering av leveringsklarhet

Undersøk ethvert område du føler du IKKE fullt ut forstår.

- Hvilke behandlere skal levere IPS?
- Hvem skal ha tilsyn med IPS-konsulentene og lede IPS-programmet?
- Hvilke roller har IPS-lederen og IPS-konsulentene?
- Hvem står for rådgivningen for stønader?
- Hvor store er porteføljene til IPS-konsulentene?
- Hvor stor er porteføljen til IPS-lederen?
- Hvilken struktur har IPS-tilsynet (for eksempel, hvor ofte møter IPS-lederen IPS-konsulentene og organisasjonslederen)?
- Hvordan vil du føre tilsyn med IPS-konsulentene?
- Hva er inntakskriteriene til programmet?
- Hvordan er henvisningsprosessen?
- Hvordan vil du skape IPS-henvisninger?
- Hvordan vil du gjøre IPS kjent for deltakere, pårørende og andre?
- Hva er prosedyrene dine for å ferdigstille yrkesprofiler?
- Hva er prosedyrene dine for å ferdigstille individuelle handlingsplaner?



- Hvordan skal IPS-teamet til å kommunisere med andre behandlingsteam?
- Hvordan skal pårørende eller annet støttepersonell til å være engasjert i IPS?
- Hvordan skal IPS-teamet til å forholde seg til rådgivningsteam?
- Hvordan vil du måle programmets kvalitet sett i forhold til IPS-modellen?
- Hvordan fungerer systemet for innsamling av deltakerresultater?

**Noter områder der noe fremdeles er uklart for deg, eller hvor du har spørsmål. Arranger en samtale med en ekspertkonsulent eller en erfaren IPS-leder.**

## EVIDENSBASERT PRAKSIS

### KIT

Kunnskap Informasjon Transformasjon

## IPS – Hvordan sikre kvalitet

### Hvordan gjøre en prosessvurdering

I tillegg til vurderingen av leveringsklarhet, bør du gjennomføre en første prosessvurdering før du begynner å levere IPS-tjenester. Ved å gjøre dette, vil du finne ut om organisasjonen har den nødvendige kjernekompetansen i IPS. I løpet av de første to årene i implementeringen av programmet, så planlegg å vurdere programmet hver 6. måned.

Etter at programmet har modnet og oppnådd en høy grad av kvalitet, kan du eventuelt velge å gjennomføre vurderinger en gang i året. Organisasjoner som har hatt en vellykket implementering av IPS, sier at man må fortsette å evaluere prosessen for ikke å falle tilbake til tidligere handlingsmønstre.

Når første IPS-programmet har oppnådd en høy grad av kvalitet i følge den evidensbaserte modellen, kan IPS-konsulenter tilpasse programmet etter lokalsamfunnets individuelle behov. Hvis du forsetter å benytte prosessevalueringer sammen med resultatovervåking, vil du kunne forstå i hvilken grad endringene dine resulterer i at programmet avviker fra modellkvaliteten og om endringene påvirker deltakerne positivt eller negativt.

### Hvordan bruke prosessmål

Det er blitt utviklet to verktøy til å overvåke hvordan IPS-tjenester blir levert:

- IPS-kvalitetsskalaen, og
- Generell organisasjonsindeks.

Du kan administrere begge verktøyene samtidig.

IPS-kvalitetsskalaen har 15 programspesifikke punkter. Hvert punkt graderes på en 5-punkts skala, fra 1 (som betyr *ikke implementert*) til 5 (som betyr *fullt implementert*). Punktene viser om IPS-programmet blir levert i henhold til IPS-modellen.

Den generelle organisasjonsindeksen er et annet sett med prosessmål som er utviklet. I motsetning til kvalitetsskalaen som er spesifikk for hver evidensbasert praksis, kan den generelle organisasjonsindeksen brukes ved implementeringen av enhver evidensbasert praksis. Den måler tverr-organisasjonelle handlingsprosedyrer som har vist seg å påvirke organisasjonens samlede evne til å implementere og vedlikeholde en evidensbasert praksis.

IPS-kvalitetsskalaen og den generelle organisasjonsindeksen er vist i *vedlegg B* og *D*. Du kan også skrive ut disse skjemaene fra CD-ROM-en i KIT-modulen.

### Hvem kan foreta prosessvurdering?

Vi anbefaler å benytte to evaluatore til å gjennomføre prosessvurderingen. Data som er innsamlet av to evaluatore parallelt, øker sannsynligheten for at informasjonen vil være pålitelig og gyldig.

Organisasjoner som har hatt en vellykket implementering av IPS-programmer, har gått fram på forskjellige måter for å finne fram til evaluatore. Noen organisasjoner lærer opp medlemmene av

IPS-rådgivningskomiteen til å bli evaluatorene og lar ansvaret for å fullføre vurderinger gå på rundgang. Andre har kvalitetssikringsteam fra før av og utpeker rett og slett medlemmer av gruppen til å gjennomføre vurderinger. I andre tilfeller har helsemyndighetene utpekt medarbeidere til å gjennomføre vurderinger.

Vurderinger kan gjennomføres enten internt av din egen organisasjon eller av en ekstern evalueringssgruppe. Eksterne evalueringssgrupper har en klar fordel ved at de bruker evaluatorene som kjenner IPS-modellen, men som samtidig er uavhengige. Målet er å velge ut objektive og kompetente evaluatorene.

Selv om vi anbefaler å bruke eksterne evaluatorene, kan organisasjoner også bruke kvalitetskalaer til selv å gradere sine egne IPS-programmer. Gyldigheten til disse graderingene (eller enhver gradering for den saks skyld) avhenger av følgende:

- Kunnskapsnivået til personen som foretar graderingen,
- Tilgang til presis informasjon som vedrører graderingen, og
- Graderingens objektivitet.

Hvis du gjennomfører vurderinger med bruk av egne folk, vær oppmerksom på mulig partiskhet hos evaluatorene som har investert i at programmet skal ta seg godt ut eller som ikke fullt ut forstår IPS-modellen. Det er viktig at graderinger blir gjort objektivt og at de er basert på harde fakta.

Omstendighetene vil påvirke hvilke avgjørelser som tas her, men vi oppfordrer organisasjoner til å velge en vurderingsprosess som fremmer objektivitet i graderingene, for eksempel ved å engasjere en behandler som ikke befinner seg sentralt i leveringene av IPS-tjenester. Kun folk som har erfaring med og opplæring i intervju- og datainnsamlingsprosedyrer (inkludert diagramanalyser) bør foreta vurderinger. I tillegg må evaluatorene forstå den evidensbaserte modellens natur og kritiske bestanddeler.

Hvis organisasjonen velger å bruke en konsulent eller instruktør i arbeidet med å implementere IPS-programmet, vil det å engasjere den personen i vurderingsprosessen øke den tekniske assistansen du mottar. Uansett hvilken fremgangsmåte du velger, anbefaler vi å ta disse avgjørelsene tidlig i planleggingsprosessen. Du finner en sjekklister for å bedømme en evaluators opplæring og prestasjoner i *vedlegg H*.

## Om prosessmålingene som er inkludert i KIT-modulen

Det er blitt utviklet kvalitetssikringsmålinger som er inkludert i alle KIT-moduler for evidensbasert praksis. **IPS-kvalitetsskalaen** går langt tilbake i tid. Den ble utviklet og beskrevet av Bond, Becker, Drake, og Vogler (1997), og var tidligere kjent som Individual Placement and Support (IPS) Fidelity Scale. Den har vist seg å ha diskriminant og prediktiv validitet, og er blitt godtatt ved en rekke statlige og lokale organisasjoner i USA og internasjonalt.

Skalaen skiller mellom veletablerte programmer som følger IPS-modellen (eller IPS), og andre former for yrkesprogrammer (Bond m.fl, 2001). Når det gjelder prediktiv validitet, fant en bestemt studie en sterk korrelasjon (0,76) mellom kvalitet (fidelity) i følge IPS-kvalitetsskalaen, og konkurransemessig sysselsetting (Becker m.fl, 2001).

Den **generelle organisasjonsindeksen**, utviklet av Robert Drake og Charlie Rapp, er en nyutviklet skala. Skalaen har gjennomgått en rekke revisjoner, basert på tilbakemeldinger i løpet av en treårig utprøvningsperiode av KIT-materialene.

## Hvordan prosessvurderinger utføres

Det foregår et antall aktiviteter før, i løpet av og etter en prosessvurdering. Generelt inkluderer vurderinger det følgende:

- Intervju med ledere, IPS-lederen, IPS-konsulenter, spesialister på stønader, deltakere og pårørende
- Intervju med andre organisasjoners medarbeidere (som for eksempel case managere, terapeuter, psykiatere eller sykepleiere)
- Følge med IPS-konsulenter;
- Observere et IPS-behandlingsteam og tilsynsmøte og
- Utføre en diagramanalyse.

Det å samle informasjon fra flere kilder gjør at evaluatører får et mer nøyaktig bilde av hvordan tjenestene leveres. Et heldags besøk er den beste måten å få tak i denne informasjonen på.

Det følgende er forslag til trinnene i vurderingsprosessen.

## Før prosessvurderingen begynner

### ■ ■ ■ Forbered spørsmålene til vurderingen

IPS-kvalitetsvurderingen i *vedlegg C* inneholder spørsmål du kan bruke til å samle informasjon i løpet av vurderingsbesøket.

Det er også utarbeidet en detaljert protokoll som gir en forståelse av hvert enkelt punkt i den generelle organisasjonsindeksen og begrunnelsen for å inkludere det, retningslinjer for hva slags informasjon som bør samles inn, samt instruksjoner for selve graderingen. Protokollen for den generelle organisasjonsindeksen finner du i *vedlegg E*.

Bruk IPS-kvalitetsveiledningen og den generelle organisasjonsindeksen til å forberede spørsmålene du skal stille i løpet av vurderingsbesøket.

Selv om vi forventer at kvalitetssikringsteamet vil velge hvilke resultatmålinger organisasjonen trenger, bør du bruke IPS-kvalitetsskalaen og den generelle organisasjonsindeksen fullt ut. Innsamlingen av data for alle punktene på disse skalaene vil gi organisasjonen en dyp innsikt i hvilken grad IPS-tjenestene stemmer overens med den evidensbaserte modellen.

### ■ ■ ■ Lag en tidslinje for vurderingen

Lag en liste over alle de nødvendige aktivitetene forut for og i løpet av besøket, og opprett en tidslinje for fullføringen av hver oppgave. En nøye planlagt koordinering av arbeidet bidrar til å få ferdig vurderingen i tide, spesielt hvis du har flere evaluatorene.

### ■ ■ ■ Opprett en kontaktperson

Få en person i IPS-programmet til å arrangere besøket og forklare formålet og omfanget av vurderingen til folk som skal være med på intervjuene. Denne personen er gjerne IPS-lederen.

Utvis normal høflighet, og vis respekt for andres timeplaner ved å gjøre avtaler god tid i forveien og ringe og minne folk på intervjudatoer og klokkesletter.

### ■ ■ ■ Opprett en gjensidig forståelse med IPS-teamet

De mest vellykkede vurderingene er de hvor evaluatoren og IPS-teamet har et felles mål om å forstå hvordan programmet skrider fremover i henhold til evidensbaserte prinsipper. Hvis ledere eller IPS-konsulentene frykter at de vil miste finansiering eller vil ta seg dårlig ut hvis de ikke får en god gradering, vil dataenes nøyaktighet gå tapt. Den beste formen for enighet er der hvor alle partene er interessert i å finne ut av sannheten.

### ■ ■ ■ Fortell hva du vil trenge fra respondentene

I tillegg til formålet med vurderingen, beskriv kort hvilken informasjon du trenger, hvem du må snakke med og hvor lang tid hvert intervju vil ta. Besøket vil bli mest effektivt dersom IPS-lederen samler inn så mye av den følgende informasjonen som mulig på forhånd:

- Oversikt over IPS-konsulenter (roller, fulltids-ekvivalenter)
- Oversikt over IPS-deltakere for hver IPS-konsulent
- Oversikt over IPS-deltakere som har forlatt programmet i løpet av de siste 6 månedene
- Kopi av organisasjonens IPS-brosjyre eller formålsparagraf, og
- Totalt antall deltakere som IPS-programmet har betjent i løpet av de siste 6 månedene.

Forsikre IPS-lederen om at du vil være i stand til å gjennomføre vurderingen, selv om ikke all den ønskede informasjonen skulle være tilgjengelig. Indiker at noe informasjon er mer kritisk (f.eks. antall IPS-konsulenter og IPS-deltakere) enn annen informasjon.

Fortell kontaktpersonen at du må observere et IPS-behandlingsteam møte og et gruppetilsynsmøte i løpet av besøket. Dette er viktige faktorer når du skal legge timeplanen for besøket.

### ■ ■ ■ Gjør kontaktpersonen din oppmerksom på at du vil trenge 10 eksempler på diagrammer

Fra en effektivitetssynsvinkel er det å foretrekke at diagrammene blir tegnet opp på forhånd, og

benytte vilkårlig utvelgning. Det kan tenkes at evalueringen vil bli ugyldiggjort dersom IPS-konsulentene håndplukker diagrammer eller oppdaterer dem i forkant av besøket. Hvis dere begge forstår at målet er å finne ut hvordan programmet implementerer tjenestene, vil ikke dette ha så lett for å skje.

I tillegg kan du sørge for tilfeldig utvelgelse ved å be om 20 diagrammer og velge 10 tilfeldige av disse for gjennomgåelse. Andre muligheter er å be IPS-programmet om en identifisert liste over deltakere (dvs. med navnene fjernet) og bruke listen til å velge 10 diagrammer for gjennomgåelse.

Hvis programmet bare har én IPS-konsulent med færre enn fem deltakere i porteføljen, så gjennomgå diagrammene til alle IPS-deltakerne.

### ■ ■ ■ Klargjør rapporteringsprosedyren

Klargjør med de relevante folkene (organisasjonsansvarlig, helsemyndighetene eller IPS-leder) hvem som bør motta en rapport med vurderingsresultater. Mottakerne vil kunne inkludere følgende:

- Organisasjonsansvarlige
- Medlemmer av organisasjonens kvalitetssikringsteam
- Medlemmer av IPS-rådgivningskomiteen
- IPS-lederen
- IPS-konsulenter og
- Deltakere og pårørende.

Evaluatorene bør også klarlegge hvordan organisasjonen vil at rapporten skal distribueres. Evaluatorene kan for eksempel maile eller fakse rapporten og følge opp med å diskutere resultatene i et møte eller en telefonkonferanse.

### ■ ■ ■ Organiser materialet fra vurderingen

Det er laget tre skjemaer til bruk i vurderingen:

- Det første skjemaet er et forsideark for IPS-kvalitetsskalaen og den generelle organisasjonsindeksen og brukes til å organisere prosessvurderingen. Her blir det lagt inn generell, beskrivende informasjon om organisasjonen, datainnsamling og kjennetrekke ved lokalsamfunnet.
- Det andre og tredje skjemaet er poengark for de to skalaene. Disse hjelper deg med å sammenligne vurderingens graderinger fra et tidsrom til et annet. De kan også være nyttige hvis du er interessert i å undersøke utviklingen av resultatene over tid i diagramform.

IPS-kvalitetsskalaen, den generelle organisasjonsindeksen, forsidearket og poengarkene er vist i *vedlegg A, B og D*. Du kan også skrive ut disse skjemaene fra CD-ROM-en i KIT-modulen.

## I løpet av vurderingsbesøket

### ■ ■ ■ Tilpass terminologien

For å unngå forvirring under intervjuene, tilpass terminologien du benytter. For eksempel kan et IPS-program bruke *medlem* istedenfor *deltaker*, eller *kliniker* istedenfor *behandler*. Hver organisasjon har spesifikke stillingsbetegnelser for enkelte roller. Du vil forbedre kommunikasjonen ved å anvende lokal terminologi.

### ■ ■ ■ Utføre en diagramanalyse

Det er viktig at diagramanalysen gjøres med et representativt utvalg av diagrammer. Når du begynner med diagramanalysen, noter om utvalget gjenspeiler både deltakere som allerede jobber og de som er i gang med å søke etter en jobb. Du bør også notere om utvalget inkluderer deltakerdiagrammer fra hver enkelt IPS-konsulents klientportefølje. Hvis ditt vilkårlige utvalg ikke er representativt på den måten, så vurder å supplere utvalget med diagrammer som gjør det mer representativt.

Analyser hvert enkelt diagram når det gjelder henvisningen, yrkesprofil og individuell sysselsettingsplan. Hvis det finnes mer enn én behandlingsplan (som for eksempel en klinisk behandlingsplan og en individuell sysselsettingsplan), analyser begge for å se om lignende arbeidsrettede mål fremkommer i hver enkelt plan.

Analyser ferske fremgangsnotater for å forstå omfanget av og hvilken form for kontakt IPS-konsulentene har med deltakerne i sin portefølje. Hvis deltakerdiagrammene ikke er vedlagt noen fremgangsnotater, så spør IPS-konsulentene om de har noe arkiv i tillegg som du kan få se på.

I noen tilfeller kan det være et etterslep mellom når en tjeneste blir levert og når den blir dokumentert i deltakerens diagram. For å få et mest mulig nøyaktig bilde av de leverte tjenestene når du analyserer de utvalgte diagramdataene, forsøk å samle data fra den nyligste perioden hvor dokumentasjonen er fullstendig.

For å finne ut hva som er den mest oppdaterte perioden, spør IPS-lederen, IPS-konsulentene, eller folk i administrasjonen. Unngå å velge ut nøyaktige data hvor kontorbaserte tjenester kan tegnes opp raskere enn tjenester som blir levert i feltet.

### ■ ■ ■ Hvis uoverensstemmelse mellom kildene, spør IPS-lederen

Den mest vanlige uoverensstemmelsen inntreffer gjerne når intervjuet med IPS-lederen gir et mer idealisert bilde av hvordan teamet fungerer enn diagrammet og data basert på observasjon tilsier. For eksempel, på IPS-kvalitetsskalaen vurderer *Tjenester som er basert i lokalsamfunnet* (punkt 8) hvor mye tid IPS-konsulentene deltaker på å levere IPS-tjenester i samfunnet. Analysen av diagrammet vil kanskje vise at kontakten med deltakeren stort sett foregår på kontoret, mens IPS-lederen indikerer at IPS-konsulentene bruker det meste av arbeidstiden sin ute i feltet.

For å oppklare og forstå denne uoverensstemmelsen bør evaluatoren stille følgende spørsmål til IPS-lederen:

Diagrammet vårt viser at 50 prosent av kontakten med deltakeren skjer på kontoret, mens estimatet ditt for feltbaserte tjenester er 75 prosent. Kan du hjelpe oss med å forstå forskjellen?

Ofte kan IPS-lederen gi informasjon som oppklarer denne uoverensstemmelsen.

### ■ ■ ■ Før du drar, undersøk om det mangler data

Kvalitetsskalaer bør gjøres ferdig fullt og helt, uten manglende data eller punkter. Snakk med IPS-

lederen ved slutten av besøket for å samle inn eventuell tilleggsinformasjon du trenger.

## Etter vurderingsbesøket

### ■ ■ ■ Følg opp

Det er viktig å samle inn alle manglende data før du gjør ferdig poenggivningen. Hvis nødvendig, få tak i manglende data (for eksempel ved å ringe eller sende en e-post). Dette inkluderer også å diskutere med IPS-lederen enhver uoverensstemmelse mellom datakilder du legger merke til etter at besøket er over.

### ■ ■ ■ Regn ut poengene

Bruk IPS-kvalitetsveiledningen og den generelle organisasjonsindeksen i *vedlegg C* og *E* til å gi IPS-programmet poeng. Hvis du vurderer en organisasjon for første gang for å finne ut hvilke deler av IPS organisasjonen allerede har på plass, kan det være at noen punkter ikke er relevante. Hvis et punkt ikke kan gis poeng, merk punktet med «1».

### ■ ■ ■ Beregn skalaene på egen hånd

Hvis du har to evaluatorene, bør begge gjennomgå de innsamlede dataene og regne ut poeng for skalaene uavhengig av hverandre. Deretter bør de sammenligne hverandres poenggivning, oppklare enhver uoverensstemmelse og komme fram til en felles poenggivning.

### ■ ■ ■ Gjør ferdig poengarkene

Summer poengene for hvert punkt, og fastslå hvilken grad av implementering som er blitt oppnådd.



## EVIDENSBASERT PRAKSIS

### KIT

Kunnskap Informasjon Transformasjon

## IPS – Hvordan sikre kvalitet

### Overvåking av resultater

I motsetning til prosessmål som må brukes fullt ut for å oppnå en helhetlig forståelse av hvordan tjenestene blir levert, må du for IPS-programmet bestemme deg for hvilke resultatmål som vil være mest informative. I starten bør systemet du benytter for resultatovervåking være enkelt å benytte og vedlikeholde. Mange velmente forsøk på å samle inn og bruke resultatdata har gått nedenom og hjem på grunn av kompleksitet.

En måte å gjøre det enkelt på, er å begrense antallet resultatmål. Velg resultatmål ut fra hva slags informasjon som vil være mest nyttig for organisasjonen. Basert på forskningslitteraturen, foreslår vi at du overvåker et fåtall nøkkelresultater som for eksempel:

- Vanlig jobb
- Bor på egen hånd
- Tar utdanning
- Selvrespekt, og
- Fornøyd med egen økonomi.

Disse resultatene gjenspeiler hovedmålene for IPS. Målene til IPS er helt spesifikt å hjelpe deltakere til å ha fremgang i sin bedringsprosess og bli integrert i samfunnet gjennom å få en vanlig jobb. Av denne grunn er det viktig å finne resultatet av en vanlig jobb på en slik måte at det gagnar programmet mest mulig.

For at dataene skal være av nytte, må de være gyldige. Det vil si at dataene må måle det de er ment å måle. Derfor må resultatene være få i antall og konkrete slik at IPS-konsulentene fokuserer på de viktigste av dem. De må også være forstått på den måten, og poenggivningen av dem må være konsistent og ikke inneholde feil.

For å sikre at poengene er gyldige, anbefaler vi å bruke et enkelt poengsystem til å begynne med (som f.eks. «Hadde deltakeren en vanlig jobb i dette kvartalet?») istedenfor noe mer komplisert (som f.eks. «Hvor mange timer jobbet deltakeren i en vanlig stilling i dette kvartalet?»). Begrens resultatmålene til konkrete målinger som også gjør det mulig å samle inn data fra IPS-konsulentene.

## Hva er Consumer Outcomes Monitoring Package?

Consumer Outcomes Monitoring Package (overvåkingspakke for brukerresultater, forkortet COMP) ble delvis sponset av Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) i USA, og utviklet av et team ved School of Social Welfare, University of Kansas. Denne dataapplikasjonen gjør det mulig for organisasjoner å velge fra en forhåndsprogrammert liste med resultater for hver evidensbaserte praksis. Man kan legge inn data for hvert resultat som er valgt, og man kan generere kvartals- og månedsrapporter. COMP gir også organisasjoner muligheten til å se på resultatdataene i forskjellige tabeller og diagrammer.

Utviklerne av COMP forsøkte å gjøre applikasjonen så enkel og fleksibel å bruke som mulig. Du kan få tilgang til COMP via nettet. Organisasjoner kan laste ned applikasjonen og skrive ut installasjonsveiledningen og en brukerhåndbok med definisjoner og skjemaer.

For å laste ned COMP:

- Gå til <http://research.socwel.ku.edu/ebp>
- Klikk på lenken til nedlastingssiden.
- Klikk for å laste ned installasjonsveiledningen og en brukerhåndbok.
- Følg instruksjonene for å installere applikasjonen.

## Hvordan utarbeide prosedyrer

Organisasjoner kan velge å utvikle resultatdelen av sitt eget kvalitetssikringsystem fra bunnen av, eller bruke eksisterende resultatovervåkingssystemer. Det finnes forskjellige elektroniske evalueringsprogrammer som kan benyttes i utviklingen av omfattende, integrerte og brukervennlige resultatovervåkingssystemer. Eksempler på dette er blant annet:

- Offentlig tilgjengelige verktøy slik som COMP (Consumer Outcomes Monitoring Package, se infoboksen ovenfor), og Decision Support 2000+ Online ([www.ds2kplus.org](http://www.ds2kplus.org)), eller
- Forskjellige kommersielle produkter.

Når du har bestemt deg for å bruke en eksisterende resultatovervåkingspakke eller utvikle din egen, er det viktig å ta i betraktning hva organisasjonen har ressurser til. Systemet må ikke bli en belastning for IPS-konsulentene, og det må gi informasjon som er nyttig for dem i jobben de gjør.

Systemet bør passe inn i organisasjonens arbeidsflyt, hva enten det innebærer å gradere på papir, benytte COMP-applikasjonen eller utvikle din egen resultatovervåkingspakke. Begynn med de ressursene som er for hånden, og utvid systemet derfra. I begynnelsen kan du samle inn data ved å bruke et enkelt rapportskjema, og du kan lage manuelt utregnede oppsummeringer for IPS-konsulentene.

Programvare hvor du legger inn data og behandler dem (slik som Microsoft Access, Excel eller Lotus) gjør det enklere å tabulere data og lage diagrammer, enn om du skulle gjøre det for hånd. Et elektronisk system for innlegging av data og generering av rapporter er en åpenbar fordel og kan være en målsetning, men ikke vent på det. Tilbakemeldinger behøver ikke komme fra at

sofistikert datasystem for å være nyttig. Det er viktigere at det gir mening og at det er hyppig. Du finner et eksempel på et resultatskjema – som er en enkel, papirbasert med måte å samle inn data fra deltakere og resultater med jevne mellomrom – i *vedlegg F*. Instruksjoner om hvordan å bruke resultatskjemaet finner du i *vedlegg G*.

## Utvid dine resultatmål

Når du har opprettet overvåkingssystemet for de viktigste resultatene, har lært hvordan den rutinemessige innsamlingen av data skal gjøres og er vant med å bruke det til å forbedre IPS-programmet, er tiden kommet til å utvide resultatmålene. Vurder å føye til andre IPS-resultatmål slik som forskjellige yrkeskategorier, antall timer jobbet per uke, lønninger, ansettelsessted, dato for jobb påbegynt/avsluttet og grunnen til at jobben ble avsluttet.

Vurder også å be deltakere og pårørende om innspill om hvordan IPS-programmet kan forbedres, både praktisk og klinisk. Deltakere og pårørende er viktige informasjonskilder for organisasjoner som ønsker å gjøre resultatene bedre. Organisasjoner kan ønske å få vite følgende:

- Om deltakere og pårørende er fornøyd med tjenestene de mottar
- Hvordan tjenestene har påvirket deres livskvalitet, og
- Om deltakerne tror at tjenestene hjelper dem å nå sine bedringsmål.

Selv om det å samle inn data fra deltakere og pårørende er mer tidkrevende for medarbeiderne enn å få informasjon rapportert hurtig fra IPS-konsulenter, kan deltakere og pårørende gi IPS-konsulentene verdifulle tilbakemeldinger.

Vi anbefaler disse spørreundersøkelsene for å samle inn informasjon fra deltakere og pårørende:

- Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) Consumer Satisfaction Survey fra **[www. mhsip.org](http://www.mhsip.org)**
- Instrumenter for bedringsmåling som beskrevet i *Measuring the Promise: A Compendium of Recovery Measures, Volume II*, kan fås fra <http://www.tecathsri.org>

Det er vanskelig å innhente et representativt utvalg fra deltakere og pårørende, ettersom spørreundersøkelser som sendes i posten ofte ikke blir returnert og intervjuer bare kan gjøres med personer som er samarbeidsvillige og lett å få tak i. Utvalg som ikke er representative, kan være ensidige.

Du kan unngå ensidighet i data fra deltakere og pårørende ved å benytte forskjellige mekanismer når du foretar vurderingene. For eksempel, vurder å kombinere tilbakemeldinger som er innsamlet gjennom spørreundersøkelser, med tilbakemeldinger fra fokusgrupper. En annen mulighet er å engasjere en konsulent til å utføre kvalitative intervjuer med en liten gruppe deltakere eller pårørende.

## Hvor ofte bør du samle inn resultater?

Legg opp til å overvåke deltakerresultater for IPS-programmet hver tredje måned, og hold IPS-teamet orientert om dataene. Det å samle inn data med faste og hyppige intervaller vil øke resultatenes pålitelighet. Selv om vi anbefaler at du utvikler et system for resultatinnsamling tidlig i implementeringsprosessen, forventes ikke IPS-programmer å fremvise de ønskede resultatene før programmet er i full drift. Avhengig av ressursene som programmet har for hånden, kan dette ta alt mellom 6 og 18 måneder å oppnå.

## Hvordan bør du velge ut de som skal samle inn data?

Ansvarlige i organisasjoner eller helsemyndighetene kan gi ansvaret for å samle inn resultater til følgende:

- IPS-lederen
- Medlemmer av IPS-rådgivningskomiteen
- Kvalitetssikringsteamet
- Uavhengige konsulenter, innbefattet deltakere og familiemedlemmer, og
- Andre medarbeidere.

I motsetning til innsamling av prosessmål, krever ikke innsamling av resultatmål noen heldags vurderingsprosess. Mange standard resultatmål slik som en vanlig jobb og deltakelse i utdanning, vil være informasjon som IPS-konsulenter kan rapportere fra sitt daglige arbeid med deltakerne.

Det er viktig å utarbeide en rask, enkel og standardisert måte å samle inn resultatdata på. For eksempel, lag et enkelt skjema eller en database som IPS-konsulentene kan oppdatere rutinemessig.

## EVIDENSBASERT PRAKSIS

### KIT

Kunnskap Informasjon Transformasjon

## IPS – Hvordan sikre kvalitet

### Bruk av data til å forbedre programmet

Når du utvikler et kvalitetssikringssystem, vil IPS-ledere og IPS-konsulenter innarbeide det i sine daglige rutiner. Prosessvurderinger vil gi deg et innblikk i det daglige, krevende arbeidet. Resultatrapportene vil gi deg et håndfast bevis på bruken og nytten av tjenestene, og de vil danne en plattform for det å ta beslutninger og for overvåking.

På et eller annet tidspunkt vil kanskje medlemmene av IPS-teamet undre seg over hvordan de klarte å gjøre jobben sin uten et informasjonssystem, og begynne å se på det som en vesentlig bestanddel av en velimplementert evidensbasert praksis.

#### ■ ■ ■ Lag rapporter fra vurderingene

I tillegg til å gjøre ferdig IPS-kvalitetsskalaen, den generelle organisasjonsindeksen og poengskjemaene, bør evaluatorene skrive en rapport som forklarer graderingen – noe som dermed blir en del av prosessdataene. Rapporten bør inkludere følgende:

- En tolkning av resultatene fra vurderingen
- Sterke og svake sider ved IPS-programmet, og
- Tydelige anbefalinger om hvordan IPS-programmet kan forbedres.

Rapporten bør være informativ, faktabasert og konstruktiv. Ettersom noen prosessmål viser graden av overensstemmelse med den evidensbaserte modellen både på organisasjonelt og individuelt nivå, så husk å stile anbefalinger til ledere, IPS-ledere og IPS-konsulenter.

I oppsummeringen av resultatdata, begynn med enkle og lettleste rapporter. La erfaringene bestemme hvilke rapporter du vil trenge i tillegg. Du kan utforme rapportene slik at de gir informasjon om individuelle deltakere, en enkelt IPS-konsulents portefølje eller programmet som et hele. Rapporter som er generert for enkeltdeltakere, kan for eksempel følge deltakerens deltakelse i spesifikke IPS-tjenester og resultatene over tid. Du bør legge disse rapportene inn i deltakerens diagrammer, og de kan utgjøre grunnlaget for diskusjoner om deltakerens fremgang.

#### ■ ■ Bruk tabeller og diagrammer for å forstå resultatene

Etter første runde med prosess- og resultatvurdering er det ofte nyttig å lage en visuell presentasjon av programmets utvikling over tid. Vi anbefaler at du bruker tabeller og diagrammer for å rapportere resultatene.

Ved å tegne opp IPS-kvalitetsgraderingen har du en visuell presentasjon av hvordan IPS-programmet har endret seg over tid. Figur 1 viser et eksempel på dette. Det er enkelt å legge inn prosessdataene i et regneark og lage et diagram som du inkluderer i rapporten.

Når programmet viser en høy grad av kvalitet over tid, vil diagrammet vise det og bygge opp under arbeidet. Som du vil se i Figur 1, gjør diagrammet dessuten det veldig enkelt å sammenligne et team med en annet. I dette eksemplet slet Team A tungt de første 6 månedene. Det å forstå Team As utvikling sammenlignet med Team B, gjorde at teamene kunne samarbeide og dele strategier.

Følgelig gjorde Team A dramatiske framskritt i den neste 6-månedersperioden.

En annen side ved å lage diagrammer av vurderinger er å undersøke den periodeavgrensede graderingen for *akseptabel* (56) eller *god* (66) implementering. Programmet kan bruke disse graderingene som målsetninger.

**Figur 1. IPS-kvalitet over tid**



Team A

Team B

**Dato for vurdering**

Merk: 66 – 75 = god implementering

56 – 64 = akseptabel implementering

55 og under = ikke evidensbasert praksis

Her er det tre eksempler på tabeller og diagrammer som kan gjøre det enklere å forstå og bruke resultatdataene.

## Eksempel 1: Periodiske oppsummeringstabeller

Periodiske oppsummeringstabeller viser resultatdataene for hvert kvartal og besvarer slike spørsmål som:

- Hvor mange deltakere deltok på IPS-programmet i løpet av det siste kvartalet?
- Hvor mange deltakere hadde vanlige jobber i løpet av det siste kvartalet?
- Hvor mange av deltakerne som deltok på IPS-programmet ble innlagt, sammenlignet med antallet blant de som mottok vanlig behandling?

Organisasjoner bruker ofte denne typen tabeller til å forstå brukerdeltakelse eller til å sammenligne faktiske resultater med organisasjonens målsetninger. Disse tabellene blir også hyppig brukt til å beskrive organisasjonens tjenester i årsrapporter eller i eksterne presentasjoner.

**Tabell 1: Eksempel på periodisk oppsummeringstabell for deltakelse i evidensbasert praksis**

	Ikke kvalifisert	Kvalifisert, men IKKE på EBP-tjeneste	Påmeldt	Prosent kvalifiserte deltakere påmeldt
IPS	0	30	60	67
ACT (aktiv oppsøkende behandling i lokalmiljøet)	30	25	90	78

Denne organisasjonen yter både IPS og ACT (aktiv oppsøkende behandling i lokalmiljøet). IPS-teamet identifiserte 90 deltakere for programmet. Av disse mottar 60 deltakere IPS, mens 30 er kvalifisert men mottar en annen tjeneste. Følgelig deltar 67 prosent av deltakerne som er kvalifisert for IPS-programmet, på programmet.

## Eksempel 2: Endringstabeller

Tabeller som følger endringer i deltakerkarakteristika (kalt endringstabeller), kan være en hurtig referanse når effektiviteten av en tjeneste skal bestemmes. For eksempel sammenligner Tabell 2 deltakernes ansettelsesstatus mellom to kvartaler.

**Tabell 2: Eksempel på endringstabell**

Til FY '06 kvartal 3					
	Arbeidsledig	Deltidsansatt	Fulltidsansatt	Sum	
<b>Fra:</b>	Arbeidsledig	2	1	3	6
<b>FY '01</b>	Deltidsansatt	3	8	3	14
<b>kvartal 2</b>	Fulltids-ansatt	1	3	100	104
<b>Sum</b>	6	12	106	124	

Over diagonalen  
 Under diagonalen  
 Innenfor diagonalen

For å lage denne tabellen ble dataene gruppert i tre brede kategorier. De vertikale datacellene viser ansettelsesstatusen for deltakere i 2. kvartal. De horisontale datacellene viser informasjon for 3. kvartal. Kategoriene for ansettelsesstatus er sortert fra minst ønskelig (arbeidsledig) til mest

ønskelig (*fulltidsansatt*).

Dataene i denne tabellen vises i tre farger. De fiolette cellene er de som er over diagonalen, de rosa cellene er de som er under diagonalen, og de hvite cellene er de som er innenfor diagonalen. Datacellene over diagonalen viser deltakere som endret status til en mer ønskelig ansettelsesstatus fra det ene kvartalet til det neste. Som du kan se, har én deltaker endret status fra arbeidsledig til deltidsansatt, tre deltakere har endret status fra arbeidsledig til fulltidsansatt, og tre deltakere har endret status fra deltids- til fulltidsansatt. Disse sju deltakerne (6 prosent av 124 deltakere på programmet) endret status til en mer ønskelig ansettelsesstatus fra det ene kvartalet til det neste.

Dataene som fremkommer i de diagonale cellene fra øvre venstre firkant til nedre høyre, viser deltakere som forble i den samme ansettelsesstatusen fra det ene kvartalet til det neste. Som du kan se, var to deltakere arbeidsledige i begge kvartaler i denne rapporten, åtte deltakere fortsatte å være deltidsansatt, og 100 fortsatte å være fulltidsansatt. Disse 110 deltakerne (89 prosent av de 124 deltakerne på programmet) holdt seg der de var fra det ene kvartalet til det neste.

Datacellene under den diagonale linjen viser deltakere som endret status til en mindre ønskelig ansettelsesstatus fra det ene kvartalet til det neste. Tre deltakere endret status fra deltidsansatt til arbeidsledig, en fra fulltidsansatt til arbeidsledig, og tre fra fulltidsansatt til deltidsansatt. Disse sju deltakerne (6 prosent av de 124 deltakerne på programmet) opplevde et tilbakeslag fra det ene kvartalet til det neste. Sum-kolonnen viser antallet deltakere med en gitt ansettelsesstatus i det siste kvartalet, og Sum-raden viser det foregående kvartalet.

Du kan bruke endringstabeller til å vise endringer i resultater som er viktige for deltakere, arbeidsledere og beslutningstakere. Dataene kan anspore til diskusjon rundt den fremgangen deltakerne har, eller utfordringene de blir stilt overfor.

### **Eksempel 3: Linjediagrammer**

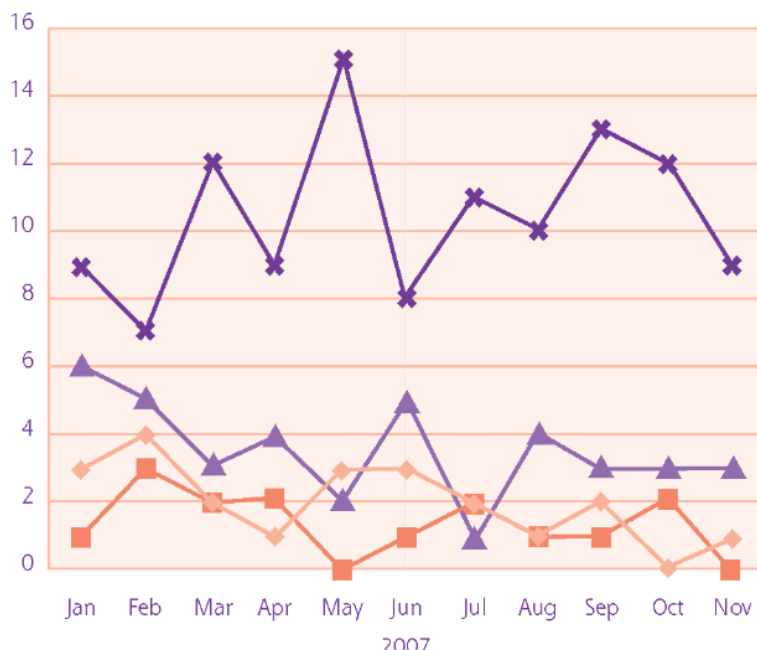
Et linjediagram er et effektivt og informativt verktøy til å vise deltakelse eller resultater over mer enn to påfølgende perioder. Målet er å vise prestasjoner over lengre tid. Du kan bruke et linjediagram for en deltaker, en portefølje, en spesifikk EBP eller et helt program. Ett enkeltstående linjediagram kan også vise periodiserte data for flere deltakere, porteføljer eller programmer for å sammenligne dem. Figur 2 viser et eksempel på et linjediagram som sammenligner kritiske hendelser for et IPS-team over en periode på 11 måneder.

Diagrammet viser, med unntak av private psykiatriske innleggelseser, at alle andre kritiske hendelser ser ut til å gå i positiv retning (dvs. at det er en reduksjon i antall hendelser).

Linjediagrammer er kraftige tilbakemeldingsverktøy fordi de gjør det mulig å se deltakelse og resultat over lang tid, det være seg for en enkelt deltaker eller en gruppe av deltakere. De gjør det mulig å foreta en meningsfull evaluering av hvor vellykket et program er, og de danner et grunnlag for å sette mål for fremtidige prestasjoner.



**Figur 2. Eksempel på linjediagram for negative hendelser for deltakere per måned**



### ***Fengslet***

- ▲ In-Patient SA

—\*— Privat psykiatrisk sykehus  
Offentlig psykiatrisk sykehus

### **■ ■ ■ Del dine resultater med andre**

Den faktoren som mest sannsynlig vil avgjøre hvor vellykket et informasjonssystem blir, er dets evne til å gi nyttige og rettidige tilbakemeldinger til nøkkelinteressentene. Det er greit nok å bekymre seg over hva som skal legges inn i informasjonssystemet, men verdien ligger tross alt i å konvertere dataene til meningsfull informasjon. Dataene kan for eksempel vise at 20 deltakere hadde en vanlig jobb i løpet av de siste kvartalet, men det er mer informativt å vite at dette bare representerer 10 prosent av deltakerne på IPS-programmet.

For at informasjonen skal påvirke praksis, må den være forståelig og meningsfull, og den må leveres rettidig. I tillegg må kvalitetssikringssystemet sørge for at informasjonen er tilpasset behovene til de forskjellige deltakerne og at den besvarer deres spørsmål.

### ***Del resultatene med IPS-konsulentene***

Etter hver vurdering, sett av tid på tilsynsmøtet til å diskutere resultatene. Tall som viser over gjennomsnittlige eller eksepsjonelle prestasjoner bør avstedkomme anerkjennelse, komplimenter eller andre former for belønning. Data som viser en prestasjon under gjennomsnittet, bør utløse en søking etter underliggende årsaker og også generere strategier som gir et løfte om forbedring. Ved å gjøre dette med jevne mellomrom, vil IPS-lederen skape en læringsorganisasjon som kjennetegnes av tilpasningsvennlig respons på informasjon, og som fokuserer på å forbedre deltakerresultater.

### ***Formidle resultatene til IPS-rådgivningskomiteen eller***

### ***kvalitetssikringsteamet***

Du kan også bruke denne informasjonen til å holde eksterne interessenter orientert. Det å formidle informasjonen til andre i samfunnet som har interesser i saken, og medarbeidere innenfor helsemyndighetene, brukere og pårørendes advokater kan være verdifullt. Gjennom disse kanalene kan du bygge opp støtte for IPS-programmet, øke deltakelsen og reise private midler for organisasjonen.

### ***Formidle resultatene internt***

Organisasjoner kan distribuere rapporter på alle møter med medarbeidere og ledere for å holde staben i hele organisasjonen informert og engasjert i prosessen med implementeringen av IPS. Organisasjoner med vellykkede IPS-programmer legger vekt på hvor viktig det er å utvikle, forstå og støtte opp under den evidensbaserte modellen i hele organisasjonen.

I tillegg kan det å integrere deltakerspesifikke rapporter i kliniske diagrammer være til nytte i overvåkingen av deltakernes fremgang over tid. Det å rapportere deltakerspesifikke resultater på møtene til behandlingsteamet, hjelper også teamet med å holde fokus på deltakernes arbeidsrettede mål.

### ***Formidle resultatene til deltakere og pårørende***

Organisasjoner kan trekke fram vurderingsresultater i møter med deltaker og pårørende. Det å øke deltakerens og vedkommende families forståelse for IPS-programmet kan motivere dem til å delta i behandlingsprosessen og bygge tillit.

Det å formidle resultatene kan også skape håp og entusiasme for IPS-programmet. Å dele informasjon motiverer folk og stimulerer til endret atferd. Å formidle resultatene fra vurderingen til ulike interessenter er nøkkelen til å forbedre programmet.

## **EVIDENSBASERT PRAKSIS**

### **KIT**

Kunnskap Informasjon Transformasjon

## **IPS – Hvordan sikre kvalitet**

### **Vedlegg A: Forsideark – IPS-kvalitetsskala og generell organisasjonsindeks**

## Forsideark: IPS-kvalitetsskala og generell organisasjonsindeks

Evaluatorenes navn: \_\_\_\_\_ Dagens dato:                /    /

Navnet på programmet (eller programkoden):

Organisasjonens navn:

Organisasjonens adresse:

Gate

Postnummer

Poststed

IPS-leder eller kontaktperson:

IPS-konsulentenes navn:

Telefon:            (    )        —

E-post:

Kilder benyttet for vurdering:

- Diagramanalyse:

Antall analysert: \_\_\_\_\_

- IPS-behandlingsteam, observasjon

- IPS-tilsynsmøte, observasjon

- IPS-leder, intervju

- IPS-konsulent, intervjuer:

Antall intervjuet: \_\_\_\_

- Deltaker, intervjuer:

Antall intervjuet: \_\_\_\_

- Familiemedlem, intervjuer:

Antall intervjuet: \_\_\_\_

- Andre medarbeidere, intervjuer:

Antall intervjuet: \_\_\_\_

- Brosjyre, analyse

- Annet

Antall IPS-konsulenter:

Antall nåværende IPS-deltakere:

Antall IPS-deltakere som forlot programmet i løpet av de siste 6 månedene:

Antall deltakere som mottok tjenester i løpet av de siste 6 månedene:

Finansieringskilde:

Organisasjonens beliggenhet: - By

- På landet

Dato programmet ble igangsatt:                /    /

Kontakt med lokale eller statlige yrkesrettede rehabiliteringsorganisasjoner:

- Ingen

- Minimal

- Jevnlign

## **EVIDENSBASERT PRAKSIS**

### **KIT**

Kunnskap Informasjon Transformasjon

## **IPS – Hvordan sikre kvalitet**

### **Vedlegg B: IPS-kvalitetsskala og poengskjema**

## IPS-kvalitetsskalaen

		Graderinger / Ankre				
Kriterier		1	2	3	4	5
<b>Bemanning</b>						
1.	<b>Portefølje:</b> IPS-konsulentene administrerer porteføljer på opptil 25 deltakere.	81 eller flere deltakere per IPS-konsulent, eller Ingen tall pga. manglende treff	61 til 80 deltakere per IPS-konsulent	41 til 60 deltakere per IPS-konsulent	26 til 40 deltakere per IPS-konsulent	25 eller 40 deltakere per IPS-konsulent
2.	<b>Personale som yter IPS-tjenester:</b> IPS-konsulenter yter bare IPS-tjenester.	IPS-konsulenter yter tjenester som ikke er yrkesrettede, som f.eks. case management i 80 % eller mer av tiden, eller Ingen tall pga. manglende treff	IPS-konsulenter yter tjenester som ikke er yrkesrettede, som f.eks. case management i omtrent 60 % av tiden	IPS-konsulenter yter tjenester som ikke er yrkesrettede, som f.eks. case management i omtrent 40 % av tiden	IPS-konsulenter yter tjenester som ikke er yrkesrettede, som f.eks. case management i omtrent 20 % av tiden	IPS-konsulenter yter bare IPS-tjenester
3.	<b>Yrkesveiledere:</b> Hver enkelt IPS-konsulent har ansvar for samtlige faser i tjenestene som er rettet mot sysselsetting, inkludert deltakelse, vurdering, jobbtutvikling, målrettet sysselsetting, jobbtrening og oppfølging.	IPS-konsulenter gir kun yrkesmessige henvisninger til andre leverandører eller programmer, eller Ingen tall pga. manglende treff	IPS-konsulenter har porteføljer, men henviser deltakere til andre programmer for IPS-tjenester	IPS-konsulenter leverer ett aspekt av den yrkesrettede tjenesten	IPS-konsulenter leverer to eller flere faser av IPS-tjenester, men ikke hele tjenesten	IPS-konsulenter leverer alle faser av IPS-tjenester
<b>Organisasjon</b>						
1.	<b>Integrasjon av rehabilitering med psykisk helsevern:</b> IPS-konsulentene er medlemmer av de psykiatriske behandlingsteamene med delt beslutningsansvar. De deltar jevnlig på behandlingsteam møter (erstatte ikke administrative møter) og har hyppig kontakt med medlemmer av behandlingsteamet.	Sysselsettings-spesialister er del av et yrkesprogram, uavhengig av psykisk helsevern. Ingen jevnlig, direkte kontakt med ansatte i psykisk helsevern, kun telefon eller ett fysisk møte i måneden, eller Ingen tall pga. manglende treff	Sysselsettings-spesialister deltar på behandlingsteamets møter en gang i måneden	Sysselsettings-spesialister har ofte kontakt med behandlings-teammedlemmer hver måned, og er med på ett behandlingsteam møte i måneden	Sysselsettings-spesialister er knyttet til ett eller flere case management behandlingsteam med delt beslutningstaking, deltar i ukentlige behandlingsteam-møter	Sysselsettings-spesialister er knyttet til ett eller flere case management behandlingsteam med delt beslutningstaking, deltar i ett eller flere behandlingsteam-møter i uken og har minst tre deltakerrelaterte case managerkontakter i uken
	<b>Sysselsettingsenhet:</b> IPS-konsulentene fungerer som én enhet snarere enn en gruppe med behandlere. De har gruppetilsyn, deler informasjon og hjelper hverandre med saker.	IPS-konsulenter er ikke del av en sysselsettings-enhet, eller Ingen tall pga. manglende treff	IPS-konsulenter har samme overordnede, men møtes ikke som en gruppe	IPS-konsulenter har samme overordnede og diskuterer tilfeller med hverandre, de yter ikke tjenester til hverandres tilfeller	IPS-konsulenter danner en sysselsettingsenhet og diskuterer tilfeller med hverandre, de yter ikke tjenester til hverandres tilfeller	IPS-konsulenter danner en sysselsettingsenhet med gruppetilsyn minst en gang i uken, yter tjenester til hverandres tilfeller samt backup og støtte til hverandre

## IPS-kvalitetsskalaen

Kriterier	Graderinger / Ankre				
	1	2	3	4	5
3. <b>Kriterier som ikke ekskluderer noen:</b> Ingen kvalifiseringskrav slik som jobbklarhet, fravær av stoffmisbruk, ingen fortid med voldelig atferd, et minimum av intellektuell funksjonsdyktighet eller milde symptomer.	Deltakere blir utvalgt på grunnlag av formelle eller uformelle kvalifiseringskrav, eller Case managere velger først ut etter henvisninger, eller Ingen tall pga. manglende treff	Visse kvalifiseringskriterier, eller Personale som yter IPS-tjenester, og som henviser deltakere til andre yrkesprogrammets utvelgelsesprosess	Visse kvalifiseringskriterier, eller Personale som yter IPS-tjenester og henviser til yrkesprogrammets utvelgelsesprosess	Alle deltakere kvalifiserer, og tjenestene er frivillige Henvisningskildene er begrenset	Alle deltakere oppmuntres til å delta, og Flere kilder (selv-henvisning, familiemedlemmer, selvhjelpsgrupper osv.) be om henvisninger
<b>Tjenester</b>					
1. <b>Løpende, arbeidsrettet vurdering for yrkesrettet behandling:</b> Arbeidsrettet vurdering er en løpende prosess, basert på arbeidserfaring i vanlige jobber.	Arbeidsrettet evaluering blir gjort i forkant av målrettet sysselsetting, med vekt på vurderinger ved kontoret, standardiserte tester, IQ-tester og arbeidseksempler, eller Ingen tall pga. manglende treff	Deltaker deltar i et jobbvurderingsprogram på stedet hvor programmet gjennomføres (f.eks. arbeidsseksjon i et dagprogram)	Vurderingen foretas i et avskjernet område hvor deltakeren utfører sitt arbeid mot betaling	Det meste av vurderingen er basert på kortvarig, midlertidig jobberfaring som organiseres i samarbeid med arbeidsgiver	Arbeidsrettet vurdering er en løpende og utføres på arbeidsstedet. Det kan gjøres et minimum av testing, men ikke som et forkrav til jobbsøkingen. Rettet mot problemløsning med bruk av miljømessige vurderinger og hvor fornuftige tilpasninger er tatt hensyn til
2. <b>Rask oppstart av søket etter vanlige jobber:</b> Letingen etter vanlige jobber starter raskt etter inntak i programmet.	Første kontakt med en arbeidsgiver om en vanlig jobb skjer vanligvis mer enn 1 år etter påmelding på programmet, eller Ingen tall pga. manglende treff	Første kontakt med en arbeidsgiver om en vanlig jobb skjer vanligvis mellom 9 måneder og 1 år etter påmelding på programmet,	Første kontakt med en arbeidsgiver om en vanlig jobb skjer vanligvis mellom 6 måneder og 9 måneder etter påmelding på programmet,	Første kontakt med en arbeidsgiver om en vanlig jobb skjer vanligvis mellom 1 måned og 6 måneder etter påmelding på programmet,	Første kontakt med en arbeidsgiver om en vanlig jobb skjer vanligvis innen 1 måned etter påmelding på programmet,
3. <b>Tilpasset jobbleting:</b> Kontakten med arbeidsgivere er basert på deltakerens yrkespreferanser (relatert til hva de liker og deres personlige mål) og behov (inkludert erfaring, evner, hvordan de innvirker på en god jobb og passer inn), snarere enn arbeidsmarkedets (dvs. hvilke jobber som er lette å få).	Kontakten med arbeidsgiver er basert på avgjørelser som tas ensidig av IPS-konsulentene. Disse avgjørelsene blir vanligvis tatt på grunnlag av arbeidsmarkedets natur, eller Ingen tall pga. manglende treff	Omtrent 25 % av kontakter med arbeidsgivere er basert på jobbvalg som gjenspeiler deltakerens ønsker og behov, snarere enn arbeidsmarkedet	Omtrent 50 % av kontakter med arbeidsgivere er basert på jobbvalg som gjenspeiler deltakerens ønsker og behov, snarere enn arbeidsmarkedet	Omtrent 75 % av kontakter med arbeidsgivere er basert på jobbvalg som gjenspeiler deltakerens ønsker og behov, snarere enn arbeidsmarkedet	Det meste av kontakten med arbeidsgivere er basert på jobbvalg som gjenspeiler deltakerens ønsker og behov, snarere enn arbeidsmarkedet
4. <b>Ulike yrker:</b> IPS-konsulentene legger frem jobbmuligheter innenfor forskjellige miljøer.	IPS-konsulentene presenterer valg innenfor enten samme type jobber for de fleste deltakere, for eksempel vaktmesterstillinger, eller jobber på samme sted, eller Ingen tall pga. manglende treff	IPS-konsulentene presenterer valg innenfor enten samme type jobber for de fleste deltakere, for eksempel vaktmesterstillinger, eller jobber på samme arbeidssted omtrent 75 % av gangene	IPS-konsulentene presenterer valg innenfor enten samme type jobber for de fleste deltakere, for eksempel vaktmesterstillinger, eller jobber på samme arbeidssted omtrent 50 % av gangene	IPS-konsulentene presenterer valg innenfor enten samme type jobber for de fleste deltakere, for eksempel vaktmesterstillinger, eller jobber på samme arbeidssted, omtrent 25 % av gangene	IPS-konsulentene presenterer valg innenfor enten samme type jobber for de fleste deltakere, for eksempel vaktmesterstillinger, eller jobber på samme arbeidssted, mindre enn 10 % av gangene

## IPS-kvalitetsskalaen

### Gradering/Ankre

Kriterier	1	2	3	4	5
5. <b>Faste jobber:</b> IPS-konsulentene legger frem vanlige jobbalternativer med permanent status, snarere enn alternativer som er midlertidige eller for en begrenset periode.	IPS-konsulentene kan vanligvis ikke tilby faste, vanlige jobber, eller Ingen tall pga. manglende treff	IPS-konsulentene kan tilby vanlige jobber i omtrent 25 % av tilfellene	IPS-konsulentene kan tilby vanlige jobber i omtrent 50 % av tilfellene	IPS-konsulentene kan tilby vanlige jobber i omtrent 75 % av tilfellene	Så å si alle vanlige jobber som IPS-konsulentene tilbyr, er faste
6. <b>Jobber som overgang:</b> Alle jobber blir sett på som positive erfaringer på veien til yrkesmessig vekst og utvikling. IPS-konsulentene hjelper deltakerne å avslutte ansettelsesforhold når dette er hensiktsmessig, og finner deretter nye jobber.	IPS-konsulenter forbereder deltakerne på en enkelt, varig jobb, og hvis den avsluttes vil spesialisten ikke nødvendigvis hjelpe dem med å finne en annen, eller Ingen tall pga. manglende treff	IPS-konsulentene kan hjelpe deltakere til å finne en annen jobb i omtrent 25 % av tilfellene	IPS-konsulentene kan hjelpe deltakere til å finne en annen jobb i omtrent 50 % av tilfellene	IPS-konsulentene kan hjelpe deltakere til å finne en annen jobb i omtrent 75 % av tilfellene	IPS-konsulentene hjelper deltakerne å avslutte ansettelsesforhold når dette er hensiktsmessig, og tilbyr alle hjelp med å finne en annen jobb
7. <b>Fortløpende oppfølging:</b> Arbeidsgivere og deltakere får fortløpende og tilpasset oppfølging uten tidsbegrensninger. Oppfølging av arbeidsgivere kan inkludere opplæring og veiledning. Oppfølging av deltakere kan inkludere å gripe inn i krisesituasjoner, jobbcoaching, jobbstøttegrupper, transport, endring i behandlingen (medisinering) og støttenettverk (venner og familie).	Fortløpende oppfølging finnes ikke, eller Ingen tall pga. manglende treff	Fortløpende oppfølging er tidsbegrenset og gis til mindre enn halvparten av deltakerne som er i jobb	Fortløpende oppfølging er tidsbegrenset og gis til de fleste av deltakerne som er i jobb	Fortløpende oppfølging er uten tidsbegrensning og gis til mindre enn halvparten av deltakerne som er i jobb	De fleste deltakerne som er i jobb gis fleksibel, fortløpende oppfølging som er tilpasset den enkelte
8. <b>Tjenester som er basert i lokalsamfunnet:</b> IPS-tjenester slik som deltakelse, jobbsøk og fortløpende oppfølging blir levert i lokalsamfunnet.	IPS-konsulentene bruker 10 % eller mindre av tiden sin i lokalsamfunnet, Ingen tall pga. manglende treff	IPS-konsulentene bruker 11–39 % av tiden sin i lokalsamfunnet	IPS-konsulentene bruker 40–59 % av tiden sin i lokalsamfunnet	IPS-konsulentene bruker 60–69 % av tiden sin i lokalsamfunnet	IPS-konsulentene bruker 70 % av tiden sin i lokalsamfunnet
9. <b>Aktiv innsats og oppsøkende arbeid:</b> Aktiv innsats og oppsøkende arbeid (telefon, e-post, besøk) gjennomføres ved behov.	IPS-konsulentene foretar ikke oppsøkende arbeid overfor deltakere som del av det første engasjementet, eller til de som slutter å delta i IPS-tjenester, Ingen tall pga. manglende treff	IPS-konsulentene tar kontakt 1 gang med deltakere som del av det første engasjementet, og til de som slutter å delta i IPS-tjenester	IPS-konsulentene tar kontakt 1 eller 2 ganger med deltakere som del av det første engasjementet, eller innen 1 måned når deltakere slutter å delta i IPS-tjenester	IPS-konsulentene henvender seg flere ganger til deltakerne som en del av det første engasjementet, og minst annenhver måned i en avgrenset periode når deltakerne slutter å delta i IPS-tjenester	IPS-konsulentene henvender seg flere ganger til deltakerne som en del av det første engasjementet, og minst 1 gang i måneden uten tidsbegrensning når deltakerne slutter å delta i IPS-tjenester, og IPS-konsulentene viser toleranse stilt overfor forskjellige grader av jobbklarhet, og oppmuntrer på en forsiktig måte



# Poengskjema: IPS-kvalitetsskalaen

Organisasjonens navn:

Dagens dato: / /

Evaluatorenes navn:

		Evaluator 1	Evaluator 2	Konsensus	Datakilder Tegn en sirkel rundt datakilden som er benyttet
<b>Bemanning</b>					
1	Portefølje				VL, MIS, DOC, INT
2	Personale som yter IPS-tjenester				MIS, DOC, INT VL, MIS, DOC, INT
3	Yrkesveiledere				
<b>Organisasjon</b>					
1	Integrasjon av rehabilitering med behandling av psykiske lidelser				VL, MIS, DOC, INT
2	Syssestettingsenhet				MIS, INT
3	Kriterier som ikke ekskluderer noen				DOC, INT
<b>Tjenester</b>					
1	Løpende, arbeidsrettet vurdering				DOC, INT
2	Rask oppstart av søket etter vanlige jobber				DOC, INT, ISP
3	Tilpasset jobbleting				DOC, INT, ISP
4	Ulike yrker				DOC, INT, ISP
5	Faste jobber				DOC, INT, ISP
6	Jobber som overgang				VL, DOC, INT, ISP VL, DOC, INT
7	Fortløpende oppfølging				
8	Tjenester som er basert på lokalsamfunnet				VL, MIS, DOC, INT
9	Aktiv innsats og oppsøkende arbeid				VL, MIS, DOC, INT
<b>Sum poeng</b>					
<b>Punkter ikke gradert pga. manglende data</b>					

66-75 = God implementering  
56-65 = Akseptabel implementering  
55 og lavere = Ikke IPS

VL = Jobblogger (arbeidsgiverlogger eller andre IPS-filer)  
MIS = Lederinformasjonssystem (Management Information System)  
DOC = Dokumentgjennomgang: diagramanalyse, organisasjonsretningslinjer og -prosedyrer  
INT = Intervjuer med deltakere, pårørende, IPS-konsulenter, andre medarbeidere  
ISP = Plan for tilpassede tjenester (Individualized Service Plan og Individualized Employment Plan)

## **EVIDENSBASERT PRAKSIS**

### **KIT**

Kunnskap Informasjon Transformasjon

*IPS – Hvordan sikre kvalitet*

*Vedlegg C: Veiledning til IPS-kvalitetsskala*

## **Veiledning til IPS-kvalitetsskala**

### **Diskusjonsveiledning for intervju av IPS-ledere, IPS-konsulenter og andre medarbeidere i organisasjonen**

Still spørsmål av typen som vist nedenfor for å samle inn informasjon du vil kunne bruke til å gradere punkter på IPS-kvalitetsskalaen. Det er ikke meningen at spørsmålene skal brukes som et strukturert intervju. Du står fritt til å stille dem på din egen måte og i enhver rekkefølge. Målet er å samle inn nøyaktig informasjon som gjenspeiler den daglige utøvelsen av IPS-programmet.

### ***Bemanning***

#### **Størrelse på porteføljen**

- Har hver enkelt IPS-konsulent en spesifisert portefølje?
- Hvor mange deltakere har hver IPS-konsulent (tilsvarende en fulltidstilling) i sin portefølje?
- Hvor ofte møter IPS-konsulentene hver enkelt person i porteføljen?
- Omtrent hvor mange deltakere forblir i porteføljen? Når blir en deltaker fjernet fra porteføljen?

#### **Personale som yter IPS-tjenester**

- Yter noen av IPS-konsulentene andre tjenester enn de yrkesrettede, slik som case management, dagprogrammering eller hjemmetjenester?
- Hvor mye av deres tid bruker de på tjenester som ikke er IPS?

#### **Yrkesveiledere**

- Yter forskjellige IPS-konsulenter forskjellige deler av de yrkesrettede tjenestene? For eksempel, en IPS-konsulent driver kun med jobbutvikling eller en annen driver kun med jobbstøtte. Hvilken side av den yrkesrettede prosessen yter hver enkelt?

### ***Organisasjon***

#### **Integrasjon av rehabilitering med behandling av psykiske lidelser**

- Samhandler IPS-konsulentene med case managere om deres felles deltakere?
- I hvilke situasjoner samhandler de, og hvor jevnlig? Møtes de personlig eller per telefon?
- Blir IPS-konsulentene henvist til å jobbe sammen med spesifikke case managere eller case managementsteam?
- Er de med i delt beslutningstaking om brukertjenester? Hvem (medarbeider) tar den endelige avgjørelsen?
- Hvor befinner case managerens kontor seg i forhold til IPS-kontoret?

#### **Syssettingsenhet**

- Har IPS-konsulentene den samme overordnede?
- Møter IPS-konsulentene som en gruppe ved tilsyn? I så fall, hvor ofte?
- Yter IPS-konsulentene tjenester til hverandres brukere?

## Kriterier som ikke ekskluderer noen

- Hva er kriteriene for å være kvalifisert til å motta IPS?
- Hvem foretar henvisninger?
- Hvem foretar screeningen?
- Finnes det forholdsregler som sikrer at ingen blir ekskludert?
- Hvor mange henvisninger er det?

## Tjenester

### Løpende, arbeidsrettet vurdering for yrkesrettet behandling

- Har programmet prosedyrer for arbeidsrettet evaluering?
- Hva slags vurderingsprosedyrer bruker du, og under hvilke omstendigheter?
- Må visse vurderingsprosedyrer være fullført før noen kan få en vanlig jobb, slik som testing eller forutgående jobbtilpassing?
- Hvor mye vurdering før utplassering blir gjort?
- Hvor mye tid blir brukt på vurdering for yrkesrettet behandling?

### Rask oppstart av søkingen etter en vanlig jobb

- Hvor lang tid går det gjennomsnittlig fra en deltaker starter på programmet, til den første kontakten med en arbeidsgiver? Hvor stor er variasjonen i tid?
- Hva er programmets filosofi om når jobbsøkingen skal begynne? Må deltakere gjennomgå trinn i programmet før søkingen etter en jobb begynner?

### Tilpasset jobbleting

- Hvordan blir det bestemt hvilke jobber som identifiseres i jobbsøkingen? Hvem tar avgjørelsene? Hvilken informasjon er det basert på?
- Hvordan har arbeidsmarkedets natur påvirket hvilke jobber deltakerne har fått?

### Ulike yrker

- Foreslår IPS-konsulentene noen gang for deltakerne at de skal jobbe i samme arbeidssituasjon som andre deltakere? Hvor stor prosent av deltakerne jobber i samme arbeidssituasjon?
- Foreslår IPS-konsulentene noen gang for deltakerne at de skal få tak i samme type jobb som andre deltakere? Hvor stor prosent av deltakerne jobber i samme type jobb?

### Faste jobber

- Hvor stor prosent av jobbene som IPS-konsulentene foreslår for deltakere er faste, vanlige jobber?
- Foreslår IPS-konsulentene noen gang jobber som er midlertidige, har begrenset varighet eller er frivillige? I så fall, hvor ofte?

### Jobber som overgang

- Hjelper IPS-konsulentene deltakerne til å finne en annen jobb når en jobb opphører?
- Hvor stor prosent av deltakerne som har avsluttet jobben, har fått hjelp til å finne en annen jobb?
- Hvilke grunner har en IPS-konsulent til ikke å hjelpe en deltaker med å finne en annen jobb når en jobb er avsluttet? (for eksempel at deltakeren ble oppsagt på grunn av

manglende oppmøte eller problemer med stoffmisbruk.)

### **Fortløpende oppfølging**

- Gir IPS-konsulentene fortløpende oppfølging til deltakere og arbeidsgivere? Hva slags oppfølging?
- Hvor stor prosent av deltakerne som er i arbeid, mottar fortløpende oppfølging?
- Er det en tidsbegrensning for å gi oppfølging?

### **Tjenester som er basert på lokalsamfunnet**

- Hvor bruker IPS-konsulentene det meste av tiden sin?
- Hvor stor prosent av tiden deres blir brukt utenfor den psykiatriske institusjonen? (Be IPS-konsulenten om å se på hvordan han eller hun har brukt tiden sin de siste par dagene for å finne ut hvor tjenestene blir levert.)

### **Aktiv innsats og oppsøkende arbeid**

- Foretar IPS-konsulentene noen oppsøkende virksomhet hvis deltakerne ikke engasjerer seg eller uteblir fra tjenestene?
- Hva slags oppsøkende virksomhet blir gjort? Hvor ofte blir det gjort forsøk på oppsøkende virksomhet? Er det en tidsbegrensning på oppsøkende virksomhet hvis en deltaker uteblir? I så fall, hva er tidsbegrensningen?

## **Diskusjonsveiledning for intervju av deltakere og familiemedlemmer**

Intervjuene med deltakere og familiemedlemmer bør være uformelle og i samme tone som en samtale. Bruk spørsmålene nedenfor som en veiledning til samtalen. Du behøver ikke lese opp spørsmålene ordrett. Hvis respondenten har vansker med å forstå spørsmålene, så omformuler dem.

I ordlyden på spørsmålene nedenfor bruker vi *du/familiemedlemmet* for å indikere den ordlyden du vil måtte bruke avhengig av hvilken deltaker du snakker med. Når du snakker med familiemedlemmer, står du fritt til å bruke deltakerens fornavn eller respondentens slektsforhold til deltakeren («sønnen din», for eksempel) istedenfor «familiemedlemmet». Du foretar også grammatikalske endringer.

### ***Begynne samtalen***

Takk for at du har tatt deg tid til å møte meg i dag.

Jeg heter \_\_\_\_ (NAVNET DITT) og

jeg jobber for \_\_\_\_ (DIN ORGANISASJONS

NAVNET).

Vi jobber med \_\_\_\_ (NAVNET PÅ

IPS-PROGRAMMET) for å lære mer om hvordan tjenestene blir gitt til de deltakerne som er interessert i å jobbe.

Vi bruker denne informasjonen for å kunne gi bedre sysselsetting til folk på dette programmet. Dette møtet blir på mellom 15 og 30 minutter, og vi skal snakke om de tjenestene

(du/familiemedlemmet) har mottatt og hva du synes om dem.

Det er frivillig å være med på dette intervjuet, du trenger ikke gjøre dette hvis du ikke vil. Det at du vil delta, vil ikke påvirke de tjenestene (du/familiemedlemmet) mottar.

Dessuten er det vi snakker om i dag, konfidensielt og anonymt. Det betyr at vi ikke vil samle inn noe informasjon som kan identifisere deg, og vi vil ikke inkludere noen identifiserende informasjon om deg i resultatene fra gjennomgangen vår. Det eneste unntaket til dette er hvis du rapporterer en hendelse med barnemishandling i løpet av samtalen vår, eller hvis du indikerer at du kanskje kommer til å skade deg selv eller noen annen. I slike tilfeller diskuterer vi situasjonen, og jeg vil kunne være pålagt av loven å rapportere det.

Det du risikerer ved å delta, er du kanskje vil synes at noen av spørsmålene er ubehagelige. Hvis det er et spørsmål du ikke vil svare på, trenger du ikke gjøre det, og vi kan stoppe når som helst. Fordelen med å delta er at informasjonen du gir kan hjelpe oss med å forbedre tjenestene denne organisasjonen tilbyr.

Har du noen spørsmål før vi begynner?

## **Spørsmål**

Vær så snill å fortelle meg om \_\_\_\_ (NAVNET PÅ PROGRAMMET).

Hva slags tjenester har (*du/familiemedlemmet*) mottatt? Hva har de hjulpet (*deg/familiemedlemmet*) med?

Hvor lenge har (*du/familiemedlemmet*) vært involvert i dette programmet?

Hva heter personen (*du/familiemedlemmet*) møter oftest for å snakke om din interesse for å jobbe? \_\_\_\_

(Merknad til intervjueren: Noter fornavnet og sett det inn for «IPS-KONSULENTENS NAVN» som angitt nedenfor.)

Hvor ofte møter (*du/familiemedlemmet*) (IPS-KONSULENTENS NAVN)?

Hvor lenge varer møtet (*du/familiemedlemmet*) har med (IPS-KONSULENTENS NAVN)?

Hvor mye tid tilbringer (*du/familiemedlemmet*) med ham/henne?

Hva gjør (*du/familiemedlemmet*) sammen med \_\_\_\_ (IPS-KONSULENTENS NAVN)?

Er (IPS-KONSULENTENS NAVN) hjelpsom? På hvilken måte, i så fall? På hvilken måte, hvis han/hun ikke er det?

Generelt sett, hjelper programmet (*deg/familiemedlemmet*)? På hvilken måte, i så fall? Hvis ikke, hvorfor ikke?

Er det noen måte programmet kunne vært til mer hjelp for (*deg/familiemedlemmet*)?

Har (*du/familiemedlemmet*) fått en jobb etter at (*du/familiemedlemmet*) ble med på programmet?

Hvor mange jobber?

Hva er det ved dette programmet som har vært mest til hjelp for (*deg/familie medlemmet*)?

Hva har vært minst til hjelp?

Hvordan fikk (*du/familiemedlemmet*) vite om \_\_\_\_ (NAVNET PÅ PROGRAMMET)?

### ***Integrasjon av rehabilitering med behandling av psykiske lidelser***

Har (*du/familiemedlemmet*) snakket om at (*du/familiemedlemmet*) er interessert i å samarbeide med andre medarbeidere i denne organisasjonen?

Har (*du/familiemedlemmet*) hatt møte med noen i den psykiske helsetjenesten eller med en behandler? En psykiater? Noen annen?

Hvordan har disse hjulpet (*deg/familiemedlemmet*) når det gjelder (*din/hans/hennes*) interesse for å jobbe?

Har \_\_\_\_ (IPS-KONSULENTENS NAVN) snakket med disse andre medarbeiderne om (*din/hans/hennes*) interesse for å jobbe? Kan du fortelle meg om det?

Har \_\_\_\_ (IPS-KONSULENTENS NAVN) snakket med andre fagfolk utenfor denne organisasjonen, slik som ansatte innen IPS, om (*din/hans/hennes*) interesse for å jobbe eller gå på skole?

### **Kriterier som ikke ekskluderer noen**

Da (*du/familiemedlemmet*) først fortalte dem at (*du/familiemedlemmet*) var interessert i programmet, kunne (*du/familiemedlemmet*) begynne på programmet så snart (*du/familiemedlemmet*) ville?

Hvor lang tid tok det?

Hvis (*du/familiemedlemmet*) ikke kunne begynne når (*du/familiemedlemmet*) ville, hvorfor måtte (*du/familiemedlemmet*) vente?

Var det noen medarbeidere som oppmuntret deg til å ta en jobb eller begynne på skolen, allerede før du uttrykte noen interesse for jobb eller skole?

### **Løpende, arbeidsrettet vurdering for yrkesrettet behandling**

Da (*du/familiemedlemmet*) begynte på programmet, trengte (*du/familiemedlemmet*) å ta noen tester før (*du/familiemedlemmet*) kunne begynne å se etter en jobb? Kan du fortelle meg om dem?

Da (*du/familiemedlemmet*) begynte på programmet, måtte (*du/familiemedlemmet*) ta i mot en jobb som (*du/familiemedlemmet*) ikke ville ha for å «bli klar» for den typen jobb (*du/familiemedlemmet*) egentlig ville ha?

I så fall, kan du fortelle meg om det?

Ble (*du/familiemedlemmet*) bedt om å jobbe på et dagprogram eller i en vernet bedrift før (*du/familiemedlemmet*) fikk hjelp til å finne en vanlig jobb?

### **Rask oppstart av søkingen etter en vanlig jobb**

Etter at (*du/familiemedlemmet*) fortalte noen på programmet at (*du/familiemedlemmet*) ville jobbe, hvor lang tid tok det før (*du/familiemedlemmet*) begynte å møte \_\_\_ (IPS-KONSULENTENS NAVN) eller en annen medarbeider for å diskutere saken?

Etter at (*du/familiemedlemmet*) begynte å møte \_\_\_ (IPS-KONSULENTENS NAVN) for å diskutere jobb, hvor lang tid tok det før (*du/familiemedlemmet*) faktisk begynte å se etter en jobb?

### **Tilpasset jobbleting**

Da (*du/familiemedlemmet*) begynte å møte \_\_\_ (IPS-KONSULENTENS NAVN), hvordan bestemte dere hvilke jobber dere skulle begynne å se etter?

Likte (*du/familiemedlemmet*) måten avgjørelsene ble tatt på? Hvorfor det / hvorfor ikke?

Ble andre folk som kjenner (*deg/familiemedlemmet*), som for eksempel andre i familien eller andre medarbeidere, spurt om jobber (*du/familiemedlemmet*) kanskje ville like?

Var det (*du/familiemedlemmet*) som tok den endelige avgjørelsen om hvilken jobb du skulle søke på?

### **Ulike yrker**

Har jobbene (*du/familiemedlemmet*) har fått, vært på det samme stedet som andre folk på IPS jobber på? I så fall, kan du fortelle meg om det?

Er det slik at folk som mottar tjenester på dette programmet ender opp med den samme typen jobber, eller får de forskjellige slags jobber? Kan du fortelle meg om det?

### **Faste jobber**

Da (*du/familiemedlemmet*) samarbeidet med \_\_\_ (IPS-KONSULENTENS NAVN) for å skaffe en jobb, forsøkte (*du/familiemedlemmet*) å få jobber som var –

Faste, slik at (*du/familiemedlemmet*) kunne beholde den så lenge (*du/familiemedlemmet*) ville? Kan du fortelle meg om det?

Midlertidige, slik at (*du/familiemedlemmet*) måtte forlate jobben på et eller annet tidspunkt? Kan du fortelle meg om det?

På en konkurranseutsatt arbeidsplass hvor det også jobbet folk som ikke var deltakere i de



offentlige helsetjenestene? Kan du fortelle meg om det?

I en vernet bedrift eller på et av organisasjonens arbeidsprogrammer, slik at

(*du/familiemedlemmet*) ble overvåket av psykiatrisk personale? Kan du fortelle meg om det?

Frivillig arbeid, dvs. arbeid som (*du/familiemedlemmet*) ikke ble betalt for? Kan du fortelle meg om det?

### **Tjenester som er basert på lokalsamfunnet**

Hvor har (*du/familiemedlemmet*) og \_\_\_ (IPS-KONSULENTENS NAVN) vanligvis møtt hverandre?

Hvilke andre steder har (*dere/de*) møttes, og hvor ofte?

### **Aktiv innsats og oppsøkende arbeid**

Har (*du/familiemedlemmet*) noen gang bestemt (*deg/seg*) for ikke å være med på IPS-programmet lenger?

Fortalte (*du/familiemedlemmet*) dette til noen medarbeidere? Hva skjedde da?

(Merknad til intervjueren: Still bare følgende spørsmål til de som rapporterer at de har hatt mer enn én jobb.)

### **Jobber som overgang**

Da (*du/familiemedlemmet*) hadde en jobb som tok slutt, hjalp \_\_\_ (IPS-KONSULENTENS NAVN) eller andre ansatte (*deg/familiemedlemmet*) med å finne en ny jobb?

I så fall, på hvilken måte hjalp de (*deg/familiemedlemmet*)?

Hvis ikke, hvorfor hjalp han/hun (*deg/familiemedlemmet*) ikke?

Likte (*du/familiemedlemmet*) jobbene (*du/han/hun*) fikk? Hvorfor det / hvorfor ikke?

Hvis (*du/familiemedlemmet*) ikke likte en jobb, fortalte (*du/familiemedlemmet*) det til \_\_\_ (IPS-KONSULENTENS NAVN)?

Hva skjedde da?

### **Fortløpende oppfølging**

Etter å ha fått en jobb, fortsatte \_\_\_ (IPS-KONSULENTENS NAVN) eller andre ansatte å hjelpe (*deg/familiemedlemmet*)? På hvilken måte?

Hjalp han/henne (*deg/familiemedlemmet*) med jobben eller med å beholde jobben?

Hvilke ting foretok han/hun seg for å hjelpe (*deg/familiemedlemmet*) med å beholde jobben?

Var \_\_\_ (IPS-KONSULENTENS NAVN) eller andre ansatte i stand til å hjelpe (*deg/familiemedlemmet*) så lenge som (*du/familiemedlemmet*) ville, eller kunne han/hun bare hjelpe (*deg/familiemedlemmet*) i en viss tid? Kan du fortelle meg om det?

**EVIDENSBASERT PRAKSIS**

**KIT**

Kunnskap Informasjon Transformasjon

**IPS – Hvordan sikre kvalitet**

**Vedlegg D: Generell organisasjonsindeks og poengskjema**

## Generell organisasjonsindeks

	1	2	3	4	5
<b>G1. Programmets filosofi</b> I henhold til en tydelig uttrykt filosofi som er i overensstemmelse med en spesifikk evidensbasert modell, basert på disse 5 kildene: IPS-leder leder, psykiater) Teammedlemmer som yter EBP Deltakere og pårørende som mottar EBP Skrevne materialer (slik som brosjyrer)	Ikke mer enn 1 av 5 kilder har en klar forståelse av programmets filosofi	2 av 5 kilder har en klar forståelse av programmets filosofi	3 av 5 kilder har en klar forståelse av programmets filosofi	4 av 5 kilder har en klar forståelse av programmets filosofi	Alle de 5 kildene har en klar forståelse av og engasjement i programmets filosofi for den gitte EBP
	ELLER	ELLER	ELLER	ELLER	
	Alle kildene har tallrike, større avvik	Alle kildene har flere, større avvik	Kildene er for det meste på linje med programmets filosofi, men har 1 større avvik	Kildene er for det meste på linje med programmets filosofi, men har 1 eller 2 mindre avvik	
<b>G2. Kvalifiseringskrav eller deltakeridentifisering</b> Alle deltakere med alvorlige psykiske lidelser som er på et offentlig støtteprogram; deltakere i krise og deltakere som er innlagt, blir alle sammen screenet for å fastslå om de kvalifiserer for EBP, og det benyttes standardiserte verktøy eller inntakskriterier som er i henhold til EBP. Organisasjonen logger også antallet kvalifiserte deltakere.	20 % av deltakerne gjennomgår standardisert screening, og/eller organisasjonen logger IKKE systematisk at en deltaker er kvalifisert eller ikke	21–40 % av deltakerne gjennomgår standardisert screening, og organisasjonen logger systematisk at en deltaker er kvalifisert eller ikke	41–60 % av deltakerne gjennomgår standardisert screening, og organisasjonen logger systematisk at en deltaker er kvalifisert eller ikke	61–80 % av deltakerne gjennomgår standardisert screening, og organisasjonen logger systematisk at en deltaker er kvalifisert eller ikke	Mer enn 80 % av deltakerne gjennomgår standardisert screening, og organisasjonen logger systematisk at en deltaker er kvalifisert eller ikke
<b>G3. Penetrasjon</b> Maksimalt antall kvalifiserte deltakere som mottar tjenester fra EBP, som definert av forholdstallet:  <u>Antall deltakere som mottar EBP</u> Antall deltakere som kvalifiserer for EBP	Forholdstall 0,20	Forholdstall 0,21–0,40	Forholdstall 0,41–0,60	Forholdstall 0,61–0,80	Forholdstall > 0,80

- Disse to punktene beregnes med utgangspunkt i alle deltakere med alvorlige psykiske helseproblemer, på stedet eller der hvor EBP blir implementert. Alle andre punkter refererer spesifikt til de som mottar EBP.

Totalt antall deltakere i målpopulasjonen

Totalt antall deltakere som kvalifiserer for EBP

% % kvalifisert:

Totalt antall deltakere som mottar EBP

Penetrasjon, forholdstall

	1	2	3	4	5
<p><b>G4. Vurdering</b> Full, standardisert vurdering av alle deltakere som mottar EBP-tjenester. Vurderingen inkluderer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Historikk og behandling av medisinske og psykiatriske lidelser og stoffmisbruk</li> <li>■ Nåværende situasjon vedrørende eksisterende lidelser</li> <li>■ Jobbhistorikk</li> <li>■ Nåværende støttenettverk</li> <li>■ Evaluering av biopsykososiale risikofaktorer</li> </ul>	Vurderinger er helt fraværende, eller overhodet ikke standardisert	Gjennomgående mangler i 2 av følgende: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Standardisering</li> <li>■ Kvaliteten på vurderingene</li> <li>■ Rettidighet</li> <li>■ Tilstrekkelighet</li> </ul>	Gjennomgående mangler i 1 av følgende: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Standardisering</li> <li>■ Kvaliteten på vurderingene</li> <li>■ Rettidighet</li> <li>■ Tilstrekkelighet</li> </ul>	61–80 % av deltakerne gjennomgår standardiserte vurderinger av høy kvalitet minst en gang hvert år  ELLER  Informasjonen er utilstrekkelig for 1 eller 2 områder av vurderingen	Mer enn 80 % av deltakerne gjennomgår standardiserte vurderinger av høy kvalitet, informasjonen er tilstrekkelig for alle områdene vurderingen dekker, og oppdateres minst en gang hvert år
<p><b>G5. Behandlingsplan tilpasset den enkelte</b> Det finnes en eksplisitt, deltakertilpasset behandlingsplan <i>relatert til EBP</i> for alle EBP-deltakere, og den er konsistent i forhold til vurdering og oppdateres hver 3. måned</p>	20 % av EBP-deltakerne har eksplisitte, tilpassede behandlingsplaner <i>relatert til EBP</i> som oppdateres hver 3. måned	21–40% EBP-deltakerne har eksplisitte, tilpassede behandlingsplaner <i>relatert til EBP</i> , som oppdateres hver 3. måned	41–60 % EBP-deltakerne har eksplisitte, tilpassede behandlingsplaner <i>relatert til EBP</i> , som oppdateres hver 3. måned  ELLER  Tilpasset behandlingsplan oppdatert hver 6. måned for alle deltakere	61–80 % EBP-deltakerne har eksplisitte, tilpassede behandlingsplaner <i>relatert til EBP</i> , som oppdateres hver 3. måned	Mer enn 80 % av EBP-deltakerne har eksplisitte, tilpassede behandlingsplaner <i>relatert til EBP</i> , som oppdateres hver 3. måned
<p><b>G6. Behandlingsplan tilpasset den enkelte</b> All EBP-deltakerne mottar EBP-programmets tilpassede behandlingsmål i et møte</p>	20 % av EBP-deltakerne mottar EBP-programmets tilpassede behandlingsmål i et møte	21–40 % av EBP-deltakerne mottar EBP-programmets tilpassede behandlingsmål i et møte	41–60 % av EBP-deltakerne mottar EBP-programmets tilpassede behandlingsmål i et møte	61–80 % av EBP-deltakerne mottar EBP-programmets tilpassede behandlingsmål i et møte	Mer enn 80 % av EBP-deltakerne mottar EBP-programmets tilpassede behandlingsmål i et møte
<p><b>G7. Opplæring</b> Alle nye teammedlemmer mottar standardisert opplæring i EBP (minst et todagers seminar eller tilsvarende) <i>innen 2 måneder etter at de er ansatt</i>. Alle nåværende teammedlemmer mottar et årlig oppfriskingskurs (minst et endags seminar eller tilsvarende).</p>	20 % av programmets ansatte mottar standardisert opplæring hvert år	21–40 % av programmets ansatte mottar standardisert opplæring hvert år	41–60 % av programmets ansatte mottar standardisert opplæring hvert år	61–80 % av programmets ansatte mottar standardisert opplæring hvert år	Mer enn 80 % av programmets ansatte mottar standardisert opplæring hvert år
<p><b>G8. Tilsyn</b> IPS-teammedlemmene mottar strukturert, ukentlig tilsyn (som gruppe eller enkeltvis) fra et teammedlem med spesiell erfaring i EBP. Tilsynet bør være deltakerfokustert og uttrykkelig dreie seg om EBP-modellen og anvendelsen av den <i>på spesifikke deltakersituasjoner</i>.</p>	20 % av EBP-behandlere mottar tilsyn	21–40 % av EBP-behandlerne mottar ukentlig strukturert, deltakerfokustert tilsyn  ELLER  Alle EBP-behandlere mottar uformelt tilsyn	41 % av EBP-behandlerne mottar ukentlig strukturert, deltakerfokustert tilsyn  ELLER  Alle EBP-behandlere mottar månedlig tilsyn	61–80 % av EBP-behandlerne mottar ukentlig strukturert, deltakerfokustert tilsyn  ELLER  Alle EBP-behandlere mottar tilsyn 2 ganger i måneden	Mer enn 80 % av EBP-behandlerne mottar strukturert, ukentlig tilsyn som fokuserer på spesifikke deltakere, i møter som <i>eksplisitt dreier seg om EBP-modellen og dens anvendelse</i>

	1	2	3	4	5
<b>G9. Prosessovervåking</b> Overordnede og IPS-ledere overvåker EBP-implementeringen hver 6. måned og bruker dataene til å forbedre programmet. Overvåkingen har en standardisert fremgangsmåte, f.eks. bruk av kvalitetsskalaen eller andre omfattende prosessindikatorer.	Det gjøres ikke noe forsøk på overvåking	Overvåking av informasjonsprosessen gjøres minst en gang i året	Prosessovervåkingen er mangelfull ved minst 2 av disse 3 kriteriene: ■ Omfattende og standardisert ■ Fullføres hver 6. måned ■ Brukes som rettesnor til forbedring av programmet _____ ELLER _____ Standardisert overvåking gjøres bare en gang i året	Prosessovervåkingen er mangelfull ved minst 1 av disse 3 kriteriene: ■ Omfattende og standardisert ■ Fullføres hver 6. måned ■ Brukes som rettesnor til forbedring av programmet	Standardisert, omfattende prosessovervåking gjøres minst hver 6. måned og brukes som en rettesnor til forbedring av programmet
<b>G10. Resultatovervåking</b> Overordnede og programansvarlige overvåker resultatene for EBP-deltakerne hver 3. måned og formidler dataene til EBP-teammedlemmene. Overvåking innebærer en standardisert fremgangsmåte for å vurdere nøkkelresultater relatert til EBP, slik som inntak ved psykiatrisk institusjon, behandlingsskala for stoffmisbruk eller forholdstall for ansettelse.	Det blir ikke gjort noen resultatovervåking	Resultatovervåking blir gjort minst 1 gang i året, men resultatene blir ikke formidlet til teammedlemmene	Standardisert resultatovervåking blir gjort minst 1 gang i året. Resultatene blir formidlet til teammedlemmene	Standardisert resultatovervåking blir gjort minst 2 ganger i året. Resultatene blir formidlet til teammedlemmene	Standardisert resultatovervåking blir gjort hver 3. måned. Resultatene blir formidlet til teammedlemmene
<b>G11. Kvalitetssikring (QA)</b> Organisasjonen har et QA-utvalg eller en styringskomité for implementering med en eksplisitt plan for gjennomgang av EBP eller deler av programmet hver 6. måned.	Ingen gjennomgang eller ikke noe utvalg	QA-utvalget er blitt dannet, men ingen gjennomganger er ferdige	Eksplisitt QA-gjennomgang sjeldnere enn en gang i året _____ ELLER _____ QA-gjennomgangen er overfladisk	Eksplisitt QA-gjennomgang gjøres en gang i året	Eksplisitt gjennomgang gjøres hver 6. måned av QA-gruppen eller styringskomiteen for EBP
<b>G12. Deltakerens valg når det gjelder tjenester</b> Alle deltakere som mottar EBP-tjenester, har valgfrihet; EBP-teammedlemmene tar hensyn til og retter seg etter hvilken behandling deltakeren foretrekker når han eller hun blir tilbudt og levert tjenester.	Deltakerfokuserte tjenester er fraværende (eller behandlerne tar alle EBP-avgjørelser)	Få kilder er enige i at typen EBP-tjeneste og hyppigheten av dem gjenspeiler deltakernes valg	Halvparten av kildene er enige i at typen EBP-tjeneste og hyppigheten av dem gjenspeiler deltakernes valg	De fleste kildene er enige i at typen EBP-tjeneste og hyppigheten av dem gjenspeiler deltakernes valg _____ ELLER _____ Organisasjonen omfavner fullt ut deltakernes valg, med ett unntak	Alle kildene er enige i at typen EBP-tjeneste og hyppigheten av dem gjenspeiler deltakernes valg

## Poengskjema: Generell organisasjonsindeks

Organisasjonens navn: \_ Dagens dato: / /

Evaluatorenes navn: \_

		Evaluator 1	Evaluator 2	Konsensus
G1	Programmets filosofi			
G2	Kvalifiseringskrav eller deltakeridentifisering			
G3	Penetrasjon			
G4	Vurdering			
G5	Behandlingsplan tilpasset den enkelte			
G6	Behandlingsplan tilpasset den enkelte			
G7	Opplæring			
G8	Tilsyn			
G9	Prosessovervåking			
G10	Resultatovervåking			
G11	Kvalitetssikring (QA)			
G12	deltakerens valg angående tjenester			
<b>Gjennomsnitt totalt</b>				

## **EVIDENSBASERT PRAKSIS**

**KIT**

Kunnskap Informasjon Transformasjon

***IPS – Hvordan sikre kvalitet***

***Vedlegg E: Protokoll for generell organisasjonsindeks***

## Protokoll for generell organisasjonsindeks

Protokollen for generell organisasjonsindeks forklarer hvordan hvert enkelt punkt på indeksen skal graderes. Dessuten inneholder den følgende:

- En definisjon og begrunnelse for hvert punkt, og
- En liste med de datakildene som passer best for hvert kvalitetspunkt (f.eks. diagramanalyse og intervjuer med programansvarlige, behandlere, deltakere og pårørende).

Der det er relevant, er det lagt inn sonderingsspmåsmål som du kan benytte til å lokke frem kritisk informasjon du vil trenge til å gradere kvalitetspunktet. Disse sonderingsspmålene er utformet spesifikt for å innhente informasjon fra respondenter som er relativt fri fra å være vinklet, eksempelvis etter hva som er sosialt ønskelig.

Beslutningsregler vil være til hjelp for å gradere hvert punkt riktig. Når du innhenter informasjon fra forskjellige kilder, vil disse reglene være til hjelp i å bestemme den spesifikke graderingen du gir hvert punkt.

### G1. Programmets filosofi

**Definisjon:** Programmet har en tydelig uttrykt filosofi som er i overensstemmelse med en spesifikk evidensbasert praksis (EBP), basert på disse 5 kildene:

- IPS-leder
- Overordnede (slik som daglig leder, psykiater)
- IPS-konsulenter
- Deltakere og familiemedlemmer og
- Skrevne materialer (slik som brosjyrer).

**Begrunnelse:** I psykiatriske rehabiliteringsprogrammer som virkelig er lojale mot EBP, omfavner de ansatte på alle nivåer programmets filosofi og praksis i sitt daglige arbeid.

### Informasjonskilder:

**Oversikt:** Når du er ute på besøk, se etter indikatorer på at programmets filosofi er i overensstemmelse med EBP eller ikke, inkludert observasjoner fra tilfeldige samtaler, ansatte og deltakeres aktiviteter osv. Uttalelser som tyder på feiloppfatninger eller reservasjoner om praksisen er negative indikatorer, mens uttalelser som viser entusiasme og forståelse for praksisen er positive indikatorer.

Hensikten med dette punktet er å måle graden av forståelse og lojalitet for praksisen. Det er ikke nødvendig at hver eneste element i praksisen er på plass der og da (dette måles med IPS-kvalitetsskalaen), men snarere om alle de som er involvert er opptatt av implementeringen av IPS-kvalitet.

IPS-ene som graderes på dette punktet, avgrenses til de som implementerer denne praksisen. På samme måte er de deltakerne som graderes, de som kommer inn under praksisen.

### 1. Intervjuer med IPS-leder, overordnede og IPS-konsulenter

- Be intervjuobjektene om kort å beskrive programmet.
- «Hva er de kritiske bestanddelene eller prinsippene i dine tjenester?»
- «Hva er målet for programmet?»
- «Hvordan definerer du IPS?»



## 2. Intervju med deltakere

«Hva slags tjenester får du på dette programmet?»

Beskriv prinsippene i IPS for deltakeren eller de pårørende, uten å bruke faguttrykk. Fisk etter om programmet tilbyr tjenester som gjenspeiler hvert enkelt prinsipp.

«Føler du at IPS-konsulentene er kompetente og hjelper deg med de problemene du har?»

## 3. Gjennomgang av skrevne materialer

Har stedet skrevne materialer om IPS?

Er programfilosofien i det skrevne materialet i overensstemmelse med IPS?

**Gradering av responsen:** Hensikten med dette punktet er ikke å teste om hver IPS-konsulent kan gjengi hver kritisk bestanddel. Intensjonen er snarere å måle om forståelsen er generelt nøyaktig og ikke står i motsetning til EBP. For eksempel, hvis en overordnet sier: «De fleste av deltakerne våre er ikke arbeidsmodne,» ville dette være et rødt flagg for praktiseringen av IPS.

Hvis alle kildene viser tegn på at de klart forstår programfilosofien, graderer du punktet som en «5». For kildetyper som er basert på mer enn én person (for eksempel intervjuer med teammedlemmer), fastslå majoritetens mening når du graderer om kilden støtter eller ikke støtter en tydelig programfilosofi. Merk: Hvis det ikke forefinnes noe skriftlig materiale, så regn den kilden som utilfredsstillende.

**Forskjellen på en stort og lite avvik (det må skilles mellom 4 og 3 poeng):** Et eksempel på en mindre kilde til avvik for ACT (aktiv oppsøkende behandling i lokalmiljøet) kan være store porteføljer (slik som 20 : 1) eller bytte av tjenester. Et eksempel på et stort avvik ville være hvis teamet sjelden var på hjemmebesøk eller hvis psykiateren ikke engasjerte seg i behandlingsteam møtene.

## G2. Kvalifiseringskrav/deltakeridentifisering

**Definisjon:** For EBP-programmer som er implementert ved et psykiatrisk helsesenter: Alle deltakere som går inn under det offentlige støtteprogrammet, deltakere i krise og deltakere som er innlagt, blir screenet med bruk av standardiserte verktøy eller inntakskriterier som er i henhold til EBP.

### **For EBP-programmer som er implementert i et tjenesteområde:**

Alle deltakere innenfor tjenesteområdets jurisdiksjon blir screenet med bruk av standardiserte verktøy eller inntakskriterier som er i henhold til EBP. Eksempel: I New York i USA er det helsemyndighetene i fylket som er ansvarlig for å identifisere deltakere til programmer for ACT (aktiv oppsøkende behandling i lokalmiljøet).

Målpopulasjonen er alle voksne med alvorlige psykiske helseproblemer (SMI) som faller inn under ansvaret til organisasjonen eller tjenesteområdet. Hvis organisasjonen yter tjenester til deltakere flere steder, blir vurderingen begrenset til det stedet eller de stedene som er målet for EBP.

Hvis målpopulasjonen kommer inn under avgrensede programmer (slik som case management, hjemmetjenester eller dagbehandling), vil vanligvis alle voksne med alvorlige psykiske helseproblemer være inkludert i definisjonen.

Screening vil variere i henhold til EBP. Intensjonen er å identifisere alle som vil ha nytte av EBP. Selv om programmet er ment å kunne tilbys alle deltakere på det tidspunktet de uttrykker interesse for å jobbe, forutsettes alle deltakere å være

kvalifisert og bør inviteres til å motta IPS-tjenester.

I alle tilfeller bør organisasjonen ha en eksplisitt, systematisk metode for å identifisere om en hvilken som helst deltaker kvalifiserer eller ikke. Screening skjer vanligvis ved inntak. Programmer som nettopp er i ferd med å ta i bruk et EBP-program, bør ha en plan for systematisk gjennomgang av deltakere som allerede er aktive i organisasjonen.

**Begrunnelse:** En nøyaktig identifisering av de deltakerne som ville ha mest nytte av EBP, krever rutinemessig gjennomgang av kvalifisering, basert på kriteriene som EBP spesifiserer.

### **Informasjonskilder:**

#### **1. Intervjuer med IPS-leder, overordnede og IPS-konsulenter**

«Beskriv hva inntakskriteriene til programmet er.»

«Hvordan henvises deltakere til IPS-programmet deres? Hvordan identifiserer organisasjonen deltakere som ville ha nytte av programmet? Gjennomgår alle nye deltakere screening for stoffmisbruk eller alvorlig sinnslidelse (SMI)?»

«Hva med deltakere i krise (eller som er innlagt)?»

Be om en kopi av screeningverktøyet som organisasjonen har brukt.

**2. Diagramanalyse:** Gjennomgå dokumentasjonen til screeningprosessen og resultatene av den.

**3. Offentlige helsetjenester (hvis relevant):** Hvis kvalifiseringen bestemmes på områdenivå (slik som New York i eksemplet), så intervju folkene som er ansvarlige for screeningen.

**Gradering av responsen:** Dette punktet vedrører alle deltakere med alvorlige psykiske helseproblemer som går inn under det offentlige støtteprogrammet eller tilsvarende, på stedene hvor EBP blir implementert. Det gjelder ikke bare deltakere som mottar EBP-tjenester. Beregn denne prosenten, og registrer det på kvalitetskalaen ved punktet som er satt av til dette. Hvis 80 prosent eller flere av deltakerne gjennomgår standardisert screening, gi punktet en «5».

### **G3. Penetrasjon**

**Definisjon:** Penetrasjon er definert som hvor mange prosent av deltakerne som har tilgang til EBP, målt opp mot det totale antall deltakere som kunne ha nytte av EBP. Tallmessig er dette forholdet definert av:

$$\frac{\text{Antall deltakere som mottar EBP}}{\text{Antall deltakere som kvalifiserer for EBP}}$$

På samme måte som det foregående punktet, er tallet som brukes i denne beregningen spesifikt for stedet eller de stedene hvor EBP blir implementert.

**Begrunnelse:** Spørreundersøkelser har gjentatte ganger vist at folk med alvorlige psykiske helseproblemer ofte har begrenset tilgang til EBP-programmer. Målet for spredningen av EBP er ikke bare å skape små, eksklusive programmer, men å gjøre denne praksisen lett tilgjengelig innenfor den offentlige helsetjenesten.

### **Informasjonskilder:**

Beregningen av penetrasjonsraten avhenger av to statistikker som definerer denne raten.

**Teller:** Antallet som mottar tjenesten, er basert på en navneliste som IPS-lederen ajourholder.

Ideelt sett bør summen bekreftes av kontaktskjema og annen dokumentasjon på at identifiserte deltakere aktivt mottar behandling. I praksis har organisasjoner mange konvensjoner om hvordan *aktive deltakere* og *avhoppere* skal defineres, slik at det kan være vanskelig å standardisere definisjonen for dette punktet. Gjør et best mulig estimat på antallet som aktivt mottar behandling.

**Nevner:** Hvis organisasjonen systematisk logger hvem som er kvalifisert, så bruk dette tallet i nevneren. (Kfr. reglene under G2 for å bestemme målpopulasjonen før du benytter estimatene nedenfor.) Hvis organisasjonen ikke logger hvem som er kvalifisert, så estimer nevneren ved å multiplisere den totale målpopulasjonen med den tilsvarende prosenten hentet fra litteraturen for hver EBP.

I følge litteraturen bør estimatene for EBP KIT som er tilgjengelige når dette skrives, være følgende:

- IPS – 60 %
- Integrert behandling av parallelle lidelser – 40 %
- Sykdomsbehandling og rehabilitering – 100 %
- Opplæring i familiepsykiatri – 100 % og
- ACT (aktiv oppsøkende behandling i lokalmiljøet) – 20 %.

### ***Eksempel på utregning av nevner:***

La oss si at du ikke vet hvor mange deltakere som kvalifiserer for IPS (dvs. det offentlige støtteprogrammet har ikke foretatt noen spørreundersøkelser overfor deltakerne for å finne ut hvem som er interessert). La oss si at det offentlige støtteprogrammet har 120 deltakere. Du vil da anslå nevneren til å være:

$$120 \times 0,6 = 72$$

**Gradering av responsen:** Beregn dette forholdstallet og registrer det på kvalitetsskalaen ved punktet som er satt av til dette. Hvis programmet betjener mer enn 80 prosent av de kvalifiserte deltakerne, gi punktet en «5».

## ***G4. Vurdering***

**Definisjon:** Alle EBP-deltakere mottar standardiserte, omfattende og rettidige vurderinger av høy kvalitet.

*Standardisering* sikter til et rapporteringsformat som er lett å tolke og som vil gjelde likt for alle deltakere.

*Høy kvalitet* vil si vurderinger som gir konkret, spesifikk informasjon som skjelner mellom deltakere. Hvis de fleste deltakerne blir vurdert med bruk av samme ordlyd eller hvis vurderingen består av omfattende sjekklister med liten informasjonsverdi, ville dette anses å være av lav kvalitet.

Generelt inkluderer *omfattende* vurderinger det følgende:

- Historikk for og behandling av medisinske og psykiatriske lidelser og stoffmisbruk
- Nåværende situasjon vedrørende eksisterende lidelser
- Jobbhistorikk
- Nåværende støttenettverk, og

## Evaluering av biopsykososiale risikofaktorer.

*Rettidige vurderinger* er de som oppdateres minst en gang i året.

**Begrunnelse:** En omfattende vurdering eller en revurdering er svært nyttig i arbeidet med å identifisere områder og funksjoner hvor det er fordelaktig å gripe inn, i tillegg til deltakernes fremgang mot å bli rehabilitert.

### **Informasjonskilder:**

#### **1. Intervjuer med programansvarlige, overordnede og IPS-konsulenter**

«Foretar du omfattende vurderinger av nye deltakere? Hvilke områder er det du vurderer?»

Be om å få en kopi av det standardiserte vurderingsskjemaet, og få behandlere til å gjennomgå skjemaet.

«Hvor ofte vurderer du deltakerne på nytt?»

#### **2. Diagramanalyse**

Se på vurderingens omfang ved å sammenligne med flere fullførte vurderinger, for å se om de behandler hvert område i den omfattende vurderingen hver gang en vurdering blir gjort.

«Blir vurderingen oppdatert minst en gang i året?»

**Gradering av responsen:** Hvis mer enn 80 % av deltakerne gjennomgår standardiserte, omfattende og rettidige vurderinger av høy kvalitet, gi punktet en «5».

### **G5. Behandlingsplan tilpasset den enkelte**

**Definisjon:** Det finnes en eksplisitt, deltakertilpasset behandlingsplan (selv om den ikke kalles det) i relasjon til EBP for alle EBP-deltakere, og den er konsistent i forhold til vurderingene og oppdateres hver 3. måned.

*Tilpasset* vil si at målene, trinnene for å nå målene, tjenestene, tiltakene og graden av engasjement er unike for hver deltaker. Planer som er de samme eller lignende for alle deltakere, er ikke tilpasset. En måte å teste dette på, er å legge en behandlingsplan uten identifiserende informasjon foran de overordnede og se om de kan identifisere deltakeren.

**Begrunnelse:** Kjerneverdiene til EBP innbefatter tilpassede tjenester og det å støtte opp under deltakerens ønske om å nå sine mål, og fremgang i retning av rehabilitering i eget tempo. Derfor trenger behandlingsplaner løpende evaluering og modifisering.

### **Informasjonskilder:**

*Merk:* Evaluer dette punktet og det neste under ett, dvs. oppfølgingsspørsmål om spesifikke behandlingsplaner, og spørsmål om behandlingen.

#### **1. Diagramanalyse (behandlingsplan)**

Bruk de samme diagrammene som du undersøkte i den EBP-spesifikke kvalitetsvurderingen, og se etter dokumentasjon på spesifikke mål og deltakerbasert målsettingsprosess:

«Stemmer anbefalingene om behandling overens med vurderingen?»

«Hvilken dokumentasjon er brukt til denne kvartalsgjennomgangen?»

## 2. Intervju med IPS-leder

«Beskriv prosessen med å utvikle en behandlingsplan. Hva er de kritiske bestanddelene i en typisk behandlingsplan, og hvordan blir de dokumentert?»

## 3. Intervju med IPS-konsulent

Når praktisk mulig, bruke de spesifikke diagrammene nevnt ovenfor. Be behandlere om å gjennomgå en utvalgt behandlingsplan.

«Hvordan kommer du fram til deltakermål?» [Lytt etter deltakerengasjement og tilpasning av mål.]

«Hvor ofte gjennomgår du (eller følger opp) behandlingsplanen?»

## 4. Intervju med deltaker

«Hva er målene dine på dette programmet? Hvordan satte du deg de målene?»

■ «Gjennomgår du og IPS-konsulent sammen fremgangen din mot å nå dine mål?» [Hvis ja, «Hvor ofte? Vær så snill å beskrive hvordan gjennomgangen foregår.»]

## 5. Observasjon av teammøte og tilsyn, hvis mulig

Observer hvordan behandlingsplanen blir utviklet. Lytt spesielt etter diskusjoner om vurdering, deltakerpreferanser og tilpasning av behandling. Støtter de behandlingsplaner?

**Gradering av responsen:** Hvis mer enn 80 % av EBP-deltakerne har en eksplisitt tilpasset behandlingsplan som oppdateres hver 3. måned, gi punktet en «5». Hvis behandlingsplanen er tilpasset men bare oppdateres hver 6. måned, gi punktet en «3».

## G6. Behandlingsplan tilpasset den enkelte

**Definisjon:** Alle EBP-deltakerne mottar tilpasset behandling som tilfredsstillende målene til EBP.

*Tilpasset behandling vil si at trinn, strategier, tjenester, tiltakene og graden av engasjement er konsentrert om spesifikke deltakermål og er unike for hver deltaker. Fremgangsnotater er ofte en god kilde til hva som virkelig foregår. Behandlingen kan være høyst tilpasset, selv når det foreligger standardiserte behandlingsplaner.*

### Et eksempel på en lav gradering av dette punktet for ACT (aktiv oppsøkende behandling i lokalmiljøet):

Hvis de fleste av fremgangsnotatene blir skrevet av de ansatte på dagbehandlingen, som ser deltakeren 3 til 4 dager i uken, mens ACT-teamet ser deltakerne stort sett bare en gang i uken for å utbetale penger til dem.

**Begrunnelse:** Nøkkelen til suksess for EBP er å implementere en plan som er tilpasset og som tilfredsstillende målene til EBP for hver deltaker.

### Informasjonskilder:

#### 1. Diagramanalyse (behandlingsplan)

Bruk de samme diagrammene som du undersøkte i den EBP-spesifikke kvalitetsvurderingen, og undersøk behandlingen som blir gitt. Begrens fokuset til en nylig behandlingsplan relatert til EBP. Bedøm om det ble gitt passende behandling innenfor den perioden som behandlingsplanen tilsier.

#### 2. Intervju med IPS-konsulent

Når praktisk mulig, bruke de spesifikke diagrammene nevnt ovenfor. Be behandlere om å gjennomgå en utvalgt behandlingsplan.

### 3. Intervju med deltaker

«Fortell meg om hvordan dette programmet gjør at du kan nå dine mål.»

**Gradering av responsen:** Hvis mer enn 80 % av EBP-deltakerne mottar behandling som er i henhold til målene i EBP, gi punktet en «5».

## G7. Opplæring

**Definisjon:** Alle nye IPS-konsulenter mottar standardisert opplæring i EBP (minst et todagers seminar eller tilsvarende) innen 2 måneder etter at de er ansatt. Alle nåværende IPS-konsulenter mottar et årlig oppfriskingskurs (minst et endags seminar eller tilsvarende).

**Begrunnelse:** Opplæring og omskolering av behandlere er noe som sikrer at evidensbaserte tjenester leveres på en standardmessig måte, av alle IPS-konsulenter og over et langt tidsrom.

### Informasjonskilder:

#### 1. Intervjuer med IPS-leder, overordnede og IPS-konsulenter

«Gir du nye IPS-konsulenter systematisk opplæring i IPS?» [Hvis ja, be spesifikt om: Obligatorisk eller valgfritt? Varighet? Hvor ofte? Innhold? I gruppe eller individuelt? Hvem underviser? På huset eller utenfor?]

«Mottar IPS-konsulentene oppfriskingskurs?» [Hvis ja, be om detaljer.]

#### 2. Gjennomgå opplæringens pensum og timeplan, hvis tilgjengelig

Dekker pensumet sånn noenlunde de kritiske bestanddelene i [EBP-området]?

#### 3. Intervju med teammedlemmer

«Da du først begynte med dette programmet, fikk du en systematisk og formell opplæring i IPS?» [Hvis ja, spør spesifikt om: Obligatorisk eller valgfritt? Varighet? Hvor ofte? Innhold? I gruppe eller individuelt? Hvem underviser? På huset eller utenfor?]

«Får du oppfriskingskurs?» [Hvis ja, be om detaljer.]

**Gradering av responsen:** Hvis mer enn 80 % av IPS-teammedlemmene gjennomgår standardisert opplæring i IPS minst en gang i året, gi punktet en «5».

## G8. Tilsyn

**Definisjon:** IPS-konsulenter mottar strukturert, ukentlig tilsyn fra behandlere som har erfaring med den gjeldende EBP. Tilsynet kan enten være overfor gruppen eller individuelt, men skal IKKE bare være med en kollega uten en overordnet til stede. Tilsynet skal være deltakerfokusert og uttrykkelig dreie seg om EBP-modellen og hvordan den gjelder i spesifikke situasjoner med deltakere. Administrative møter og møter som ikke spesifikt dreier seg om EBP, hører ikke inn under dette punktet. Det deltakerspesifikke EBP-tilsynet bør være minst 1 time langt hver uke.

**Begrunnelse:** Jevnlig tilsyn er kritisk, ikke bare for tilpasset behandling, men også for å sikre en

standardisert levering av evidensbaserte tjenester.

#### **Informasjonskilder:**

##### **1. Intervjuer med IPS-leder, overordnede og IPS-konsulenter**

Spør om logistikken rundt tilsynet: varighet, hyppighet, gruppens størrelse osv.

«Beskriv hvordan en typisk tilsynsøkt ser ut.»

«På hvilken måte bidrar tilsynet til arbeidet ditt?»

##### **2. Observasjon av teammøte og tilsyn, hvis mulig**

Lytt etter diskusjon om [EBP-område] under hver gjennomgang.

##### **3. Tilsynslogger dokumenterer møtefrekvensen**

**Gradering av responsen:** Hvis >80 prosent av IPS-konsulentene mottar ukentlig tilsyn, gi punktet en «5».

#### **G9. Prosessovervåking**

**Definisjon:** Overordnede og IPS-ledere overvåker EBP-implementeringen hver 6. måned og bruker dataene til å forbedre programmet. Prosessovervåking har en standardisert fremgangsmåte, f.eks. bruk av en kvalitetsskala eller andre omfattende prosessindikatorer.

Et eksempel på en prosessindikator ville være en systematisk måling av hvor mye tid case managere bruker ute i samfunnet istedenfor på kontoret. Prosessindikatorer kan innbefatte punkter som vedrører opplæring eller tilsyn. Det underliggende prinsippet er at hva enn som blir målt, skal det være relatert til implementeringen av EBP og blir ikke målt for å spore fakturering eller produktivitet.

**Begrunnelse:** Systematisk og jevnlig innsamling av data er helt nødvendig for å evaluere et EBP-programms kvalitet.

#### **Informasjonskilder:**

##### **1. Intervjuer med IPS-leder, overordnede og IPS-konsulenter**

«Samles det inn prosessdata jevnlig på programmet?» [Hvis ja, be om detaljer. Hvor ofte? Hvem? Hvordan (bruke IPS-kvalitetsskalaen opp mot andre skalaer)? osv.]

«Samles det inn data om deltakertjenester og deltakelse i behandling på programmet?»

«Har prosessdataene påvirket hvordan tjenestene blir levert?»

##### **2. Gjennomgå interne rapporter og dokumentasjon, hvis tilgjengelig**

**Gradering av responsen:** Hvis det finnes dokumentasjon for at standardisert prosessovervåking gjøres minst hver 6. måned, gi punktet en «5».

#### **G10. Resultatovervåking**

**Definisjon:** Programansvarlige og ledere overvåker EBP-deltakernes resultater hver 3. måned og formidler dataene til IPS-konsulentene som en del av arbeidet med å forbedre tjenestene. Resultatovervåking innebærer en standardisert måte å vurdere deltakere på.

**Begrunnelse:** Systematisk og jevnlig innsamling av resultatdata er helt nødvendig for å evaluere et programs effektivitet. Effektive programmer analyserer også slike data for å bringe på det rene hva som fungerer og hva som ikke fungerer, og bruke resultatene til å forbedre kvaliteten på tjenestene.

Indikatorerne på nøkkelresultater for hver EBP blir diskutert i EBP KIT-ene. Dette er en foreløpig liste:

IPS – vanlig jobb

Integrert behandling av parallelle lidelser – stoffmisbruk (som for eksempel behandlingsskalaen)

Sykdomsbehandling og rehabilitering – innleggelse, tilbakefallsplaner, overholdelse av medisiner

Opplæring i familiepsykiatri – innleggelse og belastning på de pårørende, og

ACT (aktiv oppsøkende behandling i lokalmiljøet) – innleggelse og innlosjering.

#### **Informasjonskilder:**

##### **1. Intervjuer med IPS-leder, overordnede og behandlere**

«Har programmet en systematisk metode for å spore resultatdata?» [Hvis ja, be om detaljer: Hvordan (data eller bare diagram)? Hvor ofte? Hva slags resultatvariabler? Hvem samler inn data?]

«Bruker du en sjekklister eller skala for å overvåke deltakerresultater (slik som behandlingsskalaen for stoffmisbruk)?»

«Hva gjør du med resultatdataene? Gjennomgår IPS-konsulentene dataene jevnlig?» [Hvis ja, «Hvordan blir gjennomgangen foretatt (f.eks. kumulativt diagram)?»]

«Har resultatdataene påvirket hvordan tjenestene blir levert?» [Hvis ja, «Hvordan?»]

##### **2. Gjennomgå interne rapporter og dokumentasjon, hvis tilgjengelig**

**Gradering av responsen:** Hvis standardisert resultatovervåking blir gjort hver 3. måned og resultatene blir formidlet til IPS-teamet, gi punktet en «5».

### ***G11. Kvalitetssikring***

**Definisjon:** Organisasjonens QA-utvalg har en eksplisitt plan for gjennomgang av EBP eller deler av programmet hver 6. måned. Styringskomiteen for EBP-programmet kan inneha denne funksjonen.

Gode QA-utvalg hjelper organisasjonen i viktige avgjørelser, slik som penetrasjonsmål, plassering av EBP innad i organisasjonen, ansettelse og bemanningsbehov. QA-utvalget hjelper også med å veilede og opprettholde implementeringen ved å –

Gjennomgå EBP-modellens kvalitet  
Anbefale forbedringer



Støtte og fremme EBP innad i organisasjonen og overfor samfunnet og  
Bestemme hva som skal være nøkkelresultater for EBP og følge med på disse.

**Begrunnelse:** Forskning har vist at de programmene som har lyktes best i å implementere EBP, har bedre resultater. Igjen, systematisk og jevnlig innsamling av prosess- og resultatdata er helt nødvendig for å evaluere et programs effektivitet.

#### **Informasjonskilder:**

##### **1. Intervju med IPS-leder**

«Har organisasjonen et etablert team eller utvalg som er ansvarlig for å gjennomgå de enkelte delene av EBP-programmet?» [Hvis ja, spør etter spesifikke detaljer: hvem, hvordan, når osv.]

##### **2. Intervju med medlemmer av QA-utvalget**

«Vær så vennlig å beskrive QA-utvalgets oppgaver og ansvar.» Spør etter spesifikke detaljer: formål, hvem, hvordan, når, osv.  
«Hvordan bruker dere gjennomganger til å gjøre programmets tjenester bedre?»

**Gradering av responsen:** Hvis kontoret har en etablert QA-gruppe eller styringskomité som gjennomgår EBP eller delene av programmet hver 6. måned, gi punktet en «5».

### ***G12. Deltakerens valg angående tjenester***

**Definisjon:** Alle deltakere som mottar EBP-tjenester, blir tilbudt et rimelig antall valg i overensstemmelse med EBP. IPS-konsulentene tar hensyn til og retter seg etter hvilken behandling deltakeren foretrekker når de tilbyr og leverer tjenester.

Valg er i dette punktet smalt definert som tjenestene som tilbys. Dette punktet dreier seg ikke om valgmuligheter i vid forstand, slik som å velge selvdestruktiv atferd.

For å få en høy poengsum på dette punktet, er det ikke tilstrekkelig at et program tilbyr valg. Valgene må harmonere med EBP. For eksempel, et program som implementerer IPS ville få en lav poengsum hvis de eneste tilbudene som ble gitt var skjermede arbeidsplasser.

Et rimelig utvalg av alternativer innebærer at IPS-konsulentene tilbyr realistiske valg til deltakerne, snarere enn bare ett eller to valg, eller bare dikterer en fast løype eller stille betingelser som en deltaker må følge og gjøre ferdig før han/hun kan motta en tjeneste.

Eksempler på relevante valg for EBP (når dette blir skrevet):

#### **IPS**

- Type yrke
- Type arbeidsplass
- Arbeidstider og antall timer

- Informere om sinnslidelsen eller ikke
- Former for tilpassing
- Type av oppfølgende støtte og frekvens

#### **Integrert behandling av parallelle lidelser**

- Rådgivning i gruppe eller individuelt
- Behandlingsfrekvens for parallelle lidelser
- Spesifikt selvstyringsmål

#### **Opplæring i familiepsykiatri**

- Hvor moden deltakeren er for å involvere de pårørende
- Hvem som skal involveres
- Valg av problemer og saker som skal tas opp

#### **Sykdomsbehandling og rehabilitering**

- Valg av personer det får betydning å involvere
- Spesifikke selvstyringsmål
- Hvilken form for atferdsmodifikasjon
- Ferdigheter som skal læres

#### **ACT (aktiv oppsøkende behandling i lokalmiljøet)**

- Type bolig, og hvor
- Hvilke helsefremmende tiltak
- Hvilken form for hjelp til økonomistyring
- Spesifikke mål
- Daglige ferdigheter som skal læres
- Hvilken form for medisinsk oppfølging
- Hvilken form for behandling av stoffmisbruk

**Begrunnelse:** Et hovedpremiss i EBP er at deltakere er i stand til å spille en sentral rolle i å ta kontroll over sin lidelse, og i å ha fremgang i retning av å nå sine mål. Leverandører påtar seg ansvaret for å få informert deltakere slik at de kan delta mer effektivt i behandlingen.

#### **Informasjonskilder:**

## 1. Intervju med IPS-leder

■ «Fortell oss hva din programfilosofi om deltakerens valg er. Hvordan inkluderer du hva deltakeren foretrekker i de tjenestene du leverer?»

■ «Hvilke alternativer finnes det for tjenestene dine? Gi noen eksempler.»

## 2. Intervju med IPS-konsulent

■ «Hva gjør du når det oppstår en uenighet mellom hva du tror er den beste behandlingen for deltakerne, og hva de vil?»

■ «Beskriv en gang da du var ute av stand til å rette deg etter hva en deltaker foretrakk.»

## 3. Intervju med deltakere

■ «Gir programmet deg alternativer på de tjenestene du mottar?»

■ «Får du de tjenestene du vil ha?»

## 4. Observasjon av teammøte og tilsyn, hvis mulig

Lytt etter diskusjon om tjenestealternativer og deltakerpreferanser.

## 5. Diagramanalyse (spesielt behandlingsplan)

Se etter dokumentasjon på deltakerens preferanser og valg.

**Gradering av responsen:** Hvis alle kildene underbygger at typen EBP-tjenester og hyppigheten av dem gjenspeiler deltakernes valg, gi punktet en «5». Hvis organisasjonen slutter seg fullt og helt til at deltaker skal kunne velge, bortsett fra på ett område (for eksempel krav om at kontoret skal påta seg betalingsansvar for alle deltakere), gi punktet en «4».

*Merk:* Graderingene på begge skalaene er basert på nåværende atferd og aktiviteter, ikke hva som er planlagt eller ønsket.

Standardene som ble benyttet for å fastsette ankrene for de *fullt implementerte tallverdiene*, ble bestemt via et utvalg eksperter så vel som empirisk forskning.

**EVIDENSBASERT PRAKSIS**

**KIT**

Kunnskap Informasjon Transformasjon

**IPS – Hvordan sikre kvalitet**

**Vedlegg F: Resultatskjema**

# Resultatskjema

**Kvartal**

- Januar, februar, mars
- April, mai, juni
- Juli, august, september
- Oktober, november, desember

**År**

**Rapportert av**

**Team**

**Organisasjon**

---

## Om deltakeren

**Deltaker-ID\_**   **Avslutningsdato:** / /   **Fødselsdato** / /  
 Mann                      **Etnisitet\_**  
 Kvinne                      **Primær diagnose\_**

**Hva var deltakerens status i forhold til evidensbaserte tjenester den siste dagen i kvartalet?**

	Ukjent	Ikke kvalifisert	kvalifisert	Påmeldt
Integrert behandling av parallelle lidelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACT (aktiv oppsøkende behandling i lokalmiljøet)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykdomsbehandling og rehabilitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplæring i familiepsykiatri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I løpet av de siste 3 månedene, hvor ofte har deltakeren ...	Antall dager	Antall hendelser
Vært hjemløs?		
Blitt fengslet?		
Vært innlagt på offentlig psykiatrisk sykehus?		
Vært innlagt på privat psykiatrisk klinikk?		
Vært innlagt på grunn av stoffmisbruk?		

I løpet av de siste 3 månedene, hvor mange dager har deltakeren vært i en vanlig jobb? (Sett 0 hvis deltakeren ikke har hatt en vanlig jobb.)

Dager

**Var deltakeren ansatte i en vanlig jobb den siste dagen i rapporteringsperioden?**

Ja

Nei

**Hvor befant deltakeren seg på behandlingsskalaen for stoffmisbruk den siste dagen i kvartalet?  
Sett kryss i én.**

Ikke relevant

Før deltakelse

Deltakelse

Tidlig overtalelse

Sen overtalelse

Tidlig aktiv behandling

Sen aktiv behandling

Hindring av tilbakefall

På bedringens vei

**Hva var deltakerens bosituasjon den siste dagen i kvartalet? Sett kryss i én.**

Ikke relevant eller ukjent

Psykiatrisk sykehus

Innlagt på grunn av stoffmisbruk

Psykiatrisk avdeling ved allmenpsykiatri

Pleiehjem

Familiebolig

Bor hos slektninger (sterkt avhengig av pleie)

Omsorgsbolig

Pensjonat

Overvåket leilighetsprogram

Bor hos slektninger (men er generelt uavhengig)

Bor for seg selv

Hjemløs

Krisebolig

Annet (spesifiser)

**Hva var deltakerens utdanningsmessige status den siste dagen i kvartalet? Sett kryss i én.**

Ikke relevant eller ukjent

Deltar ikke i opplæring/utdanning

Tar yrkseopplæring/utdanning

Ser på utdanningsmuligheter

Gjenopptar fag som privatist

Tar et ekstra fremmedspråk

Grunnleggende skoleferdigheter

Går på videregående, en fagskole eller er lærling  
Tar en høyskoleutdanning: 1–6 timer  
Tar en høyskoleutdanning 7 eller flere timer  
Annet (spesifiser)

**Hva er deltakerens høyeste utdanningsnivå? Sett kryss i én.**

Ingen videregående skole eller fagskole  
Artium  
Noe høyskoleutdanning  
Universitetsgrad  
Diplom fra fagstudium  
BA eller BSc  
Master eller Ph.D.

## **EVIDENSBASERT PRAKSIS**

KIT

Kunnskap Informasjon Transformasjon

### **IPS – Hvordan sikre kvalitet**

#### **Vedlegg G: Instruksjoner for resultatskjema**

IPS – Hvordan sikre kvalitet



## Instruksjoner for resultatskjema

Før du fyller ut resultatskjemaet, sett deg inn i definisjonene av dataelementene. Dette sikrer at alle rapportører gjør det på samme måte.

### *Generelle data*

**Kvartal:** Sjekk tidsrammen for rapporteringsperioden.

**År:** Fyll ut med inneværende år.

**Rapportert av:** Skriv navn og stilling på personen som gjorde ferdig skjemaet.

**Organisasjon:** Identifiser organisasjonens navn.

**Team:** Skriv navn eller nummer på teamet.

### *Om deltakeren*

**Deltaker-ID:** Skriv deltaker-ID som brukes i organisasjonen, vanligvis et navn eller et identifikasjonsnummer. Denne informasjonen vil kun være tilgjengelig for organisasjonen som leverer tjenesten.

**Avslutningsdato:** Hvis deltakeren har sluttet i løpet av rapporteringsperioden, skriv avslutningsdatoen.

**Fødselsdato:** Skriv deltakerens fødselsdato (dd.mm.åååå: 22.09.1950).

**Kjønn:** Kryss av i riktig boks.

**Etnisitet:** Skriv deltakerens etniske tilhøring.

**Primær diagnose:** Skriv diagnosen iht. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

### *Status i forhold til evidensbaserte tjenester*

Hva var deltakerens status i forhold til evidensbaserte tjenester den siste dagen i kvartalet? Kryss av i de riktige boksene iht. følgende definisjoner:

**Kvalifisert:** Kvalifiserer deltakeren til å delta iht. kriteriene for en spesifikk EBP? Hver EBP har kriterier for deltakelse på programmet som bør benyttes til å bestemme om vedkommende kvalifiserer.

**Påmeldt:** Deltar deltakeren på en bestemt EBP-tjeneste, eller deltok deltakeren i EBP i forrige periode?

*Merk:* Akkumulerte data om kvalifikasjon og påmelding kan brukes til å finne hvor mange prosent av kvalifiserte deltakere som mottok tjenester.

### *Rapportering av hendelser*

For de følgende resultatene, registrer antall dager og antall hendelser for deltakeren i hver kategori i løpet av rapporteringsperioden.

## Kategorier:

**Vært hjemløs:** Antall dager deltakeren var hjemløs og hvor mange ganger deltakeren var hjemløs i rapporteringsperioden. Hjemløs refererer til deltakere som mangler et fast og tilfredsstillende sted å overnatte.

**Blitt fengslet:** Antall dager og ganger deltakeren var i fengsel eller i annen kriminell forvaring.

**Vært innlagt på offentlig psykiatrisk sykehus:** Antall dager og ganger deltakeren var innlagt for behandling av psykiske helseproblemer i et offentlig psykiatrisk sykehus.

**Vært innlagt på privat psykiatrisk institusjon:** Antall dager og ganger deltakeren var innlagt for behandling av psykiske helseproblemer i en privat psykiatrisk institusjon.

**Vært innlagt på grunn av stoffmisbruk:** Antall dager og ganger deltakeren var innlagt først og fremst for behandling av stoffmisbruk, inkludert både offentlige og private institusjoner hvor den primære funksjonen er å behandle stoffmisbruk.

## *Vanlig jobb*

**I løpet av de siste 3 månedene, hvor mange dager har deltakeren vært i en vanlig jobb?** *En vanlig jobb* vil si å jobbe i en betalt stilling (nesten alltid utenfor det psykiatriske helsesenteret) som alle i samfunnet kan søke på. *En vanlig jobb* ekskluderer at deltakere jobber i vernede bedrifter, midlertidige stillinger eller frivillig arbeid. Det kan inkludere deltakere som er selvstendig næringsdrivende, men bare hvis deltakeren har fast arbeidstid og blir betalt for arbeidet.

## *Trinn i behandlingen av stoffmisbruk*

**Hvor befant deltakeren seg på behandlingsskalaen for stoffmisbruk den siste dagen i kvartalet?**

Registrer deltakerens trinn i behandlingen av stoffmisbruket i henhold til følgende ni kategorier:

- **Ikke relevant:** Ingen bakgrunn med stoffmisbruk.
- **Før deltakelse:** Ingen kontakt med noen saksbehandler, rådgiver innen mental helseomsorg eller rådgiver innen stoffmisbruk.
- **Deltakelse:** Kontakt med en tildelt saksbehandler eller rådgiver, men har ingen faste kontakter. Mangelen på jevnlig kontakt impliserer en mangel på fungerende allianse.
- **Tidlig overtalelse:** Jevnlig kontakt med en saksbehandler eller rådgiver, men har ikke redusert stoffmisbruket i mer enn en måned. Jevnlige kontakter impliserer å ha en fungerende allianse og et forhold hvor det går an å diskutere stoffmisbruket.
- **Sen overtalelse:** Er involvert i sitt forhold til en saksbehandler eller rådgiver, diskuterer stoffmisbruk eller deltar i en gruppe og har vist tegn på å redusere bruken i minst en måned (færre stoffer, reduserte mengder eller begge deler). Ekstern kontroll (slik som antabus) kan være benyttet i denne reduksjonen.
- **Tidlig aktiv behandling:** Involvert i behandling, diskuterer stoffmisbruk eller deltar i en gruppe, har redusert bruken i minst en måned og jobber i retning av avholdenhet (eller kontrollert bruk uten assosierte problemer) som et mål, selv om deltakeren kanskje fremdeles misbruker stoff.
- **Sen aktiv behandling:** Involvert i behandling, har erkjent at stoffmisbruk er et problem og har blitt avholdende (eller kontrollert bruk uten assosierte problemer), men i mindre enn 6 måneder.
- **Hindring av tilbakefall:** Involvert i behandling, har erkjent at stoffmisbruk er et problem og har blitt avholdende (eller kontrollert bruk uten assosierte problemer), i minst 6 måneder. Sporadiske

tilbakefall, ikke dager med problematisk bruk, blir tillatt.

■ **På bedringens vei:** Ingen problemer med bruk av stoffer i mer enn ett år, og deltar ikke lenger i noen form for behandling av stoffmisbruk.

## ***Boforhold***

**Hva var deltakerens bosituasjon den siste dagen i kvartalet?** Disse dataene gir organisasjonen en løpende registrering av deltakerens bostatus.

■ **Ikke relevant eller ukjent**

■ **Psykiatrisk sykehus:** Både offentlige og private sykehus hvor hovedfunksjonen er å behandle psykiske helseproblemer. Dette inkluderer statlige sykehus og andre frittstående psykiatriske institusjoner.

■ **Innlagt på grunn av stoffmisbruk:** Både offentlige og private sykehus hvor hovedfunksjonen er å behandle stoffmisbruk.

■ **Psykiatrisk avdeling ved allmenpsykiatri:** Psykiatriske poster ved allmenmedisinske sentre som gir kortsiktig akutt hjelp.

■ **Pleiehjem:** Institusjoner som er ansvarlig for medisinsk og fysisk omsorg for deltakere, og har offentlig lisens til å gjøre dette.

■ **Familiebolig:** Deltakere bor sammen med en familie de ikke er i slekt med, som gir omfattende pleie. *Omfattende pleie* bestemmes av i hvilken grad disse som ikke er i slekt, er ansvarlig for deltakerens daglige omsorg. Ting som administrering av medisiner, transport, matlaging, rengjøring, restriksjoner på å forlate hjemmet og økonomistyring tas med i betraktning. Slike omsorgspersoner kan ha formynderrolle. Hvis deltakeren ikke er i stand til ivareta de fleste daglige gjøremål uten hjelp fra andre, anses disse andre å yte omfattende pleie.

■ **Bor hos slektninger (sterkt avhengig av pleie):** Snakk med deltakeren og slektningene om i hvilken grad familiemedlemmene er ansvarlige for deltakerens daglige omsorg. En viktig distinksjon mellom denne statusen og *overvåket leilighetsprogram* er spørsmålet, «Hvis familien ikke var involvert, ville deltakeren ha levd under mer restriktive forhold?» Når man vurderer i hvilken grad familiemedlemmene yter omfattende pleie, ta med i betraktning slike ting som å ta medisiner, benytte transport, matlaging, renhold, kontroll med å forlate hjemmet og økonomistyring. Hvis deltakeren ikke er i stand til uavhengig å ivareta de fleste daglige funksjoner, anses familiemedlemmene å yte omfattende pleie.

■ **Omsorgsbolig:** En bopel som drives av ansatte, hvor disse ivaretar mange funksjoner (innkjøp, matlaging, klesvask osv.) som er essensielle for å bo for seg selv.

■ **Pensjonat:** En fasilitet som har en soveplass pluss måltider, men den anses ikke som en forlengelse av en organisasjon for helsetjenester og er heller ikke bemannet med personale fra psykisk helsevern. Pensjonater er stort sett privatdrevne, og deltakerne har en stor grad av autonomi.

■ **Overvåket leilighetsprogram:** Deltakerne bor (temmelig uavhengig) i en leilighet som er finansiert av en organisasjon for helsetjenester. For å finne ut om noen passer inn i denne kategorien, se på i hvilken grad personell fra psykisk helsevern har kontroll over de sentrale sidene ved boarrangementet. Typiske kjennetrek for kontrollen inkluderer det følgende:

■ Organisasjonen for helsetjenester undertegner leiekontrakten.

■ Organisasjonen for helsetjenester har nøklene til huset eller leiligheten.

- Organisasjonen for helsetjenester har ansatte til stede på dag- eller kveldstid.

- Organisasjonen for helsetjenester har myndighet til å bestemme at deltakerne deltar i visse psykiatriske helsetjenester – medisinsk klinikk, dagprogram osv., for å kunne bo i huset eller leiligheten.

*Merk:* Deltakere som bare mottar støtte fra saksbehandler eller økonomisk hjelp, er IKKE inkludert i denne kategorien; de anses for å bo for seg selv.

- **Bor hos slektninger (men er stort sett uavhengig):** For å vite om deltakeren hører til denne kategorien, må det hentes inn informasjon fra deltakere og pårørende. Den viktigste faktoren er i hvilken grad deltakeren kan utføre de fleste av de daglige gjøremålene uten å måtte bli overvåket av familiemedlemmer.

- **Bor for seg selv:** Deltakere som bor for seg selv og kan ta vare på seg selv, inkludert de som bor for seg selv med støtte fra en saksbehandler. Denne kategorien inkluderer også deltakere som stort sett er uavhengige men som velger å bo sammen med andre av grunner som ikke har med sinnslidelse å gjøre. De kan bo sammen med venner, en ektefelle eller andre familiemedlemmer. Årsaken til den delte husholdningen kan inkludere personlige valg som har med kultur å gjøre, eller det kan være økonomiske hensyn.

- **Hjemløs:** Deltakere som mangler et fast og tilfredsstillende sted å overnatte.

- **Krisebolig:** Midlertidige ordninger som skyldes en krise eller uhell, og som ikke er spesifikt relatert til en tilbakevending av deltakerens sykdom. Selv om mange kriseboliger gir emosjonell støtte, skyldes behovet en umiddelbar krise som ikke er relatert til deltakerens sinnslidelse.

- **Annet:** De som fullførte skjemaet, bør klart definere denne statusen i plassen som er satt av for det.

## ***Utdanningsmessig status***

**Hva var deltakerens utdanningsmessige status den siste dagen i kvartalet?** Disse dataene gir organisasjonen en løpende registrering av deltakerens utdanningsmessige status.

- **Ikke relevant eller ukjent**

- **Deltar ikke i opplæring/utdanning:** Deltakeren deltar ikke i utdanningsaktiviteter.

- **Tar yrkesopplæring/utdanning:** Dette er organisert undervisning hvor deltakerne melder seg på og deltar for å berike sitt liv, som hobby, rekreasjon osv. Denne undervisningen må foregå ute i samfunnet, ikke drives av det psykiatriske helsesenteret. Dette er undervisning enhver kan delta i, ikke bare deltakere. Hvis noen av disse aktivitetene innebærer å skrive seg inn på en høyskole, se kategoriene nedenfor.

- **Ser på utdanningsmuligheter:** Deltakere med denne statusen er engasjert i utdanningsaktiviteter i den uttalte hensikt å jobbe mot et utdanningsmål. Dette inkluderer deltakere som deltar i en orienteringsklasse ved en høyskole med et mål om å skrive seg inn, eller som undersøker mulighetene for finansiering av studiene og søker om stipend, eller som søker på skoler. Denne statusen inkluderer også deltakere som deltar i en aktivitet som er rettet mot et utdanningsmessig mål og som er betalt av det psykiatriske helsesenteret (for eksempel besøk på et campus med en saksbehandler for å se hvor klasserommene befinner seg, møter med case manageren og ansatte ved høyskolen for å undersøke stønadsordninger).

- **Gjenopptar fag som privatist:** Deltakere som gjenopptar fag for å forbedre standpunkt karakterene for å komme inn på høyskole/universitet.

- **Tar et ekstra fremmedspråk:** Deltakere som tar et ekstra fremmedspråk.
  - **Grunnleggende skoleferdigheter:** Deltakere som tar voksenopplæring som fokuserer på grunnleggende ferdigheter som matematikk og lesning.
  - **Går på videregående, en fagskole eller er lærling:** Deltakere som –
    - går på en fagskole
    - har en lærlingplass eller er på utplassering
    - deltar i jobbtrening for å bygge opp mer avanserte ferdigheter
    - tar brevkurs som fører til yrkessertifisering og
    - unge voksne som går på videregående.
  - **Tar en høyskoleutdanning: 1–6 timer.** Deltakere som deltar på en høyskoleutdanning i 6 timer eller mindre per periode. Denne statusen inkluderer pauser osv., hvis deltakeren planlegger å fortsette. Denne statusen indikerer at deltakeren jevnlig deltar i undervisningen og inkluderer brevkurs og tv- eller video-baserte kurs, og gir et diplom.
  - **Tar en høyskoleutdanning: 7 eller flere timer.** Deltakere som deltar på en høyskoleutdanning i 7 timer eller mer per periode. Denne statusen inkluderer pauser osv., hvis deltakeren planlegger å fortsette.
- Fast deltakelse med forventning om å fullføre utdannelsen er vesentlig for å bli gitt denne statusen.
- **Annet:** De som fullførte skjemaet, bør klart definere denne statusen i plassen som er satt av for det.

## **EVIDENSBASERT PRAKSIS**

KIT

Kunnskap Informasjon Transformasjon

***IPS – Hvordan sikre kvalitet***

**Vedlegg H: Sjekkliste for opplæring av evaluatører og deres arbeid**

# Sjekkliste for opplæring av evaluatorene og deres arbeid

Vurdering dato \_/\_/\_

Evalutors navn	Fornavn	Mellomnavn (initialer)	Etternavn	Stilling
----------------	---------	---------------------------	-----------	----------

Organisasjon besøkt

Organisasjonens  
adresse

Gate

Poststed

Postnr.

EBP vurdert

## Evaluators kvalifikasjoner

Ja

- 1a. **Datainnsamling og ferdigheter:** Evaluators ferdigheter kan ses ut fra hans eller hennes tidligere arbeidserfaring, anbefalinger eller den overordnede observasjoner.
- 1b. **Kunnskap om EBP:** Evaluators kunnskap kan ses ut fra hans eller hennes tidligere arbeidserfaring, anbefalinger, eller å ha bestått en kunnskapstest om en spesifikk EBP.
- 1c. **Opplæring:** Evaluatoren får minst 8 timers systematisk opplæring i diagramanalyse, intervjueteknikker og prosessvurdering.
- 1d. **Følge:** Evaluatoren fullfører minst 1 vurdering sammen med en erfaren evaluator før den første offisielle prosessvurderingen.
- 1e. **Praktisere gradering:** Evaluatorene ko-graderer som en praksisøvelse før de blir offisielle evaluatorene, og skal være helt enige med en erfaren evaluator om gradering på minst 80 prosent av punktene.

\_/5 Delsum

## Datainnsamling

- 2a. **Kontakt og tidsplanlegging:** Sammen med kontaktpersonen finner evaluatoren fram til en dato som passer for stedet, forklarer hensikten med vurderingen, formidler hvilken informasjon som må samles i forkant, og setter opp en spesifikk timeplan for intervjuer og aktiviteter.
- 2b. **Antall evaluatorene:** To eller flere evaluatorene er til stede i løpet av vurderingsbesøket og graderer alle punktene uavhengig av hverandre. Hvis organisasjonen benytter en konsulent, kan evaluatoren samarbeide med konsulenten om vurderingene.
- 2c. **Tidsstyring:** Det settes av tilstrekkelig tid, og alle nødvendige materialer blir gjennomgått (2 dager for 2 evaluatorene).
- 2d. **Intervjuer:** Intervju alle kildene som står i protokollen (for eksempel intervjuer med programansvarlig, teammedlemmer og deltakere).
- 2e. **Fullføring av dokumenter:** Fullfør poengskjemaet, forsidearket og alle andre tilleggsdokumenter som vedrører organisasjonen.
- 2f. **Dokumentasjon som underbygger rangeringen:** Hver enkelt evaluator fremskaffer skriftlig dokumentasjon som underbygger graderingen av hvert punkt (slik som notater).
- 2g. **Utvelgelse av diagrammer og dokumentasjon:** Utvelgelsen av diagrammer følger protokollens retningslinjer (for eksempel, riktig type og antall diagrammer). Evaluator noterer ned avvik (slik som at diagrammet ikke er tilgjengelig).
- 2h. **Diagramanalyse:** Begge evaluatorene analyserer alle diagrammer og graderer dem uavhengig av hverandre.
- 2i. **Løsning på manglende overensstemmelse:** Når det ikke er overensstemmelse mellom kildene (slik som diagrammer og IPS-teammedlemmer), følger evaluator opp dette med riktig informant (vanligvis IPS-lederen eller en relevant ansatt).
- 2j. **Uavhengige graderinger:** Ikke senere enn 1 dag etter evalueringen, fullfører evaluatorene skalaene uavhengig av hverandre før de diskuterer graderingene.

\_/10 Delsum

## Besøk etter vurdering

- 3a. **Rettidig konsensus:** Innen 5 arbeidsdager etter vurderingen, diskuterer evaluatorene graderingene for å fastslå konsensus-gradering og identifisere enhver nødvendig oppfølgingsinformasjon. En tredje evaluator (for eksempel en overordnet) kan trekkes inn for å løse vanskelige graderinger.
- 3b. **Pålitelighet mellom graderingene:** De som graderer er helt enige om minst 80 prosent av punktene. Kilder til manglende pålitelighet blir diskutert med den overordnede, og det utarbeides strategier for å redusere manglende pålitelighet i fremtiden.
- 3c. **Oppfølging av manglende data:** Hvis det er nødvendig med oppfølgingsamtaler for å få gjort ferdig et punkt, så innhent informasjonen innen 3 arbeidsdager.

\_/3 Delsum

## Omfattende rapport

4a. **Dokumentasjon og bakgrunnsinformasjon:**

■ List opp hvem som skal motta rapporten i headingen (vanligvis organisasjonsleder og IPS-leder. Legg til andre iht. gjensidig forståelse).

■ Oppsummer tid, sted og metode.

■ Gi bakgrunnsinformasjon om skala.

4b. **Sted og normative kvalitetsdata:** Presenter en tabell med punkt-nivå-poeng (konsensus), sammen med de normative dataene (hvis tilgjengelig). Normative data inkluderer både nasjonale og regionale normer. I denne tabellen, presenter sammenlignbare stedsdata før vurderingene. I den andre og senere vurderinger, presenter et diagram for globale kvalitetsgraderinger over tid for stedet (trendlinje).

4c. **Kvantitativ oppsummering:** Gi en beskrivende oppsummering av kvantitative data. List opp sterke sider og svakheter.

4d. **Tolkning av poengene:**

■ Gi en tolkning av totalpoengsummen

■ Inkluder alle observasjoner som er relevante

■ Gi en samlet oppsummering

■ Gi en mulighet for stedet til å kommentere og klargjøre

4e. **Redigering av rapporten:** Hvis organisasjonen benytter en konsulent, kan konsulenten skrive rapporten. Evaluator og overordnet mottar et utkast av rapporten før den blir overlevert til organisasjonen.

\_/5 Delsum

## Overlevering av rapporten og oppfølging

5a. **Rettidig rapport:** Rapporten sendt til organisasjonsleder innen 2 uker etter besøket.

5b. **Oppfølging etter rapport:** Hvis organisasjonen benytter en konsulent, kan konsulenten diskutere rapporten med en utpekt medarbeider i organisasjonen innen 1 måned etter vurderingen.

\_/2 Delsum

## Kvalitetskontroll

6. **Kvalitetskontroll:** Den overordnede gjennomgår vurderingene og gir tilbakemelding, etter behov, til evaluatorene. Alt avhengig av ferdighetsnivået til evaluatorene, ledsager den overordnede evaluatorene med jevne mellomrom på vurderinger med kvalitetssikring som formål.

\_/1 Delsum

\_/27 **Sum totalt** — Summer delsummene.



DHHS-publikasjonsnr. SMA-08-4364 Trykt i 2009

24770.0409.7765020404

