



Rapport fra kvalitetsprosjektet

...med pasientens øyne...

**Brukermedvirkning – et gjennombrudd for ledere,
medarbeidere og pasienter**



Prosjektet ble ledet og gjennomført av
Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten,
Seksjon for kvalitetsutvikling – GRUK

 kunnskapssenteret

Oppdragsgiver: Norsk Sykepleierforbund (NSF)

Prosjektledelse/sekretariat:

Trulte Konsmo, prosjektleder, trulte.konsmo@kunnskapssenteret.no

Michael de Vibe, prosjektmedarbeider, Michael.devibe@kunnskapssenteret.no

Prosjektstyre:

Mette Dønåsen, fagsjef, NSF

Trulte Konsmo, seniorrådgiver Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten

Øyvind Nordbø, spesialrådgiver, NSF, prosjektansvarlig

Svein Roald Olsen, spesialrådgiver, NSF

Anders Vege, seksjonsleder, Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten

Michael de Vibe, seniorrådgiver, Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten

Referansegruppe:

Arnfinn Aarnes, rådgiver, FFO

Elisabeth Arntzen, direktør for kvalitet og prioritering, HSØ

Sigrid Askum, spesialrådgiver KS, prosjektleder Kvalitetskommuneprosjektet

Alf Magne Bårdslett, leder regionalt brukerutvalg, HSØ

Kirsten Harstad, leder NSF's landsgruppe for sykepleieledere

John Gunnar Martinsen, regionalt brukerutvalg, HSØ

Liv Heidi Brattås Remo, fagleder Bråset bo og behandlingssenter, leder
gjennombruddsprosjekt i Legeforeningen

John-Arne Røttingen, direktør, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Karin Steen, seniorrådgiver, Helsedirektoratet

Prosjektmedarbeidere og veiledere fra Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten:

Marie Brudvik, Anders Vege, Bjørnar Nyen og Toril Bakke.

Eksterne veiledere:

Bengt Karlsson og Frank Oterholt. Spesiell takk til konsulent Rene Buch Nielsen fra Center for Kvalitetsudvikling i Århus for stort engasjement og deltakelse i prosjektet som inspirator, diskusjonspartner og veileder.

Alle veilederne har bidratt aktivt med planlegging og gjennomføring av prosjektet, og med å holde forelesninger/faglige innspill på samlingene.

Prosjektet er gjennomført i perioden mai 2008 – februar 2009.

Rapporten er skrevet av:

Trulte Konsmo (redaktør), Toril Bakke og Michael de Vibe i samarbeid med teamene.

Forsidebildet viser tre brukerrepresentanter - Arthur Langerud (90) fra Øyane sykehjem, sammen med Sara og Ella fra fødeavdelingen på Elverum.



Sykepleiere med lederansvar som har fokus på kvalitet og god praksis er sentrale bidragsytere til utviklingen av helsetjenester. Forskning understøtter at sykepleiekunnskap og sykepleiefaglig ledelse gjør en forskjell for pasientene, og er derfor viktige bidrag til utvikling av pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenesten. Norsk Sykepleierforbunds (NSF) nasjonale kvalitetsprosjekt ...med pasientens øyne... har tatt brukermedvirkning på alvor og fulgt opp nasjonale målsetninger om at pasientmedvirkning skal bidra til bedre kvalitet på tjenestene.

Som en del av NSF's ledersatsing har prosjektet bidratt til å styrke fokus på pasientenes medvirkning og ledernes ansvar for kvalitetsutvikling. Brukerperspektivet er en av bærebjelkene i nasjonal helseplan og hensiktsmessig pasientmedvirkning er en forutsetning for en positiv utvikling av morgendagens helsetjenester.

Prosjektet viser at gjennom systematisk forbedringsarbeid kan sykepleiere med lederansvar og tverrfaglige team i samarbeid med pasienter og pårørende utvikle nye gode tjenestetilbud.

NSF ønsker å bidra til videreutvikling av kunnskap om pasientmedvirkning og selvbestemmelse på ulike nivå, herunder metoder, rutiner og gode holdninger. For å få til dette er det viktig med motiverte og tydelige ledere som har fokus både på fag og ledelse.

Ledere ved de 20 deltakende virksomhetene har gjennom prosjektet lært konkrete metoder og verktøy, som bidrar til forbedring og samhandling med pasienter, pårørende og medarbeidere.

Erfaringer fra prosjektet viser at det lar seg gjøre å videreutvikle helsetjenester når det skjer i tett samarbeid med dem det gjelder. Gjennom setningen "vi har tatt ned månen" forstår vi at de ved Rokilde Sykehjem har erfart et gjennombrudd i sin praksis. Forbedring av tilbudene i kommunehelsetjenesten er svært viktig i en tid med fokus på samhandling og forebygging.

NSF takker prosjektledelse, veiledere og referansegruppe for godt utført arbeid og aktiv interesse og involvering. Takk også til de 20 virksomhetene som har satt av tid og ressurser til å delta i prosjektet.

Jeg håper NSF gjennom sin satsing i dette prosjektet og de gode erfaringene fra deltakende virksomheter vil videreutvikles og spres, og på den måten bidra til økt fokus og inspirasjon på utvikling av morgendagens helsetjenester i samarbeid med pasienter og pårørende.

Lisbeth Normann
Forbundsleder

IKKE HÅP FOR HARDT

Ikke håp for hardt
Ting blir sjelden
som du hadde tenkt
så ikke håp høyere
enn at du kan tåle
dypet av den
motsvarende skuffelsen
Ikke håp for hardt
Men enda hardere
Håp så hardt
at muligheten
for å lykkes
i seg selv
overgår faren for å feile
Ikke håp for hardt
slik at du mister
kontakt med
den virkelige verden
Men håp så hardt
at du av og til
kan sveve over den

Guro Skottene

Innhold

Forord	1
Innledning.....	4
1. Sola sjukeheim i Sola kommune	13
2. Øyane sykehjem i Stavanger kommune	18
3. Tjølling omsorgstjeneste i Larvik kommune.....	25
4. Bråset bo- og omsorgssenter IKS, Asker og Røyken kommune	29
5. Rokilde sykehjem i Kristiansund kommune.....	35
6. Omsorgsboliger i Nedre Eiker kommune	39
7. Gipø Bo- og behandlingssenter i Nøtterøy kommune	43
8. Sone nord / Nesøya i Asker kommune	46
9. Kirurgisk klinikk A5, Radiumhospitalet	51
10. Kreftavdelingen, Helse Sunnmøre HF	56
11. Gynekologisk / fødeavdeling, Sykehuset Innlandet HF.....	60
12. Akuttmottaket, Sykehuset Telemark HF.....	63
13. Rehabiliteringsavdelingen Gjøvik, Sykehuset Innlandet.....	69
14. Granheim lungesykehus, Sykehuset innlandet HF.....	73
15. Avdeling Spesialpsykiatri, Akershus universitetssykehus HF.....	78
16. Psykiatrisk avdeling, Sykehuset Buskerud HF.....	82
17. Døgnerheten, Solli Distrikt Psykiatrisk Senter.....	86
18. Døgnerheten Tromsø, Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn.....	90
19. Huntingtonavdelingen ved NKS Olaviken.....	95
20. Kløveråsen utrednings- og kompetansesenter for demens og Bodø kommune.....	99

Innledning

Vi håper og tror at dette prosjektet er i ferd med å skape en bevegelse for å styrke brukernes innflytelse i helsevesenet. Sosiale bevegelser kjennetegnes blant annet av at de evner å bevege hjertene. Man må gripes for å begripe, og i dette prosjektet har teamene blitt grepet gjennom å se på egen praksis *...med pasientens øyne...* Endring krever erkjennelse, evne til å se nye muligheter, samt kunnskap om metoder, verktøy og utviklingsprosesser. Vi må starte med oss selv og tro på at hver og en av oss kan gjøre en forskjell. Vi må tørre å sette høye mål og arbeide systematisk for å skape et skikkelig gjennombrudd!



Alle de 20 teamene som startet opp, har gjennomført prosjektet. Dette er vi svært tilfredse med, siden internasjonal forskning på gjennombruddsprosjekt viser at ca. 30 % av teamene faller fra.¹ Internasjonal forskning viser også at det gjennomsnittlig tar 17 måneder fra teamene har erkjent behovet for forbedring til de kan dokumentere sine første resultater ². De fleste teamene i dette prosjektet er i ferd med å prøve ut nye måter å arbeide på, og planlegger målinger for å dokumentere effekten av dette før spredningsseminaret som skal avholdes i november 2009. I sluttevalueringen skårer teamene gjennomsnittlig 8,5 på en skala fra 1 til 10 på spørsmålet om de regner med å nå de målene de selv har satt for forbedringsarbeidet sitt.

- Har blitt tydeligere og bedre ledere

Lederne er ansvarlige for kvaliteten på tjenestene og det nasjonale kvalitetsprosjektet *...med pasientens øyne...* har vært en del av Norsk Sykepleierforbund (NSF) sin ledersatsing.

De 20 teamene som har deltatt kommer fra både sykehus og kommunehelsetjenesten i hele landet, og representerer både somatikk og psykisk helsevern. Erfaringene fra prosjektet har vist at teamene har mye å lære av hverandre - på tross av at de kommer fra ulike deler av helsetjenesten.

Alle teamene ledes av sykepleiere med lederansvar. Teamene har forøvrig vært tverrfaglig sammensatt, og representanter for brukere og pårørende har vært likeverdige deltakere i teamet.

Hovedmålet for prosjektet har vært:

- *At sykepleiere med lederansvar lærer å iverksette og lede systematisk forbedringsarbeid som aktivt involverer pasienter, pårørende og medarbeidere fra ulike yrkesgrupper.*

¹ Øvretveit m. fl: *Quality collaboratives: lessons from research*, Quality and Safety in Health Care 2002; 11: 345- 351

² Alemi F, Safaie F, Neuhauser D, *A survey of 92 quality improvement projects*, Jt Comm J Qual Improvement 2001; 27:619-32

I et fokusgruppeintervju med lederne ved prosjektslutt ga de uttrykk for at prosjektet har betydd mye for deres rolle som ledere. Prosjektet har hjulpet dem til å ha et faglig fokus og ikke bare fokusere på den daglige driften. Dette har gitt dem energi og motivasjon. De har blitt mer bevisste på å være gode rollemodeller; være positive, anerkjennende og gå foran i forbedringsarbeidet for å skape bedre kvalitet på tjenestene. Lederne opplever også at de har fått større forståelse for hvordan man på en mer systematisk måte kan lede et forbedringsarbeid. De synes det har vært viktig at de har lært å gå denne veien sammen med teamet sitt og den overordnede ledelsen.

Lederne er svært tilfredse med at de har fått kunnskap om metoder og verktøy som de også kan prøve ut på nye områder - for eksempel konfliktløsning eller forbedring av arbeidsmiljøet.

De har også blitt mer bevisste på hva som skal til for å skape gode utviklingsprosesser. En leder uttrykte det slik:



- Gjennom kunnskapen jeg tilegner meg oppdager jeg også svakheten i andre pågående prosesser hos oss. Vi har ikke jobbet systematisk nok med disse prosessene tidligere.

Forankring hos den overordnede ledelsen er en forutsetning for å lykkes, og det var derfor et krav til deltakelse at topplederne i den enkelte organisasjon deltok på den første og siste samlingen.

Lederne fremhevet at de har fått økt tro på medarbeiderne sine. Medarbeiderne forteller at prosjektet har gitt dem kompetanseheving, engasjement og motivasjon i arbeidet. Mange fremhever at de har lært å tenke nytt – og har fått

mange aha-opplevelser! De forteller om bedre kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid. Deltakerne begynner å se resultater av arbeidet og er stolte over det. Sist – men ikke minst, fremhever både lederne og deres medarbeidere at de har fått en sterk bevissthet om betydningen av brukermedvirkning generelt, og ikke minst i forbedringsarbeid.

Revolusjonerende samhandling mellom brukere og fagpersoner

Brukermedvirkning er et viktig satsningsområde i helsetjenesten^{3 4} og derfor var det naturlig å velge dette som tema da NSF skulle gjennomføre et nasjonalt forbedringsprosjekt. Prosjektet har vist at pasienter, pårørende og andre brukerrepresentanter er viktige bidragsytere i arbeidet med å forbedre tjenestene - bare forholdene blir lagt til rette for det. Det å trekke inn pasienter og pårørende som likeverdige medlemmer i forbedringsteamene, har etter hvert blitt en naturlig og nødvendig måte for teamene å arbeide på. De gir uttrykk for at de ikke kan gå tilbake til den praksis de hadde før prosjektet startet. Aktive og kloke brukere har ført til spennende diskusjoner og utfordringer, og ikke minst tiltak som har kommet brukerne direkte til gode.

³ Sosial- og helsedirektoratet: *...og bedre skal det bli!* Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten, IS-1162 Veileder, 2005

⁴ Helse- og omsorgsdepartementet: Nasjonal helseplan (2007-2010)

Ved prosjektets slutt ba vi teamene beskrive med få ord hva som har skjedd i prosjektet. Solli psykiatriske sykehus valgte ordene *Revolusjonerende samhandling mellom brukere og fagpersoner*. Teamet fra Rokilde undervisningssykehjem beskrev prosjektet sitt slik: *Vi har tatt ned månen!* De sier selv at *"i denne lille setningen ligger det er bilde på en grensesprengende erfaring, en muliggjort umulighet og en visshet om at vi har blitt endret for livet."*



Dette bildet har blitt et symbol for prosjektet og uttrykker betydningen av å lytte på en annerledes måte i tråd med det kinesiske tegnet for å lytte. Tegnet er sammensatt av tegn for ører, øyne, hjerte og udeelt oppmerksomhet – og slik bør vi lytte til brukerne! Bildet viser en samtale mellom avdelingssykepleier Hanne Mesner Lerstang ved kirurgisk klinikk Radiumhospitalet, og Tore Sørsum, som har vært pasient ved denne avdelingen.

Om brukermedvirkning

Det ligger ikke en bestemt definisjon av begrepet "brukermedvirkning" til grunn for prosjektet. Årsaken er at det finnes så mange forskjellige definisjoner, og at definisjonene har ulikt fokus. Ettersom teamene spanner over et så stort spekter av den norske helsetjenesten, valgte vi å ha en åpen holdning og observere hvordan begrepet ble fylt med innhold etter hvert som teamene kom i gang med forbedringsarbeidet. Teamene har erfart at jo mer brukerne involveres i utviklingen av tjenestene – jo bedre blir resultatet.

En av brukerne utviklet en definisjon av brukermedvirkning som fikk stor tilslutning i teamet:

Brukermedvirkning er en realitet når brukeren/pårørende/brukerorganisasjoner får delta sammen med, og på lik linje med fagkompetansen i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltakene. Gjennom respekt for hverandres ståsted kan de utfylle hverandre og sammen utvikle gode tjenester.

En annen kommenterte begrepet brukermedvirkning på denne måten: *Det er et puslete ord - dette handler jo om samhandling og samarbeid!* Det som er enkelt for helsearbeiderne kan være veldig komplisert fra brukernes ståsted, og det er viktig å være klar over dette. En av brukerne fremhevet at det er viktig at systemet etterspør alle brukernes røster, og ikke bare lytter til de som er mest ressurssterke og kravstore.

Flere brukere opplevde at de i prosjektet hadde mulighet til å stille kritiske spørsmål i forhold til fastgrodd rutiner og uskreve regler i "egne" avdelinger og hva som egentlig var hensikten med disse. Er de til for legen? For sykepleieren? Eller for pasientene? En uttalte at man må være "utrolig sterk" som bruker, og selv invitere seg inn for å få innflytelse enten det gjelder eget behandlingsopplegg eller det å påvirke rutiner i avdelingen. Det kan være svært utfordrende når en selv ikke er i form. En representant for pårørende fortalte en historie om sin demente mor som ble flyttet fra den ene institusjonen til den andre, også mellom avdelingene på sykehjemmet. Brukerne påpekte at de flyttes alt for mye rundt i dag. Skal brukerne få en bedre hverdag må de få lov til å være i ro – aller helst på kun en avdeling. Innspillet om betydningen av at demente pasienter ikke flyttes rundt, medførte radikale endringer i samarbeidsrutinene mellom et av sykehjemmene som deltok i prosjektet og den delen av spesialisthelsetjenesten som de forholdt seg til. Dette gode eksemplet på brukermedvirkning og samarbeid fra Bodø er filmet i regi av Helsedepartementet og kan ses på: <http://www.helsedirektoratet.no/helsekonferansen/web-tv/>



Pasienter og pårørende er nødvendig drivkraft i arbeidet med å forbedre tjenestene. Her er noen av brukerrepresentantene som har deltatt i ...med pasientens øyne...

Brukerne har bidratt aktivt på mange måter i teamenes arbeid. Blant annet med å kartlegge hvordan dagens tjenester oppleves med pasientenes øyne. Flere steder har de intervjuet andre enkeltbrukere, samt ledet fokusgruppeintervjuer og lagt frem resultatet av intervjuene i personalmøter. Mange team har blitt overrasket over at brukerne åpner seg på en helt annen måte i samtaler/intervju med andre brukere enn de ellers gjør. Brukerrepresentantene bidrar dermed til å få fram svært verdifull informasjon til bruk i det videre arbeidet med kvalitetsforbedring.

I et fokusgruppeintervju på den 3. samlingen ble brukerne spurt om hvordan de opplevde å bli hørt i forhold til teamets arbeid. Alle brukerne ga uttrykk for tilfredshet med at deres synspunkter blir hørt og at de har innflytelse i teamet. Flere brukere forteller at de nå har fått mulighet til å påvirke det som lages av skriftlig informasjonsmateriell i avdelingen. Dette har særlig vært viktig for å få til et forståelig språk. I tillegg har brukere sørget for å endre *måten* materialet blir gjennomgått på sammen med brukerne. Brukernes erfaringer og forslag har også medført endringer av prosedyrer, for eksempel hvordan man skal gjennomgå brukeravtaler med den enkelte, og hvilken type informasjon man sender med pasienten hjem ved utskrivelsen.

Under oppsummeres alle teamdeltakernes evaluering av hvilke konkrete gevinster prosjektet har hatt for brukerne. Flere peker på at gevinstene for brukerne vil øke etter hvert som de planlagte og gjennomførte tiltakene får effekt:

- Brukermedvirkning har fått fokus og innhold.
- Brukernes erfaringskompetanse verdsettes.
- Større medinnflytelse og påvirkning over eget liv og behandling.
- Økt trivsel og glede.
- Brukerne blir sett, hørt og behandlet med respekt.
- Bedre og mer forståelig informasjon gir bedre mestring.
- Brukerne føler seg ivaretatt og trygge.
- Brukerne oppleves som mer interessante.
- Tiltakene er ut fra brukernes behov.
- Brukerne opplever styring på eget liv og behandling!

- Jeg føler meg heldig som har fått delta som brukerrepresentant i prosjektet ...med pasientens øyne... Jeg har oppfattet meg som likemann, er blitt forstått, tatt alvorlig og respektert. Jeg er blitt ledet gjennom en imponerende rekke av gjennomarbeidede seminarer som har lært meg og min prosjektgruppe å se, tenke, handle, erfare og forbedre. Vi har lært å oppdage ting som får konsekvenser for oss, som endrer våre handlinger, vår måte å tenke på. Seminarene har vært gjennomført med en entusiasme som har smittet og gitt motivasjon og inspirasjon. De har gitt oss mot til å ta en sjanse, selv om dette innebærer å kaste seg ut i det skremmende og ukjente - og være trygg på at det går bra.

Oppnevning av brukerrepresentanter

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) har utarbeidet retningslinjer for oppnevning av brukerrepresentanter. Retningslinjene er bearbeidet til bruk i dette prosjektet og beskrives i metodeheftet *Involvere brukerne og gi dem innflytelse*, del1 – vedlegg om brukermedvirkning⁵. Ikke alle teamene har klart å rekruttere brukerrepresentanter gjennom brukerorganisasjoner, slik det anbefales fra prosjektledelsens side. Men de har lyktes med å få med brukerrepresentanter ved å henvende seg til tidligere pasienter. I noen team er det to brukerrepresentanter, og dette oppleves som en styrke av brukerne selv. Videre synes noen at det er en styrke å ha egne brukerorganisasjoner i ryggen, slik at de kan ta spørsmålsstillinger tilbake til organisasjonene for innspill og synspunkter. En bruker vektlegger betydningen av at personalet må lære seg hvilke brukerorganisasjoner som er aktuelle for deres tjenester og samarbeide med disse til beste for brukerne.

En av de ansatte sa dette om brukermedvirkning i et fokusgruppeintervju: - *Likeverdighet og brukerinvolvering er jo noe som bør være lett å arbeide med. For meg har det vært en overraskelse å erfare at det er langt vanskeligere enn jeg umiddelbart trodde.*

Prosjektet har vist at reell brukermedvirkning krever en kulturendring i organisasjoner som vil ta dette på alvor. Brukermedvirkning både kan og skal "smerte" litt fordi det handler om endring i roller og makt/avmaktforhold. I prosessen med å få til økt brukermedvirkning i en organisasjon er det viktig at både brukere og medarbeidere opplever respekt, mestring og verdighet, hvis endringsprosessen skal lykkes

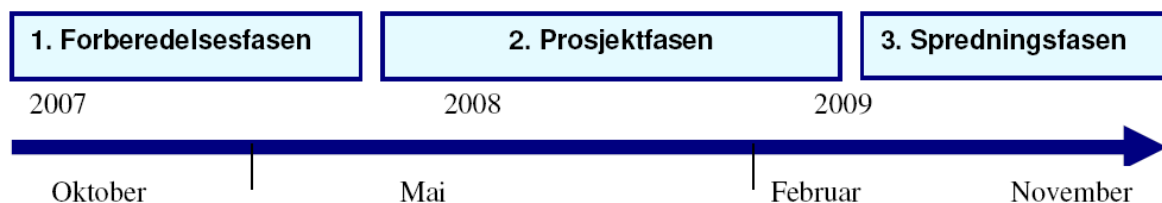
⁵ www.ogbedreskaldetbli.no

Gjennombruddsmetoden

Prosjektet ble organisert som et gjennombruddsprosjekt. Dette er en type prosjekt hvor formålet er å skape gjennomgripende kvalitetsforbedringer på områder hvor det er et GAP mellom *dagens praksis*, og hvordan vi vet at god praksis *bør være*. Brukermedvirkning er et slikt område! Gjennombruddet nås ved at man setter seg mål som krever radikal og annerledes tenkning og arbeider systematisk med å nå disse målene.

Gjennombrudd som metode er utviklet av The Institute for Healthcare Improvement (IHI) i Boston, USA ⁶. Land som Nederland, England, Australia, Sverige, Danmark og Norge har i flere år arbeidet med gjennombruddsmetoden. I Norge er det Legeforeningen og Aker Universitetssykehus som har tatt gjennombruddsmetoden i bruk. Prosjekter drevet ut fra denne metoden er strukturerte og praksisorienterte med fokus på å implementere kunnskapsbaserte tiltak som kan gi et bedre tilbud til pasienter/brukere. Utveksling av kunnskap og erfaringer mellom personer og organisasjoner som arbeider med de samme problemstillingene er ett av kjerneelementene i metoden.

Prosjektet har bestått av tre faser; forberedelse, gjennomføring og spredning. Denne inndelingen er inspirert av Center for Kvalitetsudvikling i Århus, som vi har hatt et nært samarbeid med gjennom hele prosjektet.



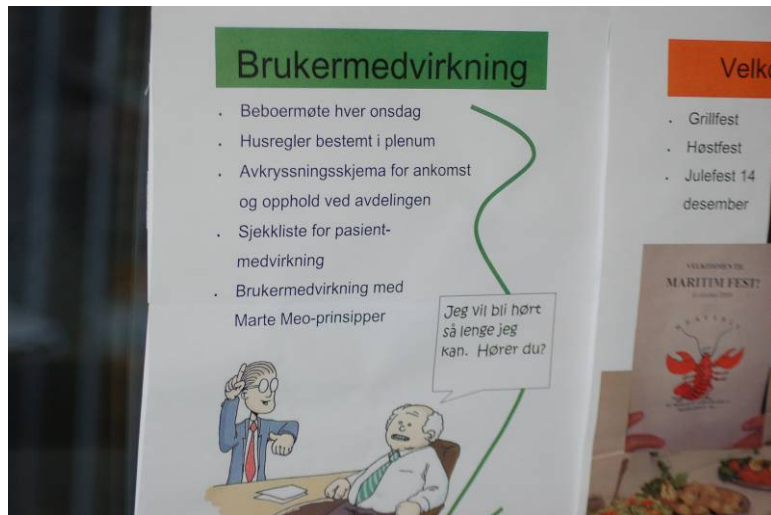
Forberedelsesfasen

I tre måneder arbeidet teamene aktivt med å forankre prosjektet godt i organisasjonen gjennom å involvere ledelsen, ansatte og brukere, og klargjøre behovet for forbedring. Teamene skulle være tverrfaglige og pasient og/eller pårørende skulle være likeverdig deltakere i teamet.

Gjennomføringsfasen

Det har vært avholdt fire todagers *læringsseminarer* i perioden mai 2008 – februar 2009. Samlingene har bestått av forelesninger, gruppearbeid, veiledning og erfaringsutveksling. Alle teamene laget flotte postere hvor de presenterte seg og arbeidet sitt. Posterne ble oppdatert til hver samling, og postervandring var en nyttig arena for utveksling av erfaringer på alle samlingene. Det ble også opprettet et felles nettsted på Google, hvor teamene kunne dele erfaringer og materiale fra prosjektarbeidet.

⁶ Kilo C: A framework for collaborative improvement: Lessons from the Institute for Healthcare Improvement Breakthrough series. Qual Manage Health Care, 2001, 6:1-13



Utsnitt av poster fra Olavviken

I *aktivitetsperiodene* mellom læringsseminarene har teamdeltakerne arbeidet med å forbedre egen praksis. De fleste gruppene har hatt møter ca 1-2 timer i uka. Noen team har strevet med å få nok tid avsatt til arbeidet i teamene.

Teamene har fått *veiledning* pr telefon eller mail ca hver 14. dag, eller ved behov. Alle de seks medarbeiderne i GRUK har vært veiledere, i tillegg til to erfarne eksterne veiledere.

Spredningsfasen

Det planlegges et spredningsseminar i november 2009. Dette er lagt i tilknytning til en nasjonal konferanse om brukermedvirkning på Bolksjø. I perioden fram til dette seminaret arbeider teamene med å gjennomføre de påbegynte forbedringene og dokumentere effekten av dette arbeidet.

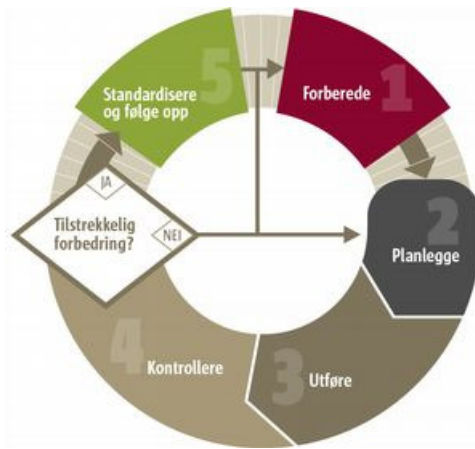
I evalueringen på det siste læringsseminaret ga deltakerne uttrykk for stor tro på at de ville nå målene sine, at forbedringene ville vedvare og at de vil lykkes i å videreføre arbeidet innad på nye områder. De var også svært optimistiske i forhold til å spre arbeidet til andre, og har lagt konkrete planer for hvordan dette skal skje.

Om gjennombruddsmetoden og prosjektbeskrivelse, se <http://www.sykepleierforbundet.no>

Veileder i forbedringsarbeid for å styrke brukerne

I forbindelse med prosjektet har seksjon for kvalitetsutvikling - GRUK utviklet en ny veileder som består av tre deler:⁷

- Del I presenterer Metode for kvalitetsutvikling (figur) for å involvere brukerne og gi dem innflytelse. Den er tilpasset ut fra en generell metode for kvalitetsutvikling.
- Del II presenterer fire eksempler som illustrerer trinnene i metoden. Eksempelene er hentet fra ulike deler av helsetjenesten, og viser hvordan metoden kan tilpasses og utføres på mange forskjellige måter.
- Del III presenterer 25 andre eksempler på arbeidet med å styrke brukerne. Eksempelene kan gi ideer og inspirasjon til videre arbeid på dette området. De representerer et stort mangfold og spenner fra små, enkle forbedringsprosesser til omfattende og kompliserte prosjekter.



Veilederen har blitt prøvd ut av deltakerne i prosjektet og ble svært positivt evaluert.

- Det som gjør dette til en god metode for praksis er at man går små skritt av gangen, sier Monica Strand, teamleder fra psykiatrisk avdeling v/Sykehuset Buskerud HF. - Vi brukte god tid i forberedelsesfasen til å erkjenne behovet for forbedring og forankre arbeidet hos toppledelsen og i resten av organisasjonen. Metoden gir trygghet og hjelp til å holde stø kurs. Du får hjelp til å vite hva det er viktig å gjøre først, og kan ha fokus på ett trinn av gangen. For å sikre varige forbedringer nytter det ikke å gå snarveier.

Overraskende og viktig å se på tjenestene med pasientens øyne

- En syk mann vet mangt som den sunne ikke aner, skrev Arne Garborg. Ved å bruke ulike metoder i kartleggingen har ledere og ansatte fått verdifull og ofte overraskende innsikt i hvordan pasienter og pårørende opplever deres tjenester.

Teamene har brukt følgende verktøy:⁸

- Flytskjemaer hvor man tegner hva som skjer i tilbudet til pasientene og reflekterer over uklarheter og forbedringsområder i prosessene.
- Fokusgruppeintervjuer. De beste erfaringene er gjort i de teamene hvor brukerrepresentanten har ledet intervjuet og en av de andre i teamet har gjort notater.
- Spørreundersøkelser. Noen team har stilt de samme spørsmålene til både brukere og ansatte, og dette har gitt svært interessante resultat.
- Fortellinger fra brukere.
- Dybdeintervju med noen få pasienter / pårørende.

⁷ Veilederen kan lastes ned på http://www.ogbedreskaldetbli.no/237/Brukermedvirkning_mindre_fil.pdf

⁸ Alle metoder og verktøy vi har brukt i prosjektet kan lastes ned på http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy

- Registrering av hvor ofte en ønsket / uønsket hendelse skjer.
- Dialogkafé hvor pasienter eller pårørende ble invitert til å komme med innspill.
- Rollespill

- Vi har oppdaget at vi som helsepersonell i for stor grad definerer pasientenes tilbud, forteller avdelings- oversykepleier Anna Marie Galambos ved avdeling for spesialpsykiatri på Akershus Universitetssykehus HF. - Ved inntakssamtalen informerte vi pasientene våre om hvilke tilbud vi har – uten at vi spurte dem konkret om hva de ønsket hjelp med. Vi utførte spørreundersøkelse hvor vi stilte pasienter og medarbeidere de samme spørsmålene. Ett av dem lød – *Gir oppholder håp og livsmot for framtiden?* Det var en sterk og viktig oppdagelse å se at begge grupper skåret relativt lavt på dette viktige spørsmålet. Deretter fikk vi hjelp av brukerrepresentanten vår til å intervju pasientene om hvorfor det var slik og hvordan vi kan hjelpe dem på en bedre måte. Nå skal vi ha pasienter og pårørende med som en del av behandlingsteamet!

Kulturendring og nytenkning

Å gjennomføre systematisk kvalitetsarbeid sammen med brukerne innebærer kulturendring. Teamene har gradvis erkjent hvor viktig det er å se på tjenestene med pasientenes øyne. En morsom og nyttig gruppeoppgave på en fellessamling dreide seg om hvordan man kan skape en kultur som motvirker brukermedvirkning. Mange oppdaget etter hvert at de beskrev sin egen kultur!

”Utfordringen ligger ikke i å se det ingen ser, men å tenke det ingen har tenkt om det alle ser”, skrev filosofen Schopenhauer. For å skape et virkelig gjennombrudd hvor brukerne har reell innflytelse på utformingen av tjenestene, trenger vi en bevisstgjøring og et oppgjør med de uskrevede reglene som styrer helsetjenesten. Vi må tenke nytt om det alle ser. For å bli inspirert til dette benyttet vi verktøy fra guiden *Tenke annerledes*, som vi har oversatt fra engelsk⁹. Teamene fikk mange aha-opplevelser og gode ideer til nye måter å jobbe på gjennom bruk av disse verktøyene. I sluttevalueringen ble dette blant annet beskrevet slik:

- *Vi vet at det ikke er nok å gjøre mer av det samme, men at vi må se på tjenestene på nye måter, med pasientens øyne, og lete etter løsninger på de utfordringer alle ser gjennom å tenke nytt.*

⁹ Guiden *Tenke annerledes* ligger under *Flere metoder* på http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy

1. Sola sjukeheim i Sola kommune



Roy Solstad, Hilde Iversen, Nina Bøe, Selma Ramstrøm og Wenche Stangeland

Sola sjukeheim er en sjukeheim med 70 sengeplasser i Sola kommune utenfor Stavanger. Vi består av to somatiske avdelinger, én skjermet avdeling, én korttids-/rehabiliteringsavdeling og én palliativ avdeling. I tillegg har vi dagsenter med omtrent 20 brukere daglig. Dagsenteret har totalt ca 50 brukere.

Vi har god faglighet ved sjukeheimen; egen sjukeheimslege og ca 45 sykepleiere. Ellers er alle ansatte i faste stillinger faglærte, enten som hjelpepleier eller som omsorgsarbeider. Mange har fått, eller holder på med videreutdanning. Dette er et tilbud som vi har satset på de siste årene.

Forberedelser

Vi fikk tilbud om å være med i dette prosjektet i fjor vinter. Dette å jobbe med at pasientene våre skulle få være deltakere i sitt eget liv og få medbestemmelse i det som angår dem, er noe vi har jobbet med og hatt som satsningsområde.

Vi har tidligere gjennomført brukerundersøkelser der det har kommet fram at både pasienter og pårørende har opplevd at de har hatt lite medbestemmelse, og også gitt tilbakemeldinger på at de ikke blir hørt. Arbeidsplassen vår har nok vært preget av konservative holdninger. Pleierne har utdanning og vet best, og gjør så godt de kan til pasientens beste. Alltid med pasienten i fokus. Det vi kan ha glemt er å spørre pasienten først.

Da vi fikk tilbud om å være med i prosjektet, så vi en mulighet til å jobbe med dette, og rette fokus mot pasientens ønsker og pasientens opplevelse av sitt eget liv.

Det ble opprettet en prosjektgruppe bestående av én teamleder, én sykepleier, én hjelpepleier med spesialutdanning i psykiatri, og én pårørende. Vi vurderte å få med en pasient, men kom fram til at pasientene våre var for syke til å være med i dette prosjektet. Vi holdt på å rehabilitere deler av sjukeheimen; den delen der palliativ avdeling og korttids-/ rehabiliteringsavdeling åpnet våren 2008. Det ble derfor bestemt at kun ansatte ved langtidsavdelingene og skjermet avdeling skulle være med i prosjektet. Toppleder, lederteamet og kvalitetsteamet stilte seg positive til deltakelse.

Planlegging

I valg av forbedringsområder tok vi først utgangspunkt i tilbakemelding fra pårørende i prosjektgruppa. Brukerrepresentanten ønsket at vi satte fokus på munn- og tannstell. Hun hadde vært pårørende i flere år, og ofte observert dårlig tannstell hos sin mor og andre pasienter. Tannlegen og tannpleieren som har årlige tilsyn, bekreftet at dette var et problem hos oss.

Vi mente at vi hadde kapasitet til å jobbe med flere forbedringsområder, og valgte da å fokusere på kommunikasjon mellom sjukeheimen og pasienter/pårørende. Dette hadde vi fått tilbakemelding på

etter en brukerundersøkelse i 2007. Pasienter og pårørende savnet å få informasjon om blant annet behandling og ulike aktiviteter ved sjukeheimen.

Vi utarbeidet et spørreskjema for pleierne for å forsøke å kartlegge årsakene til at munn- og tannstell ikke ble regelmessig utført. Bakgrunnen for at pleierne ble spurt var at vi ikke kunne se at problemet lå hos pasientene, men hos pleierne som skulle utføre denne oppgaven. Pleierne ble spurt om kunnskap til og dokumentasjon av munn- og tannstell. Kartleggingen viste at vi hadde forbedringspotensiale i både å spre kunnskap om dette, og i forhold til dokumentasjon. 19 % svarte at de aldri utførte munnstell og 57 % oppga at de ikke leste om munnstell i pleieplanen før de skulle stille pasienter de ikke hadde primæransvar for.

Spørsmål som kom i planleggingsfasen var:

- Hvordan forbedre tannhelsen ved Sola sjukeheim?
- Hvordan få til kontinuitet i tannpleien?
- Har pasienten egne tenner eller proteser? Hvordan følge opp tannpleie?
- Hvordan få til et godt samarbeid med tannlege/-pleier?
- Fluor til alle? Pusse med Corsodyl? Hva vil vi oppnå med det?
- Kan vi lage et skjema for signering at tannpleie er gjennomført?

I forhold til å forbedre kommunikasjonen mellom sjukeheimen og pasienter/pårørende, ble det utarbeidet et spørreskjema som begge gruppene skulle svare på. Distribusjon av dette ble stoppet fordi det er planlagt en stor brukerundersøkelse som skal gjennomføres i løpet av 2009. En var redd for at pasienter og pårørende ville bli lei av undersøkelser, og ikke svare på den som kommer i år. Vi måtte derfor ta utgangspunkt i den brukerundersøkelsen som ble gjennomført i 2007. Vi hadde også en del tilbakemeldinger fra pårørende som sa noe om hvor vi kunne forbedre oss.

Spørsmål vi diskuterte var:

- Hvordan sikre oss at pårørende får informasjon om at de er velkomne som pårørende?
- Hvordan få pårørende mer involvert i hverdagen til pasientene?
Hvordan sikre oss at pasienter og pårørende får nødvendig informasjon om hvordan det er å være pasient ved Sola sjukeheim?
- Kan vi undervise pasienter og pårørende om sykdom?
- Hvordan kvalitetssikre pleiernes ansvar overfor pasienter og pårørende?

Ut fra disse spørsmålene rundt forbedringsarbeidet ble det laget en målsetting:

Hovedmål 1: *Vi forbedrer samspillet mellom tjenesteutøver og – mottaker.*

Delmål:

1. Gjennomgang av primærkontaktens oppgaver.
2. Vi utarbeider en samtalemal for møtet mellom bruker og pleier, for å gjøre det lettere å gjennomføre samtalen.
3. Vi lager en mal for invitasjon til disse samtalene. Invitasjonen gis til pasienten, eller sendes pårørende i god tid før samtalen.
4. Det arrangeres et kurs i kommunikasjon for ansatte.
5. Vi gjennomfører regelmessige, strukturerte samtaler med pårørende.
6. Pleier dokumenterer at samtalen er gjort.
7. Vi innfører kommunikasjonsbok på alle pasientrom.
8. Tavle med bilde og navn på ansatte henges opp i avdelingene.

Hovedmål 2: Munn- og tannstell hos pasientene er forbedret.

Delmål:

- 1 Pasientenes tannstatus blir registrert ved bruk av skjemaet "Registrering av tannstatus"
- 2 Hver pasient får et munnstellkort som er individuelt tilpasset den enkeltes munn- og tannstatus.
- 3 Vi underviser pleierne i avdelingene om munn- og tannstell. Dette blir gjort i små grupper i avdelingene i arbeidstiden.
- 4 Vi oppfordrer pårørende til å kjøpe inn elektrisk tannkost til de som har egne tenner, og protesekost til pasienter som har protese.
- 5 Vi sørger for at nødvendige hjelpemidler til renhold, som eddik og Zalo blir kjøpt inn.
- 6 Vi oppfordrer de pasientene som har egne tenner om å bruke fluor tablettedaglig.
- 7 Vi tar i bruk signeringsark, der pleier skal signere for utført munn- og tannstell morgen og kveld. Blir dette ikke gjort fordi pasienten ikke vil/nekter, skal det likevel signeres for at pasienten har fått tilbud, men har avslått.

Iverksette praksis

- Primærkontaktens oppgaver. Det ble bestemt på et møte i kvalitetsteamet ved sjukeheimen at en gruppe skulle jobbe med dette. Ved prosjektets slutt er gruppen ikke ferdig med dette arbeidet.
- Samtalemål. Vi brukte en mal som Stavanger kommune har til inntakssamtaler, redigerte den og bestemte at den skulle tas i bruk etter et kurs i kommunikasjon som ble avholdt 22. januar 2009. Mal for invitasjon ble laget samtidig.
- Kurs i kommunikasjon. En høyskolelektor ble bestilt til å holde et dagskurs i kommunikasjon. Til dette kurset ble alle ansatte ved Sola sjukeheim invitert. I tillegg fikk andre virksomheter i kommunen invitasjon til å være med på dette kurset.
- Kommunikasjonsbok på alle pasientrom. Dette ble gjennomført tidlig fordi det var et enkelt å gjøre. Det ble kjøpt inn en enkel kladdebok til hver pasient.
- Tavle med bilde og navn på ansatte. Det tar tid å få tatt bilde av alle ansatte fordi noen bare jobber helg, eller har en liten stilling og er sjelden på jobb. I januar 2009 var tavlene på plass med bilde av alle.
- Pasientenes tannstatus/munnstellkort. Det ble laget et skjema der vi registrerte tannstatus hos pasientene. Vi fant at Løvåsen undervisningssykehjem i Bergen hadde hatt munn- og tannstell som prosjekt i 2007, og de hadde laget et veiledningshefte for munn- og tannstell som vi kunne bruke. De hadde laget bildebaserte munnstellkort, men for å bruke disse forutsatte det at vi visste om pasientene hadde egne tenner og/eller protese. På bakgrunn av dette kunne hver pasient få et munnstellkort som var individuelt tilpasset, og der fremgangsmåten ved munn- og tannstell var beskrevet med tekst og bilder.
- Undervisning. Løvåsen undervisningssykehjems veiledningshefte i munn- og tannstell ble brukt til undervisning. Hver pleier fikk et eksemplar av dette, og en underviste i små grupper i avdelingene. Det ble da satt fokus på dette arbeidet og en fikk diskusjoner rundt temaet.
- Pårørende ble oppfordret til å kjøpe inn elektrisk tannkost til de som hadde behov for dette. Det ble foreslått gitt som julegave i fjor.
- Nødvendige hjelpemidler til renhold av proteser ble anskaffet.
- Signeringsark ble laget og hengt opp på badene til pasientene våre.

Kontroll

I forhold til om vi klarer å forbedre kommunikasjonen mellom sjukeheimen og pasienter/pårørende, har vi ikke klart å få noen målbare tall. Dette er et arbeid som vi først ser resultater av over tid. Vi har innhentet e-post adresser til hovedpårørende hos hver enkelt pasient, og sendt informasjon ut, men har ikke fått tilbakemeldinger på om informasjonen er blitt lest, eller om dette er en god måte å nå ut med informasjon.

Når det gjelder munn- og tannstell har vi gjennomført en ny undersøkelse der vi brukte de samme spørsmålene som i den første undersøkelsen. Det viser seg at 100 % av de spurte svarer at de utfører munn- og tannstell, og 100 % svarer at de dokumenterer at de gjør det.

Det viser seg at fokuset har blitt flyttet til å signere for at dette er gjort, og dermed er det færre som svarer at de skriver munn- og tannstell som et problemområde i tiltaksplanen. Dette er et område som vi må rette fokus mot i neste omgang.

Tannlegen som har tilsyn med pasientene ved Sola sjukeheim, sa ved sitt årlige tilsyn i desember, at han så store forbedringer i tannstatus ved de avdelingene som er med i prosjektet.

Standardisering og oppfølging

- Prosjektet har vært tema ved avdelingsmøter, leder møter og møter i sjukeheimens kvalitetsteam siden oppstart. Vi har informert om prosjektet og om fremgangen. Vi har fortalt om problemområder og lagt fram forslag til forbedring.
- Arbeidet vi har gjort har ført til at målene har blitt en del av sjukeheimens virksomhetsplan for 2008/2009.
- Ved Sola sjukeheim er det hver sommer en grillfest for pasienter, pårørende og pleiere. Da vi sendte ut invitasjon til grillfesten sommeren 2008, la vi med en brosjyre der vi kort informerte om prosjektet.
- Vi har informert om prosjektet i sjukeheimens velforening. I denne foreningen sitter representanter for pasienter, pårørende og sjukeheimens ansatte.
- Det ble avholdt et møte for pårørende 15. oktober, der prosjektgruppa var med og orienterte om prosjektet.
- 30. oktober var vi med på en spredningskonferanse i regi av Stokka undervisningssykehjem.
- Vi har fått opprettet tannkontakter ved hver avdeling. Denne ressurspersonen skal være vår kontakt med tannpleier, og en person en kan komme med spørsmål om munn- og tannstell til.
- 22. januar ble det holdt kurs i kommunikasjon for alle ansatte. Tanken var at dette kunne være en hjelp for lettere å klare å gjennomføre en formell samtale.
- Vi har større fokus på munn- og tannstell i det daglige arbeidet, ved at det er tema på rapporter og avdelingsmøter.

Læring

Vi har forsøkt å jobbe målrettet mot det vi skal oppnå, men har erfart at ting ikke kommer av seg selv. Når vi først har klart å rette fokus mot noe, er det viktig å holde trykket på det. En av prosjektgruppens medlemmer var syk en periode i vinter, og signeringsskjemaene for munn- og tannstell ble da lagt vekk ved den avdelingen hun er. Det kan være at budskapet ikke var kommunisert godt nok. Vi ser likevel at når vi bringer et tema som munn- og tannstell opp på banen,

blir det veldig fokus på dette. De ansatte er virkelig opptatt av å gjøre en god jobb også med dette, og det blir diskutert.

Vi har underveis sett at ting endrer seg: vår brukerrepresentant trakk seg fra gruppen i høst, og ett av medlemmene har fått seg ny jobb ved et annet sykehjem. Den utfordringen vi da står overfor er å få inn nye medlemmer i gruppen. Vi har kommunisert at forbedringsarbeid ikke er noe vi kun skal jobbe med i prosjektperioden, men fortsette med. Forbedring blir et mål i seg selv. Vi opplever at det er vanskelig å få inn nye medlemmer til prosjekt forbedring. Flere vil gjerne være med, men har for mange oppgaver allerede.

En annen utfordring blir å bringe videre den kunnskapen som vi har fått ved å være med i prosjektet, og vise hvordan den kan brukes i praksis. På spredningskonferansen som vi var med på i høst, sa en av lederne at en kan starte med forskningsprosjekter i det små i avdelingene. Det trenger ikke å være store prosjekter som når en skal ta doktorgrad eller bli professor. Det er i de små, nære ting at vi først skal forbedre oss. Og det er i de kjente ting, i avdelingene, at vi først ser en forbedring.

Kontakt Roy Solstad: roy.solstad@sola.kommune.no

2. Øyane sykehjem i Stavanger kommune



Arthur Langerud – brukerrepresentant
Helge Gabrielsen – daglig leder
Aase Ask – sykepleier og prosjektleder
Irene Berstad – avdelingssykepleier og prosjektleder
Hilde Nygård – hjelpepleier og måleansvarlig
Irene Hellevik – hjelpepleier og måleansvarlig

Øyane sykehjem er et privat sykehjem i Stavanger, med ca. 120 ansatte, samt 58 sengeplasser fordelt på 5 avdelinger og et dagsenter med 13 brukere pr. dag. Rehabiliteringsavdelingen gir et bydekkende tilbud, mens sykehjemmet ellers skal dekke bydelens behov for heldøgns behandling, pleie og omsorg. Visjonen vår er at vi vil gjøre Øyane sykehjem til verdens beste sykehjem! Målsettingen vår er at alle skal oppleve trygghet og trivsel, og stimuleres til å ta i bruk sine evner og muligheter.

Mål:	Tiltak:	Resultat:
Pleiepersonalet styrker sin bevissthet i forhold til brukermedvirkning.	Refleksjonsgrupper med personalet 2 timer 6 ganger over 3 måneder. Brukerrepresentanten vår deltok også på disse møtene	Spørreundersøkelse blant både beboere og ansatte viser en tydelig forbedring av holdninger og handlinger ift brukermedvirkning

Forberedelse

Sykehjemmet har opparbeidet seg en sterk kultur for læring, med ansatte som ønsker fagutvikling og kompetanseheving. Brukermedvirkning er forankret i sykehjemmets strategisk handlingsplan for perioden 2008-2010 og prosjektet er et ledd i vårt forbedringsarbeid. Daglig leder støtter forbedringsarbeidet, og sikrer deltakerne tid og ressurser til arbeidet.

Planlegge

Målet for prosjektet var at beboere og brukere skulle oppleve kontroll og medvirkning relatert til egen helse og til tjenestetilbudet, samt styrke medarbeiders kompetanse innen brukermedvirkning og brukerrettigheter, og øke forståelse for og kunnskaper om brukermedvirkning hos alle involverte parter.

Utvikle måleverktøy Teamet ønsket å kartlegge tilfredshet og myndiggjøring hos beboere på to langtidsavdelinger og en korttidsavdeling, samt personalet sin erfaring med brukermedvirkning på disse avdelingene. Spørreskjemaet (Faulkner 2001)(1+2) til personalet og beboerne/brukerne ble tilpasset sykehjemmets forhold og presentert for Lederforum og for NSF's veileder. *Spørreskjema til beboere/brukere* – om deres mulighet til medvirkning i avdelingen. Disse ble gjennomført som intervju, med en 5.punkts-svarskala. (1) *Spørreskjema til personalet* – spørsmål knyttet til deres erfaringer når det gjaldt myndiggjørende/umyndiggjørende handlinger, 5.punkts-svarskala (2)

Kartlegging Gjennomføringen av begge spørreundersøkelsene foregikk i juni 2008. Resultatet ble overveiende positive, men intervjuerne ved langtidsavdelingene fanget likevel opp forbedringsområder som beboerne oppga i løpet av kartleggingen. Beboerne fortalte at personalet

ofte ga uttrykk for at de hadde liten tid til beboerne og at medbeboere "fikk kjeft" hvis de ba om hjelp ofte. Svarene viser også forskjell mellom korttid- og langtidsavdeling iht myndiggjøring/umyndiggjøring, der brukere i korttidsavdeling oppgir mindre grad av umyndiggjøring. Det ble planlagt ny måling i januar 2009.

Flytskjema ble hengt opp i de to langtidsavdelingene. Det fokuserte på organisering av dagen og hvordan personalet prioriterer oppgavene i avdelingen. Her kom det frem at personalet var opptatt med husmoroppgaver mye av dagen og dermed var lite tilgjengelige for beboerne og pårørende. Personalet kom med mange konstruktive forslag som vitner om engasjement; en nødvendig forutsetning for endringsarbeid. Vi var ikke flinke nok til å involvere beboere og pårørende involvert i flytskjemaet.

Brukerrepresentanten sa seg villig til å gå rundt i avdelingene og snakke med beboerne. Fokuset vil da være på hvordan de opplever personalet sin tilgjengelighet og formidling av trygghet.

I en *undersøkelse av pårørendes tilfredshet* i 2007 ble det scoret lavt på informasjon om beboers helsetilstand og tilgang på lege og pleiepersonell.

Vi arrangerte *kafé-dialogmøte for pårørende* 23.10.08. Prosjektet ble presentert og følgende temaer ble drøftet: - Hvordan kan du som pårørende bidra i avdelingen? - Hvordan vil du at vi i avdelingen skal formidle informasjon og hvordan forventer du vår tilgjengelighet? Temaene ble diskutert i grupper og de pårørende kunne skrive ned og komme med forslag til tiltak. Deretter ble svarene samlet inn og hengt opp på tavle og tatt opp i plenum. Det ble liten tid til diskusjon. Det ble sendt ut referat til alle avdelinger og et skriv til pårørende. Det er opp til hver enkelt avdeling å finne frem til gode løsninger ift hvilke tiltak det ønskes å sette i gang, i samarbeid med pårørende.

Etter kartleggingen spisset vi målene i samråd med veileder:

1. Beboerne/brukerne skal oppleve trygghet og tilgjengelighet i relasjon til pleiepersonalet.
2. Pleiepersonalet styrker sin bevissthet i forhold til brukermedvirkning.

Planlegge forbedret praksis For å styrke personalets bevissthet ift brukermedvirkning ønsket teamet å involvere personalet på to langtidsavdelinger i *refleksjonsgrupper* på tvers av avdelingene. Vi hadde opprinnelig planlagt å starte en etikk-skole, men ble inspirert av veileder til å fjerne ordet "skole". Dette kunne oppleves som belæring av personalet, istedenfor at de kan lære det gode av hverandre. I løpet av mai 2009 vil lederforum arbeide for at husmoroppgaver på avdelingene organiseres bedre, med tanke på "rett person er på rett plass"

Ønskemeny ble en ivrig diskusjon i teamet og kjøkkenet tok i første omgang ansvar for å få ønskemeny inn som et eget punkt på middagsmenyen og bestillingsliste. Pleiepersonalet ble oppfordret til å fange opp beboernes kostønsker i avdelingen. Dette var et forslag som flere mente var viktig da vi hadde samling for personalet i Spania 2007.

For å imøtekomme de pårørendes ønsker om bedre informasjon fra legen, besluttet vi å innføre en utvidet *Brukersamtale* hvor lege deltar. Pårørende får også tilbud om å delta på legevisitt. Dette skjemaet er nå inn i kvalitetssystemet vårt og brukes til pårørendesamtaler og inkomstsamtaler for alle langtidsbeboere.

Sykehjemmet hadde besøk fra Olaviken alderpsykiatrisk sykehus hvor gruppen fikk møte to representanter som informerte oss om Marte Meo metoden. Dette er et unikt verktøy til å bevisstgjøre det som skjer i mellommenneskelig kommunikasjon via videofilming av samspill mellom beboere og personal. Det fokuserer på det positive som blir gjort for å få frem mestring hos personalet og å få laget behandlingstiltak hos beboer. Vi vil gjerne ta i bruk denne metoden, men ser at det må bli ved en senere anledning.

Utføre

Refleksjonsgrupper med ressursfokus Vi ønsket å involvere personalet mer i prosjektet og samtidig lykkes sammen mot samme mål og for å styrke pleiepersonalet sin bevissthet ift brukervedvirkning. Det ble utarbeidet et invitasjonsskriv til personalet på disse to avdelingene. Gruppene møttes 6 ganger over 3 måneder kl 13.30-15.30. Dette er en rolig tid for avdelingene, og de som kom på fritiden fikk avspasert overtiden. Det var god oppslutning fra personalet og tilbakemeldingene fra gruppene var positive. Brukerrepresentanten vår deltok også på disse møtene, noe som fungerte godt. Metodene som ble brukt i gruppene var:

- AI – anerkjennende intervju er utvikling gjennom intervju som fokuserer på det beste folk gjør. Hver enkelt fortalte en historie der brukervedvirkning, tilgjengelighet og trygghet var i fokus. Det ble og et fokus på å snu blikket fra å observere og forklare alle problemene (travelheten) til å se etter det som allerede skjer på avdelingene som man ønsker mer av og finne frem til gode løsninger.
- Gruppearbeid og bevisstgjøring ift det å være tilgjengelig og skape trygghet for beboerne.
- Motarbeidermetoden, hvor en fokuserer på hvordan en kan motarbeide det en vil oppnå. Dette ble en humoristisk og nyttig læring for alle.

Brukerkonferansen 06.11.08 var primært for bruker, beboere og pårørende her og ved andre sykehjem til informasjon, inspirasjon og diskusjon om brukerperspektiv, brukervedvirkning og brukerrettigheter. Også andre interesserte som politikere, ansatte og ledelse ved sykehjem, interesseorganisasjoner, frivillige medarbeidere var velkomne. Konferansen skal være en forløper til politisk paneldebatt ved sykehjemmet i april 2009 der brukervedvirkning er debatt-tema. 80 deltakere var til stede og direktør for oppvekst og levekår Per Haar åpnet konferansen med utgangspunktet i en av tegningene fra prosjektet "Livet, kunsten og kulturen", "lev livet sånn du vil livet skal være".

Ønskemeny

F.o.m. januar 2009 ble det systematisert fra kjøkkenet hvordan ønskene fra beboerne skal formidles videre fra avdelingene til kjøkkenet. Hver 6 uke har hver avdeling mulighet til å sette opp ønsker fra beboerne. Avdelingene har selv ansvaret for å innhente disse fra beboerne. I Brukersamtalen er det et pkt hvor ønsker for meny er oppført, og denne oppdateres to ganger i året.

Brukerrepresentanten har vært rundt på sykehjemmet og snakket med beboere om hvordan de synes de har det på hjemmet. Han forteller at de klager lite, er fornøyd og synes de har det godt. Han har fått noen tilbakemeldinger om at enkelte noen ganger opplever ensomhet og savner besøk. Han fortalte om sine erfaringer fra disse samtalene på møte for pårørende.

Kontrollere

Teamet har foretatt en tilsvarende spørreundersøkelse i januar 2009 som i juni 2008. Det ble lagt til 2 nye spørsmål pga uttalelsene fra beboerne om at de opplevde personalet som travle og at medbeboere ble kjeftet på da de bad om hjelp. Ved nærmere analyse og sammenlikning av dataene har kurvene endret seg tydelig i positiv retning. I refleksjonsgruppene som startet våren 2009 vil det bli tatt opp hvordan vi videre må jobbe for å få resultatene enda bedre til neste spørreundersøkelse til høsten 2009.

Standardisere og følge opp

Teamet vil frem til spredningsseminaret i november gjennomføre refleksjonsgrupper som alle avdelinger på sykehjemmet skal få mulighet til å delta i. Dette blir grupper på tvers av avdelinger hvor en skal jobbe med samme fokus som de forrige gruppene. Det å endre på holdninger må arbeides med over tid og det skal samtidig i høst holdes "LØFT-kurs" av KLP og "Holdningsseminar" av Thyra Frank fra Lotte plejehjem for personalgruppen på sykehjemmet. Det vil også bli gjort en ny måling til høsten.

Læring

Gjennom deltakelse i prosjektet har vi erfart at det å sette fokus på det en ønsker mer av gir endringer, og har vært med på å bevisstgjøre personalets holdninger til brukermedvirkning. Beboerne har blitt mer bevisste sine rettigheter og har lettere for å si ifra når en opplever å bli respektert eller urettferdig behandlet. Ledelsen har fra starten av vært engasjert og positiv til prosjektet. Det har og vært godt tilrettelagt for teamet å sette ut tiltak, samt interesse for hva personalet mener hindrer dem i å kunne være tilgjengelige for beboerne. Det støttes opp fra ledelsen om videre arbeid mot samme mål. Underveis i prosjektet gikk vår teamleder i permisjon og en av de andre teamdeltakerne overtok denne funksjonen. Det var utfordrende å få oversikten over prosjektet, samt å få personalet med seg. Holdningene til personalet i starten av prosjektet var negativt og prosjektet ble kalt "Oslogreiene". Dette har endret seg etter tiltakene ble satt i verk, særlig refleksjonsgruppene, og informasjonen ut til personalgruppen viser seg å være god. Teamet jobber ute på "gulvet" og har medvirket til oppmuntring og fokusering på målene. Brukerrepresentanten har vært en engasjert og positiv person for alle involverte parter. Det har vært viktig at brukerrepresentanten har deltatt i refleksjonsgruppene med sitt engasjement.

Metode for kvalitetsutvikling har gitt oss muligheten til å bryte gamle rutiner ved at vi nå fokuserer på de positive og gode løsningene. Det oppleves oversiktlig og en ser helheten tydeligere ved å måle før og etter tiltak. Vi opplever at den viktigste suksessfaktoren har vært at personalet etter hvert har fått et eierforhold til forbedringsarbeidet, de opplever å bli hørt og ser at det fører til endringer når de er engasjerte og deltar.

Irene Berstad; Irene.berstad@stavanger.kommune.no

Vedlegg

Spørreskjema for beboere/brukere

Spørreskjema for personalet

Resultat av brukerundersøkelsen og personalundersøkelsen

Spørreskjema for beboere/brukere 2008/2009

I dette spørreskjemaet skal du svare på spørsmål om din mulighet til medvirkning i avdelingen der du oppholder deg. Vennligst forsøk å svare så ærlig som mulig på spørsmålene basert på dine egne erfaringer. Deltakelsen er frivillig og anonym, du skal ikke sette navn på skjemaet. Svarene du gir vil bli behandlet konfidensielt, og vil derav ikke påvirke din pleie og behandling under noen omstendighet.

Vennligst bruk 5.punkts-svarskalaen for å markere svaret ditt, slik: Aldri Sjelden Noen ganger Ofte Alltid

1	Hvor ofte sørger personalet for at du har ringesnoren innen rekkevidde?	Aldri 0	Sjelden 1	N.G 2	Ofte 3	Alltid 4
2	Hvor ofte får du oppmuntrende bemerkninger fra personalet?	Aldri 0	Sjelden 1	N.G 2	Ofte 3	Alltid 4
3	Hvor ofte ber personalet deg om lov før de går i gang med stell?	Aldri 0	Sjelden 1	N.G 2	Ofte 3	Alltid 4
4	Hvor ofte forlanger personalet at du skal spise eller drikke?	Aldri 4	Sjelden 3	N.G 2	Ofte 1	Alltid 0
5	Hvor ofte fjerner personalet mat og drikke før du er ferdig?	Aldri 4	Sjelden 3	N.G 2	Ofte 1	Alltid 0
6	Hvor ofte kommer personalet inn til deg uten å banke på først?	Aldri 4	Sjelden 3	N.G 2	Ofte 1	Alltid 0
7	Hvor ofte reagerer personalet raskt på dine henvendelser?	Aldri 0	Sjelden 1	N.G 2	Ofte 3	Alltid 4
8	Hvor ofte respekterer personalet ønskene dine?	Aldri 0	Sjelden 1	N.G 2	Ofte 3	Alltid 4
9	Hvor ofte blir du involvert i egen pleie og behandling?	Aldri 0	Sjelden 1	N.G 2	Ofte 3	Alltid 4
10	Hvor ofte får du tid til å svare når personalet spør deg om noe?	Aldri 0	Sjelden 1	N.G 2	Ofte 3	Alltid 4
11	Hvor ofte bruker personalet et dominerende kroppsspråk? (f.eks: strå med hendene i siden, står over deg).	Aldri 4	Sjelden 3	N.G 2	Ofte 1	Alltid 0
12	Hvor ofte hjelper personalet deg uten at du har bedt om det?	Aldri 4	Sjelden 3	N.G 2	Ofte 1	Alltid 0
13	Hvor ofte forlanger personalet at du skal delta på aktiviteter?	Aldri 4	Sjelden 3	N.G 2	Ofte 1	Alltid 0
14	Hvor ofte snakker personalet til deg som om du var et barn?	Aldri 4	Sjelden 3	N.G 2	Ofte 1	Alltid 0
15	Hvor ofte opplever du at personalet har det så travelt, at du kvier deg for å be dem om hjelp?	Aldri 4	Sjelden 3	N.G 2	Ofte 1	Alltid 0
16	Hvor ofte opplever du at personalet uttrykker irritasjon når du ber om hjelp?	Aldri 4	Sjelden 3	N.G 2	Ofte 1	Alltid 0

De 2 siste spørsmålene er lagt til undersøkelsen i januar 2009

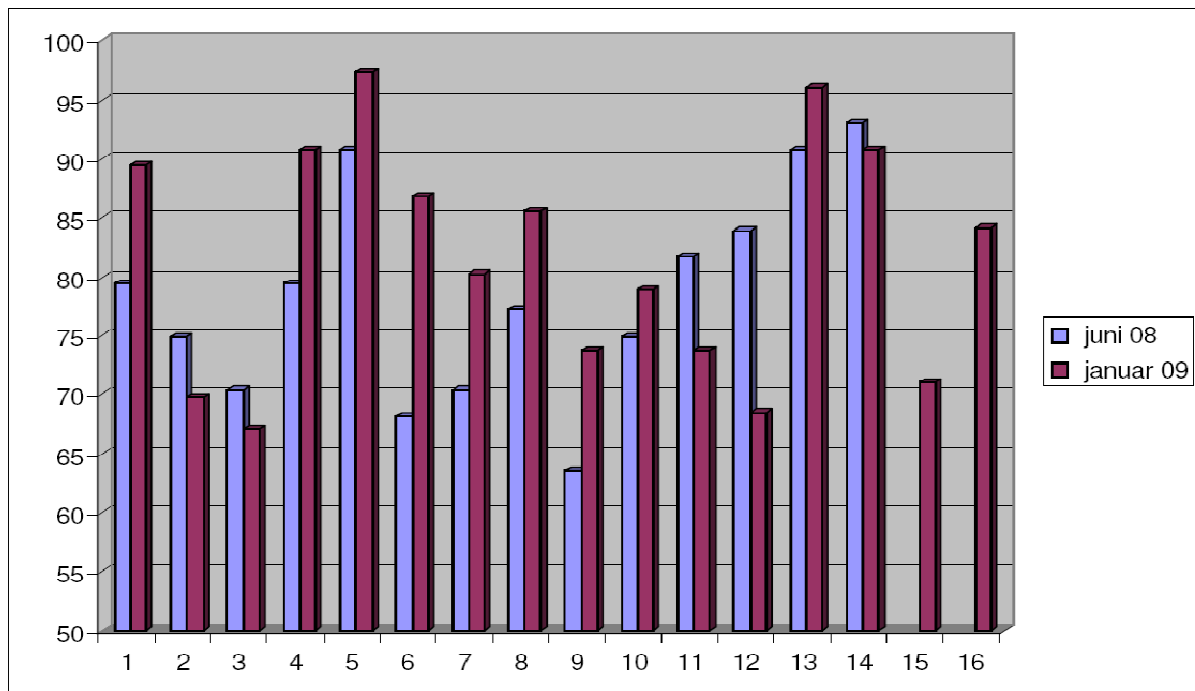
Personalundersøkelse 2008/2009

I dette spørreskjemaet skal du svare på spørsmål om pasientenes medvirkning på avdelingen der du jobber. Vennligst forsøk å svare så ærlig som mulig på spørsmålene basert på dine egne erfaringer. Merk at "pasientene" benyttes om både beboere og brukere. Svarene du gir vil bli behandlet konfidensielt, og vil derav ikke påvirke ditt arbeidsforhold under noen omstendighet. **Vennligst bruk 5.punkts-svarskalaen for å markere svaret ditt, slik:** Aldri Sjelden Noen ganger Ofte Alltid

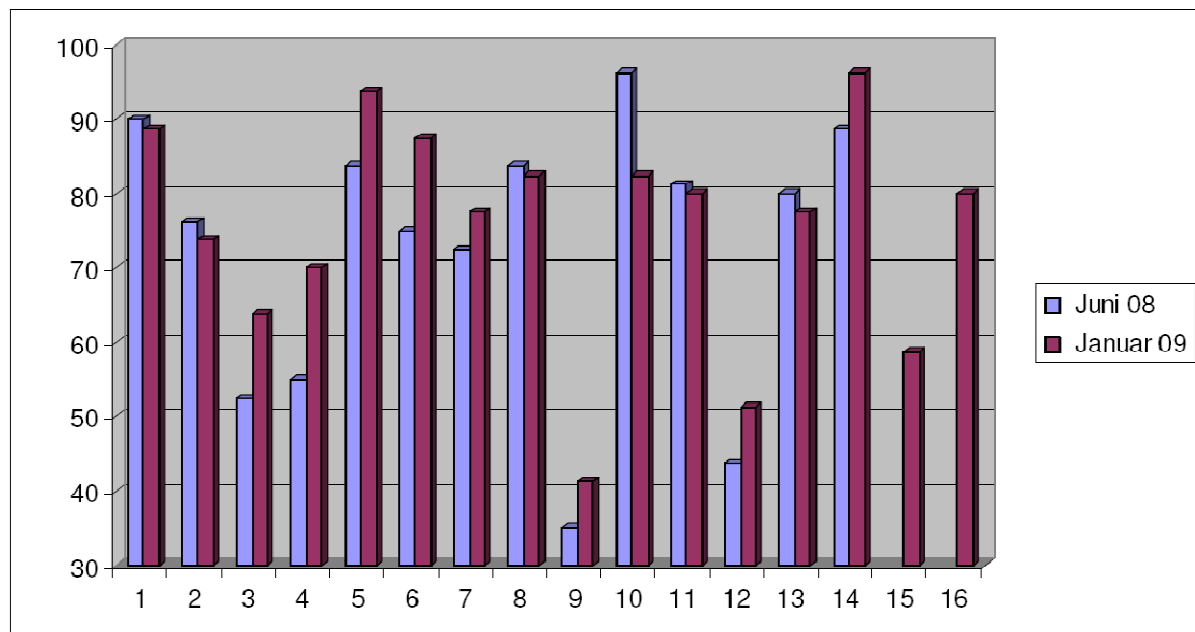
1	Hvor ofte sørger du for at pasientene har ringesnoren innen rekkevidde?	Aldri 0	Sjelden 1	N.G 2	Ofte 3	Alltid 4
2	Hvor ofte gir du pasientene oppmuntrende bemerkninger?	Aldri 0	Sjelden 1	N.G 2	Ofte 3	Alltid 4
3	Hvor ofte ber du pasientene om lov før du går i gang med stell?	Aldri 0	Sjelden 1	N.G 2	Ofte 3	Alltid 4
4	Hvor ofte forlanger du at pasientene skal spise eller drikke?	Aldri 4	Sjelden 3	N.G 2	Ofte 1	Alltid 0
5	Hvor ofte fjerner du mat og drikke før pasientene er ferdige?	Aldri 4	Sjelden 3	N.G 2	Ofte 1	Alltid 0
6	Hvor ofte går du inn til pasientene uten å banke på først?	Aldri 4	Sjelden 3	N.G 2	Ofte 1	Alltid 0
7	Hvor ofte reagerer du raskt på pasientenes henvendelser?	Aldri 0	Sjelden 1	N.G 2	Ofte 3	Alltid 4
8	Hvor ofte respekterer du pasientenes ønsker?	Aldri 0	Sjelden 1	N.G 2	Ofte 3	Alltid 4
9	Hvor ofte involverer du pasientene i utarbeidelse av pleieplanen?	Aldri 0	Sjelden 1	N.G 2	Ofte 3	Alltid 4
10	Hvor ofte gir du pasienten tid til å svare på dine spørsmål?	Aldri 0	Sjelden 1	N.G 2	Ofte 3	Alltid 4
11	Hvor ofte bruker du et dominerende kroppsspråk? (for eksempel: stå med hendene i siden, stå over pasientene).	Aldri 4	Sjelden 3	N.G 2	Ofte 1	Alltid 0
12	Hvor ofte hjelper du pasientene uten at de har bedt om det?	Aldri 4	Sjelden 3	N.G 2	Ofte 1	Alltid 0
13	Hvor ofte forlanger du av pasientene at de skal delta på aktiviteter?	Aldri 4	Sjelden 3	N.G 2	Ofte 1	Alltid 0
14	Hvor ofte snakker du til pasientene som om de var barn?	Aldri 4	Sjelden 3	N.G 2	Ofte 1	Alltid 0
15	Hvor ofte føler du at du har det så travelt at du må avvise beboere?	Aldri 4	Sjelden 3	N.G 2	Ofte 1	Alltid 0
16	Hvor ofte opplever du irritasjon når beboer ber om hjelp?	Aldri 4	Sjelden 3	N.G 2	Ofte 1	Alltid 0

De 2 siste spørsmålene ble lagt til i undersøkelsen i januar 2009

Resultat Beboer/bruker undersøkelsen



Resultat Personalundersøkelsen



2. Tjølling omsorgstjeneste i Larvik kommune



Mona Aurvoll, avdelingsleder
Elisabeth Sørensen, avdelingsleder
Wenche Sandmo, ass. avdelingsleder
Janne Sjølyst, ass. avdelingsleder
Turid Engen, fagkonsulent

Tjølling omsorgstjeneste består av to sykehjem – Rekkevik og Tjølling, og to hjemmesykepleiedistrikt, avdeling Gloppe og avdeling Vollen med til sammen ca 280 brukere. Rekkevik Sykehjem har en somatisk/geriatrik avdeling med 16 plasser og tilhører hjemmetjenesten avdeling Gloppe. Tjølling Sykehjem har en demensavdeling med 25 plasser og en somatisk/geriatrik avdeling med 16 plasser og tilhører hjemmetjenesten avdeling Vollen. Tjølling omsorgstjeneste har også en trygghetsavdeling, to eldresentre og en dagavdeling for demente og for brukere med økt behov for tilsyn eller som avlastning for pårørende.

Mål	Tiltak	Resultat
Pasient og pårørende skal oppleve å ha medvirkning ved korttidsopphold i sykehjem i Tjølling	Kvalitetssikre rutiner for pasient og pårørendes møte med sykehjemmet. Utarbeide faste rutiner for personalet rundt innkost. Utvikle system med primærkontakt/primærsykepleie. Øke fokus på samarbeid med pasient og pårørende.	Implementeringen av dette arbeidet er ganske omfattende og vi arbeider nå for å ta del for del. Spørreundersøkelser så langt viser at personalet har fått bedre rutiner å jobbe etter, mens ikke pasientene uttrykker så stor forskjell enda. Vi planlegger en ny spørreunde til høsten.

Forberedelse

Vi ønsket å delta i prosjektet for å sikre kvaliteten på tjenesten vi gir til våre brukere og for å øke brukermedvirkningen. Vi hadde en tid vært på søk etter verktøy som kunne hjelpe oss i dette arbeidet. Vi ser klart behov for å drive kontinuerlig forbedringsarbeid i avdelingene og for å styrke brukermedvirkningen. Dette arbeidet kan ikke hvile. Vi som ledere må hele tiden fokusere på innholdet i tjenesten og være pådrivere i dette arbeidet.

Før påmelding til prosjektet diskuterte vi opplegget med vår RE-leder Tove Akre. Hos henne fikk vi full støtte til å melde oss på, så prosjektet var forankret i toppledelsen fra første stund.

Vi ønsket at prosjektet skulle være for alle i Tjølling. Derfor er vi representert med avdelingsleder og ass. avdelingsleder fra begge sykehjemmene i Tjølling. Vi valgte også å ta med fagkonsulenten som bidrar med målinger og spredning av prosjektet.

Vi har hatt fast møtedag hver onsdag og har brukt den tiden som vi trengte. Arbeidsoppgavene er fordelt slik prosjektledelsen foreslo. Det har fungert flott, alle i gruppen har tatt ansvar for sine oppgaver.

Vi har ikke hatt med brukerepresentant i prosjektet, fordi det var vanskelig å få en person som sa seg villig til å delta. Vi tok da kontakt med Eldrerådet i Larvik Kommune som sa seg villig til å fungere som brukerrepresentant. De har vært informert underveis og vi har hatt prosjektfremlegg for rådet. Vi ser i etterkant at dette ikke var optimalt. Vi ville hatt større hjelp med å finne de kritiske punktene i brukermedvirkning ved å ha en brukerepresentant i gruppen.

Vi har presentert prosjektet for alle lederne i omsorgstjenesten i Larvik Kommune og det er stor interesse for den måten vi jobber på.

Kartlegge nåværende praksis

Målsettingen i prosjektet vårt er at *"pasient og pårørende skal oppleve å ha medvirkning i forhold til korttidsopphold på sykehjem i Tjølling"*.

For å kartlegge i hvilken grad pasienter og pårørende opplever medvirkning, bestemte vi oss for å gjennomføre et intervju med alle pasientene som ble innlagt i våre to institusjoner i løpet av en periode på tre uker. Vi intervjuet også like mange ansatte som pasienter om det samme. Vi stilte også spørsmål om hvordan de opplever at ansvaret for den enkelte pasient ble ivaretatt. Dette gjorde vi fordi vi mener at en veldefinert og velfungerende relasjon er en forutsetning for brukermedvirkning.

To av deltagerne i prosjektet utarbeidet et forslag til spørreskjema, som vi bearbeidet i arbeidsgruppa vår. Vi intervjuet pasientene som ikke var i den avdelingen vi selv jobbet, for at de som ble intervjuet i minst mulig grad skulle oppleve å kjenne den som foretok intervjuet og bli påvirket av dette. Fagkonsulenten intervjuet de ansatte.

Intervjuene viste at pasientene ikke ble spurt om hva som var viktig for hver enkelt av dem. De fikk informasjon og ble tatt godt imot, men ingen etterspurte hva de ønsket eller hvilke tanker de hadde om oppholdet. Pasientene ønsket å ha et godt forhold til alle pleierne og var ikke opptatt av hvem som hadde ansvaret. Noen var klar over hvem som hadde ansvaret for akkurat ham eller henne. Personalet hadde uklare og delte meninger om hvem som hadde ansvar for å sette seg godt inn i forholdene rundt hver enkelt pasient.

Dette er drøftet med personalet i ettertid og de ser at det må innarbeides klare rutiner om ansvarsfordeling. Det er stor enighet om at innføring av primærsykepleie er et godt styringsverktøy for personalet og større brukermedvirkning er viktig for pasientenes trivsel og kvalitet på den pleien som ytes.

Utføre endringer

Vi besluttet å utbedre og jobbe videre med innføring av primærsykepleiesystemet i avdelingene. Dette for å bedre oppfølgingen av hver enkelt pasient, og for å tydeliggjøre hvem som har ansvar for hva.

Vi hadde startet arbeidet med å innføre ordningen, men ikke definert tydelig nok hva primærsykepleiesystemet skal inneholde. Rutiner for hvilke oppgaver primærpleieren har ansvar for og tildeling av primærkontakt til alle pasientene, er eksempler på systematiseringen vi har foretatt for å innføre dette.

Vi satte opp en plan for når de ansatte skulle gjennomføre ulike oppgaver knyttet til primærkontaktsystemet. For eksempel dato for når alle pasienter og pårørende skal ha informasjon om hvem som er deres primærkontakt, og dato for gjennomføring av det første møtet mellom dem.

Videre har vi utarbeidet rutiner for informasjon, og hvilke praktiske oppgaver primærpleieren har ansvar for. Dette har blitt informert om i ulike møter i avdelingen. Personalet er aktivt involvert gjennom arbeidsgrupper og teamarbeid.

Både ansatte og pasienter har foreslått at vi bør lage en informasjonsbrosjyre til nye pasienter og pårørende. Vi har startet arbeidet med å lage denne, men dette har ligget litt på is mens vi har jobbet med innføringen av primærsykepleiesystemet. Det blir viktig å ta dette fram igjen og jobbe videre med. I dette arbeidet er det veldig viktig at vi sikrer brukermedvirkning, slik at brosjyren inneholder de opplysningene som pasienter og pårørende synes er viktig. Vi erfarer at det ofte er noe annet enn det vi ansatte ser for oss.

Nye målinger - forbedringer?

Siste uke i januar 09 gjennomførte vi en ny intervjurunde. Vi intervjuet like mange pasienter/pårørende og ansatte som ved første intervju. Spørsmålene var helt like i begge spørre rundene.

Resultatet fra disse intervjuene viser at ingen av pasientene opplever at det er en pleier som har et spesielt ansvar for hver enkelt. Det er fortsatt ingen som etterspør hva som er spesielt viktig for dem. Pasientene uttrykker også at de ikke er opptatt av å ha en pleier som følger dem spesielt opp. De ønsker å ha et godt forhold til alle pleierne. Vi må ta i betraktning at det er snakk om svært syke, gamle mennesker med flere diagnoser.

I møte med pårørende, kommer det fram at de ofte ønsker seg en fast kontaktperson. Men de ønsker også å kunne snakke med den pleieren som de tilfeldig treffer på korridoren. De er litt mer fornøyd i denne spørre runden.

De ansatte er derimot bevisst på hvem som har ansvar for hver enkelt i avdelingene. Dette er en stor endring fra første måling.

Veien videre

Vi har i prosjektgruppen besluttet å jobbe videre med dette prosjektet. Vi opplever ikke at vi er i mål, og vi ønsker derfor ikke å gå i gang med et nytt forbedringstema enda. Vi vil jobbe videre med ett og ett delmål, for å implementere forbedringene i avdelingene. For å dele opp arbeidet i mindre bolker, og for å kunne ta et og et skritt videre, har vi satt opp mer avgrensede temaer.

1. Lage velkomstbrosjyre sammen med pasienter og pårørende
2. Jobbe med hva som skal være primærkontaktens oppgaver
3. Innkomstsamtale – innhold og rutiner for gjennomføring og spørre om hva som er viktig for dem
4. Bruke det elektroniske dokumentasjonssystemet og rapportsystemet som et arbeidsredskap i primærkontaktsystemet. Jobbe med alle ansatte for at de skal lære seg å bruke dette.

Erfaringer

Det blir viktig å bringe våre erfaringer og konkret lærdom ut i hele organisasjonen vår. Det vi har utarbeidet, kan deles med mange. Og metoden vi har lært og jobbet etter, kan også læres videre, slik

at flere kan jobbe og drive kvalitetsforbeding på denne måten. Dette arbeidet har vi startet på, men vi kommer til å jobbe videre.

Effekten av prosjektet er i stor grad at vi er blitt mye mer bevisst på brukermedvirkning. Vi har innført et godt system for primærsykepleie, som vi kommer til å fortsette med og videreutvikle. Vi ser at dette er en god måte å organisere avdelingene på og for å tydeliggjøre avsvaret hos de ansatte. Vi må ta oss god tid i inntakssamtalen og spørre pasient og pårørende om hva som er viktig for akkurat dem.

Den aller viktigste lærdommen er nok imidlertid at vi i for liten grad har vært bevisst på å ha brukerne med inn i prosjektet. Vi klarte ikke å rekruttere en bruker som kunne være deltager i gruppa vår. Vi spurte de pårørende vi mente kunne være i stand til å delta i prosjektet, men det var ingen som var interessert i å være med. Pasientene våre er for syke til å delta i slikt arbeid.

Vi har underveis i prosjektet hatt nær kontakt med pårørende i avdelingene, men de har ikke opplevd noe eierforhold til prosjektet. Dette tar vi lærdom av, og kommer til å forbedre dette i videre kvalitetsarbeid i enheten vår. Vi har diskutert i gruppen forskjellige fremgangsmåter for å få innspill fra bruker/pårørende. Brukerkafé er en mulighet som vi vil prøve ut. Så må vi ta oss god tid og snakke med pasient og pårørende.

Vi jobber med å snu en kultur som har vart i veldig mange år og vil ta med oss ordene fra siste samling: "Du skal ikke være redd for nye ideer. Du skal være redd for de gamle. For de holder deg fast der du er og hindrer deg i å gå videre."

Mona Aurvoll: Mona.aurvoll@larvik.kommune.no

3. Bråset bo- og omsorgssenter IKS, Asker og Røyken kommune



(fra venstre)
Kjersti Røraas Iversen,
Jeanette Sannes,
Anne Lise Kielland og
Nina E. Silset

Bråset bo- og omsorgssenter IKS er et 17.000 kvm stort og moderne interkommunalt sykehjem, et selvstendig foretak som rapporterer til eget styre og representantskap. Bråset ligger i Røyken kommune, med Asker som nabokommune. Røyken kommune og Asker kommune eier 100 plasser hver. Bråset har tilnærmevis like mange korttidsplasser som langtidsplasser. Enhetene er inndelt i korttid, korttid demens, rehabilitering, lindring, psykiatri, langtid somatisk og langtid demens. Prosjektenheten, der *...med pasientens øyne...* pågår, er en langtidsenhet for somatisk syke pasienter. Enheten har to bogrupper, hver med 9 beboere. Personalet på de to bogruppene er i stor grad felles, med felles vaktrom og enhetsleder.

MÅL	TILTAK	RESULTAT
Mål 1 Oppnå bedre kommunikasjon mellom pasienter, personal og pårørende.	1. Felles pårørendemøte som tiltak for å bedre kontakten mellom sykehjem og pårørende. Det ble informert om prosjektet enheten var med i og tiltakene som var iverksatt/planlagt.	Godt oppmøte, både av pårørende og personal ved enheten. Pårørende ønsker at det skal gjennomføres slike møter hvert halvår heretter.
	2. Dialogbok på hvert pasientrom for pårørende, pasienter og ansatte.	Hos de pasientene som har besøk av pårørende regelmessig har bruken av dialogboken økt. Hos de pasientene som ikke har pårørende eller som sjelden får besøk brukes ikke dialogboken i noen særlig grad.
Mål 2 Gi pasienten en opplevelse av å ha innflytelse i eget liv.	1. Pasientene smører sin egen frokost og kveldsmat.	Pasientene bruker lenger tid ved måltidene og spiser bedre. Flere av pasientene har hatt positiv vekttoppgang.
	2. En individuell aktivitetsplan for alle 18 pasienter ved enheten. Alle aktiviteter som arrangeres og tilbys på hele huset står også oppført med dato, tid og sted.	Nå kan alle pårørende og pasientene selv følge med på hva som skjer i en hel mnd av gangen. Videre kan personalet, pasientene selv og pårørende føre på avtaler og planer som blir gjort. Dette gir muligheten til planlegging både for pasientene selv og for deres pårørende.

Forberede

Tidligere brukerundersøkelser viste at på tross av institusjonens ønske om stor grad av brukermedvirkning, var ikke pasienter og pårørende tilfredse med dette. Det ble søkt om deltakelse i prosjektet for å arbeide mer metodisk med å øke brukermedvirkning.

Prosjektet var forankret i ledelsen, ved daglig leder og fagleder. Brukerrådet og ledergruppen ved Bråset besluttet at dette var noe de ønsket å prioritere og midler ble avsatt til dette formålet.

Prosjektgruppen ble etablert med 5 deltakere fra ulike enheter på Bråset. Intensjonen med dette var å forankre deltakelsen bredt på sykehjemmet, slik at det i ettertid ville bli lettere å spre erfaringene fra prosjektarbeidet. Etter hvert i prosjektet ble det tydelig et behov for en bredere forankring i enheten som skulle gjennomføre de faktiske endringene. Det var også uheldig at en sykepleier som ledet en annen enhet på Bråset var prosjektleder. Det positive var at en representant fra brukerrådet deltok som likeverdig medlem av teamet og at gruppen var tverrfaglig sammensatt.

I løpet av de første månedene ble flere store organisasjonsmessige forhold i ledergruppen endret, noe som hadde stor påvirkning på prosjektarbeidet. I løpet av prosjektet ble både daglig leder og fagleder byttet ut, og etter en lengre overgangsperiode var de nye var på plass først i desember 2008 og januar 2009. I slutten av november 2008 var alle de opprinnelige deltakerne i gruppen sluttet. Fagleder opprettet da en ny prosjektgruppe med 3 nye medlemmer, og de to som hadde kommet til gruppen underveis og som fortsatt var med. Det er disse som har ført prosjektet videre på Bråset, med unntak av ett av de nye medlemmene som ble sykemeldt kort tid etter at hun kom med i prosjektet.

Planlegge og utføre

Målet for prosjektet var

Mål 1. Oppnå bedre kommunikasjon mellom pasienter, personal og pårørende.

Mål 2. Gi pasienten en opplevelse av å ha innflytelse i eget liv.

Intensjonen var å tallfeste forbedringen, men det ble ikke utviklet egnet måleverktøy og heller ikke gjennomført en baseline måling. Dermed lot dette seg ikke gjøre og dette var en betydelig svakhet ved prosjektet.

Det har vært gjennomført en spørreundersøkelse av pasienter, pårørende og personal. Spørreskjema hadde 15 spørsmål, innen områdene mat og drikke, daglig pleie, aktiviteter og opplevelse av hverdagene. De skulle krysse av på en skala fra 1 til 10. Følgebrev fulgte spørreskjemaet, slik at de i ettertid kunne minnes om hva de hadde vært med på å bli spurt om og hvorfor. Oppsett og spørsmål var tilnærmelsesvis like for spørreskjema til pårørende og personal, som til pasientene, bare formulert slik at vinklingen ble riktig. For eksempel på spørsmål til beboeren: i hvilken grad opplever du å bli møtt med respekt? Ble til pårørende formulert slik: i hvilken grad opplever du at din pårørende blir møtt med respekt? Og videre ble spørsmål til personalet på dette punktet formulert slik: I hvilken grad opplever du at du møter pasientene med respekt?

Det var to i prosjektgruppen som foretok spørreundersøkelsen av pasientene. Personalet fikk utdelt spørreskjema på et personalmøte, samt følgebrev med informasjon, og fylte ut og leverte på egenhånd. Brukerrepresentanten i prosjektgruppen var den som tok ansvar for spørreundersøkelsen blant pårørende.

Intervju med pasienter og pårørende viste seg også å være til liten nytte i den formen vi gjorde det, da resultatene av disse ble altfor bra. I følge disse resultatene opplevde både pasienter og pårørende at brukervedvirkningen på enheten var stor og overlot liten mulighet til forbedringer. Prosjektgruppen var temmelig sikker på at ikke medførte riktighet. Dette fordi undersøkelsene ble gjort over flere dager, og ga varierende svar fra dag til dag fra pasientene, det ble tatt stikkprøve. Et

annet viktig moment var at pasientgruppen hadde endret seg i løpet av prosjektperioden, fra å kunne svare adekvat hadde mange i pasientgruppen begynt å glemme mer og forståelsen av enkelte spørsmål var liten. Noe som førte til ledende spørsmål for å oppnå svar. For pårørendes del kan det være at de ikke ønsker å være negative hvis de opplever at mor eller far har det bra og virker fornøyde, samtidig som de selv opplever personalet som imøtekomende. Følgende tiltak ble iversatt:

Et felles pårørendemøte for å bedre kontakten mellom sykehjem og pårørende ble gjennomført i november. Her ble pårørende informert om prosjektet, og oppmerksomhet ble også rettet på dialogboken (se neste punkt). Møtet ble ledet av enhetsleder for enheten, men det var rom for at alle kunne komme med innspill og ytringer, både pårørende og de av pasientene som hadde ønsket å delta på møtet. Det var godt oppmøte både av pårørende og av personalet.

Dialogbok på hvert pasientrom som kommunikasjonsverktøy. Dialogboken har vært til stede på enheten i noen år, men var lite brukt. Vi jobbet med å motivere personalet på personalmøter, morgenmøter og lunsjmøter fra desember. Pårørende ble informert og motivert på egne møter. Det ble også tatt opp som tema mellom personal, pårørende og pasient når nye flyttet inn på enheten. Ved informasjon og motivering til bruk av dialogbok var fokuset satt til effekten av dennes bruk; kontakten vi kan oppnå i avdeling mellom pasient, pårørende og personal i form av en slik kommunikasjon.

Pasientene smører sin egen frokost og kveldsmat. Dette ble innført tidlig på høsten. Da innføringen av dette tiltaket ble gjort slik at personalet ikke lot til å "eie" det, og at det likevel var personalet som skulle gjennomføre det, knyttet en viss spenning til dette tiltaket. Det var derfor gledelig å se at det ble gjennomført, selv om det bare lyktes helt på den ene bogrupper, og har i løpet av noen få måneder blitt fast rutine på enheten.

En individuell aktivitetsplan for alle 18 pasienter. Denne kom på plass i slutten av desember. Kalenderen, som er i A3 format, kommer med en hel del informasjon allerede påført; alle aktiviteter som arrangeres og tilbys på hele huset og dato, tid og sted. Alle pårørende og pasienter kan nå følge med på hva som skjer i en hel måned av gangen. Videre kan personalet, pasientene selv og pårørende føre på avtaler og planer som blir gjort. Dette gir muligheten til planlegging både for pasientene selv og for deres pårørende.

Kontrollere

Prosjektet pågår fremdeles når denne rapporten skrives, og de endelige resultatene fra prosjektet vil derfor la vente på seg. Imidlertid kan vi gi noen indikasjoner på hvilke virkning prosjektarbeidet har hatt så langt.

Det vi har erfart nå er at vi må ty til andre målinger for å kontrollere virkningene av endringer av praksis. Det vil vi gjøre ved implementering av de samme tiltakene ved de andre langtidsenhetene på Bråset.

I forhold til pårørendemøtene, ser vi at det tar tid å oppnå kontakt og tillit i fht pårørendegruppen. Pasientene inviteres også på møtene, og de og deres pårørende oppfordres til å komme med innspill. Noen av pasientene deltar lite, men ser likevel ut til å ha glede av å være med på møtene. Vi ser at ved nye spørreunder med mer konkrete spørsmål rettet mot de forbedringsområdene vi har fokus på, vil gi oss mulighet for å kontrollere endringer.

I forhold til dialogboken, så kan det kontrolleres spesifikt om boken brukes eller ikke, og evt hvor mye. Det er noe ulikt hvordan boken brukes. Pårørende bør oppmuntres til å skrive i boken hva de har gjort sammen med pasienten, slik at personalet kan lese det og ha mulighet til å initiere en samtale rundt besøket senere. Videre bør det poengteres at dialogboken er en god måte å holde en kommunikasjon gående med primærkontakten til pasienten, et sted man kan stille spørsmål og få (svar av ikke-sensitiv art).

I forhold til at pasientene smører sin egen frokost, kan vi uttale oss kun på observasjoner og antakelser. Vi har fått hyggelige tilbakemeldinger om at pasientene ser ut til å gå opp i vekt som resultat av at de smurte sin egen frokost og kveldsmat. Vi hadde regnet med at pasientene ville oppleve en sosial forbedring, i tillegg til en opplevelse av å i større grad styre valg av pålegg osv, og dermed ha større innflytelse på eget liv. Vi hadde ikke forutsett den positive effekten at flere av pasientene så ut til å legge på seg, som følge av dette tiltaket. Dette var veldig artig, da det er allment kjent at underernæring er et betydelig problem for eldre mennesker på institusjon.

Ved implementering av tiltakene i de andre langtidsenhetene kommer vi derfor til å måle:

- Pasientenes vekt
- Økt matforbruk

I tillegg vil vi i intervju stille spørsmål helt spesifikt på dette punktet med brødmåltidene. Vi skal da spørre konkret om de trives med endringene som har blitt gjort. Om de foretrekker det slik det er endret til, eller om de foretrekker det slik det var før endringen.

I forhold til de individuelle aktivitetsplanene, kan man over tid kontrollere de 18 aktivitetsplanene, se hvor mange avtaler og kommentarer som er påført hver mnd hos de 18 pasientene. Dette lar seg enkelt gjennomføre.

Det er ennå for tidlig å svare konkret på at vi har oppnådd de målene det ble satt for prosjektet. Men vi har tro på at nye spørreundersøkelser litt frem i tid vil vise at vi har kommet et godt stykke på vei, om ikke vi allerede har klart å oppnå de overordnede målene om å forbedre kommunikasjonen mellom pasienter, pårørende og personale, og å gi pasientene opplevelse av større innflytelse på eget liv.

Standardisere og følge opp

De ansattes holdninger har stor betydning når det gjelder dette forbedringsarbeidet, og standardiseringen av tiltakene. Dette har nær tilknytning til om de har nok informasjon og opplæring, samt om de ser nytteverdien i form av enten lettere arbeidssituasjon eller positive forandringer for pasientene.

Proessen har lært oss viktigheten av å involvere personalet fra første stund, de må være med på å tenke kreativt og oppleve å være med på alle beslutninger som involverer dem. Motivasjonen deres øker der de føler seg verdsatt og anerkjent i forhold til de endringene de er med på å implementere. Håpet er at forbedringsprosesser dermed kan bli en naturlig del av det daglige arbeidet i enheten.

Også Fagleder skal engasjeres for å sikre at forbedringsarbeidet blir integrert i det daglige arbeidet, og for å oppnå videreføring og spredning. Hver enhet på Bråset har en fagsykepleier, disse har hver måned 2 faste møter med fagleder og legene på Bråset. Dette blir et viktig fora for videreføring av forbedringsarbeid og spredning til de andre enhetene. Fagleders rolle her er sentral og hun er positiv

til dette arbeidet. Det blir da de enkelte fagsykepleiernes ansvar å sikre at hele personalgruppen på deres enhet får nok informasjon og opplever tilstrekkelig medvirkning i forbedringsarbeidet.

Toppledelsen er også i ferd med å også engasjeres i prosjektet. Dette sikrer forståelse for at forbedringsarbeidet implementeres i handlingsplaner for de gjeldende enhetene, samt fører til at resultater etterspørres, som vil bidra til å holde fokus på forbedringsarbeid.

Prosjektgruppen ser det som helt realistisk å tro at vi skal kunne spre forbedringstiltakene til de andre langtidsenhetene, med noen tilpasninger til de enkelte pasientgruppene.

Bråset har nylig foretatt en omorganisering i forhold til enhetslederansvar. Det er fra 20.04.2009 én leder for de 3 langtids demensenhetene og én leder for de 2 langtids somatiske enhetene. Dette for at disse enhetslederne skal ha mulighet til å holde fokus kun på langtid (og tilsvarende for de andre enhetslederne som da får oppgaven å holde fokus på korttid). Målet med dette er at langtidsenhetene, som lenge har opplevd å trekke det korteste strået i forhold til korttidsenhetene med tanke på enhetslederens ressurser, får et løft. I så måte er dette en ypperlig anledning å foreta implementering av forbedringsarbeide på disse 5 langtidsenhetene. Vi ser for oss å begynne spredning og implementering fra høsten 2009, når enhetslederbyttene er tilvendt og sommerferien er tilbakelagt.

Noen av langtidsenhetene har allerede rutiner på plass og vil ikke trenge like mange tiltak som den opprinnelige prosjektenheten. Vi ser for oss at det blir lettere å implementere tiltakene på somatisk langtid, enn på demens langtid. Ved demens må vi i stor grad støtte oss på pårørende og la pårørende fungere som talerør for pasientene. Men selv om tiltakene kan være noe annerledes, så vil de overordnede målene være de samme. Prosjektet skal leve videre!

For å sikre at forbedringsarbeidet blir ivaretatt vil brukerundersøkelsen heretter ha konkrete spørsmål relatert til tiltakene vi har iverksatt. Brukerundersøkelsen har tidligere ikke omfavnet demensenhetene, men teamleder vil jobbe for at det fra i år utarbeides en brukerundersøkelse også for disse enhetene, rettet mot pårørende.

Læring

Vi har gjort oss mange tanker rundt hvor viktig det er å sette sammen en prosjektgruppe med medlemmer som kan utfylle hverandre og dra hverandre i riktig retning. Det er lett å miste fokuset og motivasjonen i en hektisk hverdag. Gruppen bør også ha rotfeste i den enheten som skal bearbeides. Ideelt sett burde enhetsleder for prosjektenheten vært med fra første dag. Videre burde fagsykepleier ved enheten og minst en av pleiepersonalet fra enheten vært med.

Forankring i organisasjonens ledelse er avgjørende for å gi rom og forståelse for at forbedringsarbeid krever tid og ressurser. Fagleders og topplers engasjement hadde nok vært godt å ha med seg mer permanent enn det har latt seg gjøre i vårt tilfelle. Prosjektgruppen klandrer ingen for at det ble som det ble, omstendighetene ble bare slik denne gangen. Men neste gang, da vet vi hvordan vi skal gjøre dette!

Det viktigste vi har lært er hvor essensielt tilnærmingen til personalgruppen har vært, for å få dem til å eie prosjektet.

Det vanskeligste har vært å overta et prosjekt så langt ut i prosessen, uten å helt se sporene de andre har gått opp. Å kjenne tilhørighet og identifisere seg med et arbeid som du har vært fremmed for inntil du en dag plutselig skal eie det.

Betydningen av dette prosjektet har vært stort for prosjektgruppen. Vi føler at vi har lært svært mye. Nå føler vi at vi endelig er vi klare for å drive et prosjekt frem! For ledelsen har prosjektet dessverre druknet litt i turbulente omstendigheter det siste året. For personalgruppen på prosjektenheten har betydningen av prosjektet kommet etter hvert, til tross for at de var noe avventende til å begynne med. For brukerne har vi håp om at arbeidet vårt vil bære frukter i lang tid fremover, men pr i dag er det noe tidlig å komme med bastante konklusjoner.

Alt i alt har det vært spennende å jobbe med Gjennombruddsmetoden. Vi har neppe fått det fulle utbyttet av metoden, da vår innsats bare har foregått i 2 mnd og ting har måttet skje veldig raskt. Men metoden er effektiv og driver frem resultater og prosesser for alle som er engasjert.

Anne Lise Kielland al.kielland@c2i.net

5. Rokilde sykehjem i Kristiansund kommune

- Vi har tatt ned månen!

På bildet illustrerer vi den kulturen vi ønsker å utvikle.



Inger Lise Lervik, prosjektleder / sykepleier 1
Gudrun Mokkelbost, representant for pårørende
Kirsti Flø, sykepleier / sekretær
Berit Fredriksen, sykepleier, måleansvarlig
Magnhild Aasprong, hjelpepleier
Nora Olsen, fagutviklingssykepleier

Rokilde sykehjem i Kristiansund er Møre og Romsdal sitt undervisningssykehjem. Vi har fire avdelinger med til sammen 70 pasienter fordelt på 4 avdelinger med 16 – 19 pasienter. I tillegg er det en skjermet enhet og en avdeling med integrert lindrende enhet for pasienter med behov for avansert symptomlindring. Sykehjemmet har 64 årsverk fordelt på om lag 100 ansatte.

Forberedelse, ut av komfortsonen

Rokilde sykehjem har som undervisningssykehjem, og i prosjektperioden for å bli undervisningssykehjem -arbeidet med mange store og tidkrevende prosjekt og utviklingsarbeid. Felles for disse prosjektene er at de har involvert relativt få ansatte, og at pasienter og pårørende har hatt en mer perifer rolle i selve prosessen. I tillegg har vi hatt lite kunnskap om det å fastholde endringer. Mange utviklingsprosjekt har hatt kort levetid på grunn av manglende oppmerksomhet på det å vedlikeholde og videreutvikle de endringer som har blitt gjennomført. Bakgrunnen for å søke kan oppsummeres i et erkjent behov for

- å lære metoder for kontinuerlig kvalitetsforbedring
- å lære metoder for fastholdelse av praksis
- å få kunnskap om arbeidsmetoder som involverer og ansvarliggjør *hele* personalgruppen
- å utarbeide en strategi for aktiv brukermedvirkning -og innflytelse i arbeidet med å utvikle bedre tjenester

Teamet er satt sammen av sykepleiere og hjelpepleiere fra ulike avdelinger og med ulik kompetanse og erfaringsbakgrunn. Teamet har hatt med brukerrepresentant helt fra oppstart. Det å ha med leder har vært en utfordring. Sykehjemmet har en administrativ leder enhetslederen, og det daglige personal- og fagansvaret for avdelingene ligger hos Sykepleier 1 på hver av de fire avdelingene. For å unngå forskjellsbehandling av Sykepleier 1'ene ble det derfor valgt å ikke ha med noen av disse i selve teamet, men å heller involvere lederteamet på andre måter.

I forberedelsesfasen brukte vi mye tid på å reflektere over vår forståelse for begrepet *endring*, og vi ble bevisstgjort på at virkelig endring krever både nytenkning og mot. For å skape forandring måtte vi i fellesskap komme ut av den trygge komfortsonen – hvor alt er trygt og forutsigbart. Vi valgte derfor å gjennomføre en liten maraton i modighetsøvelser, og leide inn en regissør for å hjelpe oss i prosessen. Det noe forslitte begrepet "kick-off" ble brukt, men er ikke dekkende for det vi ønsket å

oppnå. Intensjonen var altså ikke at dette bare skulle være et avspark for å markere en ny start. Det var like mye en kroppslig bevisstgjøring på hva det vil si å bevege seg ut av komfortsonen. Samtidig var dette med tillitt, respekt og "pålogget" tilstedeværelse sentrale tema på disse to dagene. Hele personalgruppen deltok, og til tross for mange grensesprengende og utfordrende oppgaver droppet ingen ut.

Planlegging

I arbeidet med å kartlegge områder for forbedrings- og utviklingsarbeid har vi involvert ledere, ansatte og pårørende. Alle har blitt invitert til å delta på ulike arbeidsmøter og i gruppearbeid. Vi har brukt appreciative inquiry (anerkjennende intervju) som metode i prosessen. Ved kartleggingen fant vi flere områder for forbedringsarbeid, og vi prioriterte i starten områder som kunne forventes å gi rask forbedring.

En pussig erfaring var de endringene som skjedde "av seg selv". Ved en avdeling var det enighet både blant personalet og blant pårørende om at pasientene var for mye alene. Da vi gjennomførte nytt møte med pårørende for å diskutere temaet, og hva som skulle til for å bli bedre, mente samtlige at det hadde skjedd store forandringer allerede. Når det gjaldt tilstedeværelse ønsket vi å finne tidspunkt på døgnet hvor personalet var mest fraværende, og tenkte å starte med å sikre disse tidspunktene først. Våre antakelser var at pasientene på fellesrom ble værende alene under pauseavvikling, rapporter og i vaktskiftene. Men avdelingen hadde altså på egenhånd klart å organisere seg slik at det alltid var synlig personell til stede på fellesrom. Denne undersøkelseeffekten har vist seg også på andre områder. Pårørende ved en avdeling spurte på et av våre møter om "arbeider personalet ved vår avdeling også med respekt i holdninger og handlinger?" Dette samme skjedde med måltidene, det å få en bevissthet gjorde at personalet nå så kjente situasjoner med nye øyne, hvilket medførte spontan forbedring.

Utføre

Hver avdeling har skrevet endringslogg, og fått skriftliggjort nye arbeidsmetoder og rutiner. I tillegg har hver av lederne og teammedlemmene sørget for å løfte fram diskusjoner og skapt engasjement rundt de aktuelle teamene.

Teamet har fulgt oppfordringen fra GRUK om å bruke flere ulike målemetoder. Det har også vært nødvendig for å gi adekvat informasjon. Vi har brukt både kvalitative og kvantitative metoder, og kombinasjon av metoder. For å kartlegge forhold i forbindelse med måltid brukte teamet et spørreskjema som ligner det skjemaet som brukes for å registrere smerter hos kreftpasienter. Svaralternativene var på en skala fra 1-10. Et av spørsmålene var for eksempel: "Opplevde du trivsel under måltidet?" Rollespill og observasjon har vist seg å ha stor nytteverdi i noen tilfeller, mens på andre områder har vi brukt ordinære spørreskjema. Etter inspirasjon fra et av de andre teamene i prosjektet, gjennomførte vår brukerrepresentant samtaler med pårørende, og avdekket på den måten forhold som ikke har blitt synliggjort tidligere.

Gudrunsaken

Pasientene som får vedtak om langtidsplass, blir værende på korttidsrom med langtidsvedtak. Han eller hun får sine lovpålagte tjenester, men vet ikke hvor hjemmeadressen blir til slutt. Ventetiden kan for noen bli lang, mange venter i et halvt år, og noen også enda lengre. Pasient og pårørende blir i denne tiden kjent med personalet, med andre pårørende og medpasienter. Relasjoner etableres og tillit skapes. Noen ønsker å vente med å møblere rommet, siden de allikevel skal flytte. Og for mange

er det viktig å ha kjente og kjære ting rundt seg, både for å bekrefte egen identitet – og for å skape trivsel. Når det så blir ledig rom en eller annen plass, skal flyttingen skje raskt for å gi plass til nestemann. Som oftest innen 1 døgn. I tillegg til belastningen mange opplever med lang ventetid, opplever flere at selve flyttingen er like opprivende. De får liten tid til å forberede seg selv og pasienten, og får noen ganger knapt anledning til å delta i prosessen.



Da vår brukerrepresentant Gudrun (bildet) fortalte om sin opplevelse knyttet til både ventetid og flytting, var det påminnelse om at en virkelighet vi kjente til, men som vi i startfasen ikke så noen løsning på. Vi var skjønt enige om at dette var svært kritikkverdig, men at det var en del av "systemet", og dermed utenfor vårt mandat. Heldigvis fikk vi nye tanker. På et av prosjektets læringsseminar høsten 2008, fikk teamene en kreativ oppgave som skulle hjelpe oss med å bryte gamle tenkemønstre. Vi er ikke helt sikre på hva som skjedde, men i alle fall ble det der og da klart for oss at vi faktisk både hadde muligheter og en forpliktelse til å gå videre med problematikken. Det ble i alle fall tydelig at "systemet" er "vi" og at "vi" har ansvar for det som skjer. Teamets brukerrepresentant har nå gjennomført flere samtaler med pårørende som har opplevd lignende situasjoner, og dermed gitt teamet bred kunnskap om de opplevelsene denne praksisen har gitt. Et viktig tilleggsfunn i var at mange pårørende fra før hadde en svekket tillit til hjelpeapparatet. Flere hadde vært gjennom mange runder for å få nok hjelp og bistand, og for å bli hørt og sett. Det at situasjonen ikke blir avklart med tildeling av langtidsplass, oppleves derfor som en tilleggsbyrde. Teamet hadde ikke vært så oppmerksom på denne sammenhengen før samtalene ble gjennomført. Denne saken ble for vårt team et gjennombrudd i måten å se på egne muligheter for å skape endring.

Måle og analysere data i forhold til mål

Våre mål var å skape bevisstgjøring og kunnskap om brukermedvirkning og pasientorientert omsorg, samt å etablere praksis for kontinuerlig forbedringsarbeid, hvor ansatte opplever å ha reell innflytelse og påvirkning. Som ved målinger i forbindelse med kartleggingen, har vi kontrollert endringer på forskjellige måter. Når det gjelder tid til refleksjon, foretok vi ganske enkelt en ny spørreundersøkelse som bekreftet at "endringen var en forbedring". Vi har brukt ulike metoder for å analysere data, alt etter hvilke metoder som har vært benyttet i kartlegging og til kontroll. Vår brukerrepresentant har skrevet ned sammendrag etter samtaler med andre pårørende. Historiene har blitt gjennomgått i fellesskap i temaet, og vi har på denne måten fått et felles bilde av de ulike opplevelsene. Andre undersøkelser har vært enklere å tolke, spesielt der vi har brukt spørreskjema. Refleksjonsnotat fra rollespill og observasjon har blitt diskutert med og i avdelingene, slik at mulige misforståelser og feiltolkninger til en viss grad har blitt eliminert bort. Funn fra spørsmål til pasienter i forbindelse med måltid, har blitt gjennomgått, og analysert for å utrede årsaken til de ulike utslagene. Som et eksempel: Hvorfor er plutselig flere misfornøyde med det som skjedde torsdag kveld - mens de var tilfredse på fredag? Avdelingene har skrevet endringslogg, og i tillegg hatt arbeidsgrupper som har arbeidet med å få endringene nedfelt og kjent i avdelingene. Det arbeides videre med standardisering av endringer i ledergruppen, ved at utviklings- og standardiseringsarbeidet nedfelles i virksomhets- og tiltaksplaner. En viktig forutsetning for videreføring er at endringene blir evaluert med jevne mellomrom. Vi ser også nå at det er større oppmerksomhet på at avdelingene lærer av hverandre, og på hvilke forutsetninger som er tilstede for å lykkes.

Spredning og videreføring

Rokilde sykehjem er som undervisningssykehjem forpliktet til å arbeide med forskning og fagutvikling. Med ny kunnskap om metoder og prosesser er organisasjonen nå i stand til å arbeide systematisk med brukermedvirkning og kvalitetsforbedring. På et av områdene som ble belyst i prosjektperioden går nå Rokilde USH inn i et prosjektsamarbeid med Høgskolen i Molde for å forske videre rundt problemstillinger knyttet til overføring mellom institusjonsplasser. Teamet har allerede, og på flere områder startet med spredning. I starten sørget vi for både skriftlig og muntlig informasjon i egen organisasjon. I tillegg til informasjonshefter har framdriften blitt presentert i sykehjemmets interne nyhetsbrev "Rokilden" og i nyhetsbrevet for Kristiansund kommune. I mai 2009 vil Rokilde USH i samarbeid med GRUK gjennomføre kursdager i forbedringsarbeid for sykehjemsnettverkene i Møre og Romsdal Fylke. Rokilde USH er forpliktet til å arbeide med erfaringsspredning, og har et tett samarbeid med helseavdelingen i Møre og Romsdal Fylke, som både gir faglig og finansiell støtte til erfaringsformidling. Prosjektet er presentert i alle de nettverk sykehjemmet deltar i. Sykehjemsnettverk Kristiansund, sykehjemsnettverkene i fylket som består av deltakere fra 27 kommuner, og nettverk for undervisningssykehjemmene i Midt-Norge. Det har vært avdelingsvise møter med alle pårørende. De savnet også det å bli kalt inn til formelle møter, og det å få oppdatert informasjon. Det undersøkelsen viser er at det er behov for faste møter mellom avdelingene og pårørende. I begynnelsen av februar – 09 gjennomførte teamet et fellesmøte med pårørende fra alle avdelingene. Vi informerte om forbedringsarbeid og om endringer. I tillegg til konstruktive tilbakemeldinger fikk vi etablert en pårørendegruppe. Prosjektet har ført til aktiv medvirkning for pasient og pårørende i alle ledd i organisasjonen, fra individnivå til systemnivå. Brukerrådet har hatt nå hatt oppstartmøte hvor også representant fra kommunens administrasjon var til stede. Brukerrådet består av 3-5 pårørende, ledergruppen og annet aktuelt fagpersonell. Vi har valgt å ta med deltakere fra teamet 'med pasientens øyne'. Brukerrådet har allerede vært med i beslutningsprosesser vedrørende fagprosedyrer for samarbeid med pårørende. Avdelingene foretar dessuten nå en kartlegging av tilstedeværelse av pleiepersonell hos pasienter etter initiativ fra brukerrådet. En av de pårørende er leder for brukerrådet. Kommuneledelsen har tatt til orde for en felles kommunal strategi for brukermedvirkning, og at lignende brukerråd skal opprettes også på de andre enhetene. Teamene fikk på det siste læringsseminaret spørsmål om hvilke fem som kunne egne seg til overskrift for våre erfaringer. Etter en kort muntlig drodleri utbrød teamets sekretær Kirsti: "Vi har tatt ned månen!" I denne lille setningen ligger det et bilde på en grensesprengende erfaring, en muliggjort umulighet og visshet om at vi har blitt endret for livet.

Inger-Lise Lervik, In-ler@online.no

6. Omsorgsboliger i Nedre Eiker kommune



Deltakere: Gunn Randi Dalen Iversen, prosjektleder og sykepleier,
Liv Torild Mytting, ergoterapeut og måleansvarlig,
Iren Solberg, sekretær og sykepleier,
Anne Sofie R. Andersen, leder og sykepleier og
Marit Fjerdingsstad, brukerrepresentant.

Liv Torild og Marit er ikke til stede på bildet.

Omsorgsboligene på Bråta i Nedre Eiker ble åpnet i 2005 og er bygd i tilknytning til Bråta boog aktivitetssenter. Prosjektet har tatt utgangspunkt i Bråtaveien 4 og 6 som er 2 omsorgsboliger, hver på 8 leiligheter med direkte adkomst til fellesarealer. Beboerne bor i selveierboliger med innskudd og månedlige husleie, heldøgnsbemanning og en god faglig dekning. Felles bespisning og kostnader til mat dekkes av den enkelte. De ansatte er definert som hjemmetjeneste og hjelpen beboerne mottar er etter enkeltvedtak. Tjenestekontoret i kommunen vurderer behov for hjemmetjenester etter søknad, meldinger eller henvendelser.

Mål	Tiltak	Resultat
Utføre endringer som gir bedre kvalitet på tjenestene sett med beboernes og pårørendes øyne. Alle beboere og deres pårørende skal oppleve å ha en primærkontakt som kjenner beboeren.	Virksomhetsleder og ansatte skal samarbeide om å få på plass primærkontakter til alle beboere. Ansatte skal kontakte de pårørende for å avtale tid for møte. Journalføre at de har hatt kontakt og planlagt møte.	Alle har fått sin primærkontakt. Informasjon ble gitt skriftlig Tiltak i virksomhetens planer
Få kunnskap om hvordan det oppleves å bo i den type boliger. Ansatte skal bli kjent med den enkelte brukers ønsker og behov.	Fokusgruppeintervju er gjennomført både i omsorgsboliger og institusjon.	Brukere og pårørende ga tydelige tilbakemeldinger på forbedringstiltak
Se muligheter for endring i forhold til bestiller/utførermodellen Pårørende skal oppleve at de får informasjon om tjenestene	Målet er implementert i arbeidet med ny organisering i etaten Samarbeidsmøte mellom bestiller/utfører	Planlagt samarbeid ved evaluering av tjenestene til enkeltbrukere.
Kunne stå i endringsarbeidet; starte, være i og avslutte prosessen. Kunne måle om tiltakene har gitt resultater og om målene er nådd.	Nytt fokusgruppeintervju høsten 2009 med brukere, pårørende og ansatte. Ha resultat klart til spredningskonferansen i november.	Bevisstgjøring på brukeropplevd kvalitet på tjenestene i enkeltsaker og i planlegging og strategier jf kvalitetsforbedring og internkontroll.

Forberedelse

Nedre Eiker kommune gjennomførte en brukerundersøkelse i 2007. Da vi var så heldige å bli med i "Med pasientens øyne", valgte vi å ta utgangspunkt i brukerundersøkelsen og å fordype oss i

resultatene. De viste at brukerne ga et lavt skår når det gjaldt tilgjengelighet og informasjon. På bakgrunn av det valgte vi å ta utgangspunkt i brukeres tilbakemelding.

Eksempel på kommentarer:

"Opplever meg oversett, de ansatte har for dårlig tid, det skjer lite her....",

"får ikke svar på det jeg spør om",

"skulle ønske personalet hadde hatt mer tid til å slå av en prat"

Det kom tydelig frem hva brukerne opplevde og det igjen ga oss en indikasjon på hva som kunne forbedres. I møte med ansatte etter brukerundersøkelsen ble brukernes tilbakemelding drøfta og de ga grunnlag for målene i prosjektet. Allerede i den innledende fasen ble det klart at vi ønsket å utvide prosjektet til flere enn den ene virksomheten. Det ble også tydelig at ved å forankre arbeidet godt ville resultatene bli synlig på flere nivåer i Helse- og omsorgsetaten.

Planlegging

Det har blitt avholdt prosjekt møter med oppsatt agenda, konklusjoner med ansvarlige til å følge opp er blitt referatført og har fungert som arbeidsdokument underveis i prosjektet. Prosjektdeltakelsen ble forankret både politisk, i brukerorganisasjoner og administrativt med fortløpende orienteringer underveis. Denne forankringen har gitt prosjektet en god legalitet i forhold til tiltakene som har blitt utført og tiltaksplanene som gjenstår å gjennomføre.

Overordnede mål

- Beboerne skal oppleve livskvalitet og egen mestring i hverdagen
- Beboere, pårørende og ansatte skal oppleve at omsorgsboliger og institusjoner er et godt sted å være.

Prosjekt mål

- Utføre endringer som gir bedre kvalitet på tjenestene sett med beboernes og pårørendes øyne
- Få kunnskap om hvordan det oppleves å bo i den type boliger.
- Se muligheter for endring i forhold til bestiller/utførermodeellen
- Kunne stå i endringsarbeidet; starte, være i og avslutte prosessen.

Kartlegge nåværende praksis

Vi ønsket å finne ut hvordan kvaliteten på tjenestene oppleves i hverdagen, og om funnene kunne føre til tiltak som opplevdes som forbedringer. For å kartlegge dette har vi gjort følgende:

- Tre fokusgruppeintervju med brukere
- Fire fokusgruppeintervju med pårørende, hvor vi fokuserte på hvordan de opplevde at tjenestene fungerer
- Et fokusgruppeintervju med ansatte

Som forberedelse til fokusgruppeintervjuene ble det sendt skriftlig invitasjon til pårørende og ansatte hvor vi ba dem om å forbedre seg i forhold til de temaene vi ønsket å ta opp. Pårørende ga uttrykk for at de opplevde at det var en god og hensiktsmessig måte å delta i

forbedringsarbeid på, som forhåpentligvis fører til at deres nærmeste opplever god kvalitet på tjenestene. Eksempler på hva de sa: *"Fint å bli invitert skriftlig i god tid med klar møteagenda "* *"Ved invitasjonen og selve møtet opplevde vi å bli tatt på alvor og bli tatt med på råd i utviklingsarbeidet"*

Referatene fra alle intervjuene ble sammenstilt og satt opp mot hverandre og vi fant fellestrekk fra de ulike intervjuene, som resulterte i følgende delmål:

- 1 Beboerne og deres pårørende skal oppleve å ha en primærkontakt som kjenner beboeren.
- 2 Beboere og deres pårørende skal oppleve å få tilstrekkelig informasjon om felles aktiviteter
- 3 Beboerne skal oppleve å bli lytta til og tatt på alvor på individnivå i det daglige.

Gjennomføringsfasen

Oppstarten har blitt utsatt til april/mai 2009, da den falt sammen med en med en stor omorganisering i etaten, samt nedbemanning. Tiltakene er fordelt på navngitte ansatte med dato for gjennomføring i tiltaksplanen. Prosjektleder holder tråden i dette arbeidet sammen med de ansatte og prosjektdeltakerne.

Standardisering og oppfølging

For å ha en strategi for bruk av nye metoder og fremkomne resultater i forbedringsarbeidet, har vi planlagt følgende som skal forankres oppover i systemet:

Oppfølging på systemnivå

- 1 Prosjektet forankres og gjennomføres i samarbeid med kvalitetsutvalget
- 2 Fremdriftsplan for fokusgruppeintervju og brukerundersøkelser, som skal sikre en rullering av undersøkelser på de ulike enhetene i kommunen.
- 3 Forslag på hvilket skår kommunen/etaten kan være fornøyd med jf kommunens øvrige mål. Forslaget er skår 4 på en skala fra 1-5.
- 4 Ha fokus på det vi gjør bra og gjøre mer av det
- 5 Prosjektgruppa skal fungere frem til november

Oppfølging på virksomhetsnivå

- 1 Holde fokus på tiltakene og opplevde resultater for brukere og pårørende.
- 2 Gjennomføre nye fokusgruppeintervju august/september for å se resultater av tiltakene
- 3 Ha takhøyde for gjennomføring av utradisjonelle tiltak
- 4 Sak på hvert personalmøte

Læring

Samla sett oppleves det som er utført som en positiv og morsom måte å drive forbedringsarbeid på. Vi har tatt i bruk nye metoder som vi vil videreføre og å sette inn i system i kvalitetsforbedringsarbeidet. Det var med respekt og ydmykhet vi mottok beboernes uttalelser om hvordan de opplevde å bo i kommunens omsorgsboliger og institusjoner. De kom med tydelige tilbakemeldinger som det er fullt mulig å endre praksis i på flere områder. Mange av deres innspill var

overraskende, for eksempel sa en bruker ” at hun opplevde å være en del av familien sin selv om *hun bodde i en felles bolig med andre....*” En annen; ”*er fornøyd med det meste, men savner å kunne ha samtale med noen*” En tredje; ”*er fornøyd, men lengter hjem*”

Det har lært oss hvor viktig det er å se ”med pasientens øyne” i enhver handling vi utfører i praksis, da det er ”den enkelte beboers liv vi holder i våre hender”. Å ha stor fokus på brukermedvirkning gir en positiv effekt på det vi jobber med, fordi brukerne er ekspertene på sine egne liv og de vet best hva som skal til for at skal oppleve kvalitet på tjenestene.

Vi har også lært mye av de andre teamene i prosjektet og vil vurdere om vi aktivt skal kontakte dem fremover, da vi ser at flere kan være aktuelle i forbindelse med våre planer og tiltak:

- Utarbeide rutiner for ansvarsfordeling ved innflytting i boligene – Larvik
- Få til at ansatte etterspør forbedringsarbeid – Radiumhospitalet
- Benytte historier i dokumentasjonsarbeid – Roskilde
Få med de av personalet som tør å stå frem med sine ideer, benytte seg av dem videre i forbedringsarbeidet – Gjøvik
- Utvikle fokusgruppene slik at brukere / pårørende intervjuer brukere og pårørende. Ha kontinuitet i forbedringsarbeidet – være visjonær – Granheim
- Gi medarbeidere honnør og ære for det de får til, det skaper energi – UNN
- Få brukerne med i brukeravtaler, da blir de bidragsyttere – Asker
- Benytte stemmesedler med bilde for psykisk utviklingshemmede – slik Rene fra Danmark viste film om

I samlingene på Gardermoen har vi blitt utfordret til å ta kontakt med andre kommuner/helseforetak for å utvikle smarte ting sammen til beste for en helhetlig kvalitet på tjenestene som kan bidra til opplevd kvalitet. Vi har kontaktet Sykehuset Buskerud avdeling Lier med tanke på et felles prosjekt som omhandler samhandling om tilbudet til eldre med psykiatriske lidelser, Prosjektet i vår kommune har blitt utfordret på å forankre arbeidet hos de ansatte, og her har vi fortsatt mer å gjøre. Ting tar tid - både å inkludere forbedringsarbeid inn i den travle hverdagen med turnus og det å lære seg å se med pasientens øyne.

Målene i seg selv ble i utgangspunktet for store og uklare. Prosjektgruppa opplever på tross av endringer både med ny organiseringen i etaten og reduksjon av ansatte til å gjennomføre og ferdigstille prosjektet, at vi har vært heldige som ble med. Vår opplevelse er uansett å ha tilegna oss og fått praktisert nye metoder som vi vil benytte ved flere anledninger i kvalitetsutviklingsarbeidet videre.

Anne Sofie R. Andersen Anne.Sofie@nedre-eiker.kommune.no

7. Gipø Bo- og behandlingssenter i Nøtterøy kommune



Gro Søland – leder av prosjektgruppen
Tove Ormestøl – sekretær
Marianne Nestaas – måleansvarlig
Anne-B. Tveten Eriksen brukerrepresentant

Gipø Bo- og behandlingssenter ligger i Nøtterøy Kommune, og er øyas største arbeidsplass. Her arbeider totalt 200 personer i store og små stillinger. Antallet pasienter er 117. I tillegg kommer dagsenteret med 30 brukere. Vi har fysio-/ergoterapitjeneste, frisør og fotpleie, nytt og fint vaskeri, stort og veldrevet sentralkjøkken som leverer mat til institusjonene og omkringliggende kommuner, samt sjåførtjeneste som henter og bringer brukerne til og fra dagsenteret, bl.a.

Ved senteret er det 6 avdelinger hvorav den ene er frittliggende og bygget som omsorgsbolig. I tillegg er det 2 skjermete enheter for demente som hver har 7 pasientplasser. Vi har 2 sykehjemsleger som til sammen arbeider hel stilling.

Prosjektet drives på avdeling 1, som er en korttids- og rulleringsavdeling. Vi har 15 rulleringspasienter til enhver tid. Noen faller fra og andre kommer til. Antallet pasientplasser er 11.

Forberedelser

I et avisinnlegg ble det betimelig påpekt at det syntes som om vi ved institusjonen ikke hadde et tilfredsstillende tilbud om fysioterapi til pasientene. I tillegg ble det også gjort en intern revisjon på samme område, hvilket gav oss muligheten til å kartlegge vårt forbedringspotensiale. På dette tidspunktet hadde vi allerede vært i dialog med fylkeslederen i NSF – Vestfold for å søke om å få komme med i prosjektet; vi måtte gjøre noe med denne situasjonen. Vi presenterte prosjektet for kommunaldirektøren for tjenesten i kommunen, institusjonslederen og kvalitetsrådgiveren. De var alle entusiastiske i forhold til prosjektet. Prosjektet var solid forankret. Flere sammenfallende hendelser bidro altså til at det ble stillet store forventninger til resultatet av prosjektet.

Planlegging

Det første vi gjorde var å lage et spørreskjema/intervjuskjema til rulleringspasientene der vi søkte å kartlegge ønsker for oppholdene og deres vaner. Det viste seg at de jevnt over ikke hadde spesielle ønsker, men at de likte godt å ta livet med ro når de var inne til rulleringsopphold. Vi inviterte derfor både pasienter og pårørende til et møte der vi presenterte prosjektet. Det ble fokusert på alt fra ernæring, sosiale aktiviteter og til fysisk trening. På dette møtet ble det besluttet at fysisk aktivitet skulle bli vårt fokus, siden det også påvirker de fleste andre funksjonsområder. Tidlig i prosjektet inviterte vi hjemmetjenesten til et møte, der det var god oppslutning. Samtlige var positive til innholdet i prosjektet og vårt fokus på fysisk aktivitet. Vi har allikevel underveis, i noen sammenhenger, blitt møtt med skepsis og konfrontert med at prosjekter sjelden blir noe av. Det var derfor avgjørende for oss at det var nettopp gjennombruddsmetoden som lå til grunn, fordi denne bidrar til å skape nettopp gjennomgripende og varige forandringer. Metodevalget hjalp oss til å finne et område der vi hadde forutsetninger for å kunne skape forbedringer og som var håndterbart innenfor eksisterende rammer.

I prosjektgruppen planla vi møtetidspunkter for hele prosjektperioden, vi fordelte oppgavene og funksjonene, samt at vi i hvert møte avtalte hva den enkelte skulle jobbe med/forberede til neste gang.

Vi ønsket i utgangspunktet å måle pasientenes funksjonsnivå, og eventuelle endringer i dette. Vi kom til at, på sikt, ville dette gi oss nedslående resultater; Det fysiske funksjonsnivået synker med årene. Dette var ingen god måte å måle på, da vi gjennom vårt arbeide skulle bidra til at pasientene opprettholder funksjonsnivået i den hensikt at de fortsatt kan bo hjemme med hjemmetjenester. Vi strevet for å finne gode måleindikatorer helt til ideen om å måle på personalet kom. Lærer vi pasientene å bli hjelpeløse, eller trenger de all den hjelpen vi gir? Målet er at bruker skal ha større medvirkning til egenomsorg og bevare fysiske funksjoner lengst mulig samt at det bidrar til vår egen bevisstgjøring om hvordan vi jobber. Vi lagde to spørreskjemaer. Et fokuserte på i hvilken grad vi understøtter egenomsorgsaktiviteten til pasientene. Et annet spørreskjema gikk detaljert inn og kartla i hvilken grad vi utfører konkrete oppgaver i stellet.

Vi ønsket å endre praksis gjennom bevisstgjøring og holdningsendring hos pleiepersonale. Målet er å hjelpe pasientene til å opprettholde/bedre sine fysiske funksjoner. Det viktigste var likevel at pasientene skulle få kjenne på den gode følelsen av selv å kunne mestre oppgaver de selv ikke trodde de kunne klare, for eksempel ta på en strømpe, sko, genser, kjemme håret, pusse tenner for å nevne noe. Vi ble nok like overrasket som de selv.

Vi har underveis tatt for oss målsettingene for å kontrollere om arbeidet er i tråd med disse, eller for å se om de bør justeres. Vi har gjort noen endringer underveis i våre SMARTE mål.

Vi valgte å avstå i fra å bruke SPC, da vi har liten erfaring i bruk av statistiske verktøy. Det ville bli for omfattende og tidkrevende. Vi fant ut at vi kunne lage gode diagrammer i Excel også.

Iverksette praksis

Noen av deltakerne i prosjektgruppen har vært profilert i media i forbindelse med prosjektet og det kvalitetsarbeidet som forøvrig drives i kommunen. Tidlig i prosjektet, i tråd med pasientenes ønsker, flyttet vi tidspunktet for middagen. Flytskjemaet, der vi tegnet en dag i avdelingen, viste oss at det var rom for å gjøre endringer. Nå serveres denne klokken 16.00 i stedet for 13.00. Dette bidrar til at fysioterapeuten får utnyttet formiddagstimen bedre til trening med pasientene og veiledning av personalet på avdelingen.

For at vi skal få tid til dette har vi i samarbeid med NAV fått en person på arbeidstrening som ivaretar hotellfunksjonene på ukedagene. I helgene har vi inngått samarbeid med videregående skole for at ungdom som kan tenke seg en fremtid i helsevesenet skal få litt arbeidserfaring. Da er det disse som ivaretar hotellfunksjonene. Det er satt av egne midler til dette. Avdelingen er tilgodesett med midler slik at vi har ungdommer inne hver helg.

Vi har utarbeidet et skjema for innkomstintervju som vi benytter når pasientene kommer til avdelingen. Dette bidrar til at vi tidlig lærer pasienten å kjenne samtidig som vi avklarer forventninger. Skjemaet er allerede flittig i bruk på andre avdelinger ved institusjonen også.

Vi har etter hvert fått et sterkere innslag av fysioterapeut i avdelingen. Hun tar del i morgenstell nå hos rulleringspasientene, for å kunne veilede pleiepersonalet i enkle øvelser som vi kan gjøre sammen med pasienten under stell. Dette dokumenteres i vårt elektroniske dokumentasjonssystem, og vi arbeider nå med å finne gode rutiner for å sikre kontinuitet i arbeidet og at informasjonen skal være tilgjengelig for dem som trenger den.

Kontrollere

Vi kom noe sent i gang med målingene fordi vi strevet med å finne gode indikatorer. Andre runde med spørreskjemaene viste ingen store utslag i form av mindre praktisk bistand fra personalet og økt egenaktivitet fra pasientene. Vi tror imidlertid at det vil være en viktig holdningsskapende effekt ved å gjennomføre slike målinger. . Spørreskjemaene vil bli gjentatt 2 ganger i semesteret for å holde fokus på arbeidet. Vi vil analysere og reflektere nærmere rundt funnene. Resultatene av dette vil gi oss retning på hva vi må jobbe videre med.

Vi er også i gang med å revidere/forbedre vårt innkomstintervju skjema. Her vil vi få et inntrykk av pasienten, fysisk og mental tilstand, vi legger ved generell informasjon, ivaretar behovet for fysioterapi, samtale med lege hvis ønskelig og ikke minst lager vi en personlig aktivitetsplan slik kravet er i henhold til kvalitetsforskriften.

Standardisere og følge opp

For å sikre videreføring av praksis og kontinuitet i arbeidet, er vi i ferd med å lage nye prosedyrer og gode rutiner. Vi må samarbeide tett med hjemmetjenesten siden rulleringspasientene er vårt felles ansvar, her er informasjonsflyten vesentlig. Det er planlagt en møterekke der sykehjemslegene og fysio-/ergoterapeutene møtes jevnlig sammen med avdelingssykepleierne.

Det er gledelig å kunne konstatere at det, fra politisk hold i kommunen, er gitt tilsagn om å ansette 2 årsverk fysioterapeut!! Ett til hjemmetjenesten og ett til Gipø!! Vi velger å tro at vårt arbeide, sammen med andre sammenfallende hendelser, har vært medvirkende til dette. Det viser hvor viktig befolkningen for øvrig også synes at arbeidet med fysisk aktivitet er. På denne måten kan vi få spredt resultatene av prosjektet rundt til andre deler av tjenesten. Vi har videre opprettet en ordning med pasientansvarlig sykepleier på avdelingen, som holder kontakten med den pasientansvarlige sykepleieren i hjemmetjenesten.

Vi har drøftet planer for spredning til øvrige institusjoner i kommunen. Disse er ennå ikke tidfestet da vi i første omgang har rettet arbeidet mot rulleringspasientene, som vi har felles med hjemmetjenesten. Vi ønsker også å drøfte det videre arbeidet med fysioterapitjenesten når de nye fysioterapeutene er på plass. Og at det da er mer rom for å involvere flere arbeidssteder.

Læring

Til nå har vi erfart at personalet på avdelingen synes prosjektarbeidet er både spennende og utviklende. Vi har underveis i prosjektet blitt utfordret på fagkunnskap, om kroppens anatomi og fysiologi, videre om ernæring, sirkulasjon, respirasjon m.fl. Dette har vært av stor betydning for engasjementet hos medarbeiderne, ikke bare i forhold til prosjektet, men arbeidet generelt. Vi må oppdatere og repetere vår kunnskap. Det har også vært viktig for oss å bli bevisstgjort egne mønstre og holdninger i arbeidet med pasientene, alt trenger ikke å gå like fort. For brukerne har det vært positivt at vi bruker mer tid sammen med dem i pasientrettede aktiviteter, som for eksempel sang, høytlesning, spørsmål & svar, og gå tur for de som kan klare det. Dette er en effekt av at vi flyttet tidspunktet for middagen.

Vi har ikke klart å avholde alle møtene i prosjektgruppen slik planen var. Vi har vært nødt til å droppe noen møter og heller forlenge andre. Dette pga stort arbeidspress. Gjennombruddsmetoden gir systematikk i arbeidet, den har i seg et spredningselement og er forpliktende. De faglige diskusjonene har fått et rikere innhold, og gir oss inspirasjon i det daglige arbeidet fordi vi ser at det nytter å jobbe med varige og gjennomgripende forandringer.

Gro Søland; gro.soland@notteroy.kommune.no

8. Sone nord / Nesøya i Asker kommune



Fra venstre Carl August Bjurstedt, Ellen Kroken, Anne-Mari Bernhardsen og Elisabeth Jordan

Asker kommune har tre hjemmetjenestesoner hvorav Sone Nord er den største. Sonen ledes av ResultatEnhetsleder (Re-leder), tre mellomledere og en hjemmehjelpskoordinator. Sonen drifter 250 hjemmesykepleiebrukere, 220 praktisk bistandsbrukere, 10 personlig assistent brukere, 22 omsorgsboliger, 10 dagsenterplasser og kjøkken. Vi er ca 100 ansatte fordelt på ca 70 årsverk. Hjemmetjenesten er delt i to geografiske pleiegrupper, hvor Nesøya er den ene. Hjemmetjenesten har 24/7 drift og primærsykepleie. Hjemmesykepleie er å yte hjelp til hjemmeboende brukere. Alder er fra 0-100 år, og brukerne har et bredt spekter av diagnoser. Sonen yter tjenester etter lov om helsetjenesten i kommunene og lov om sosiale tjenester. Tjeneste må søkes og vedtak fattes av vedtakskontor for omsorgstjenester. Tjenesten skal ytes i samsvar med vedtatt kvalitetsstandard. Sonen har god dialog med brukerrådet som har møter 3-4 ganger pr. år. Vårt brukerråd har vært opptatt av kvalitet og tilgang på vikarene vi skaffer, at vi kan tilby bedre kontinuitet i tjenestene, og at brukerne får brukeravtaler.

Mål	Tiltak	Resultat
Styrke brukernes deltakelse ved inngåelse av brukeravtalen	Prosedyreendring	Den % vise delen av brukerne som har opplevd å være med i stor eller svært stor grad ved inngåelse av brukeravtalen har økt fra 41 % til 52 %.

Forberede

Sonen ble spurt av "støtte/stab" i kommunen om vi var interessert i å være med i prosjektet. Forankring i ledelsen var på plass fra første dag.

RE-leder synes prosjektet virket spennende og matnyttig. Prosjektbeskrivelsen ble presentert på personalmøte. Mellomleder i Nesøya var interessert i å være teamleder.

Hvordan gjøre tjenesten bedre sett med brukers øyne? – det virket spennende og lærerikt! Å få jobbe med team fra ulike tjenestesteder fra hele landet. Foredrag, veiledning og oppfølging fra GRUK med masse kunnskap om forbedringsmetoder og verktøy. Dette var en mulighet vi ikke kunne la gå fra oss!!

Jobben med å skaffe prosjektdeltakere startet. Nesøya sin brukerrepresentant og en sykepleier svarte ja med engang. Det siste prosjektmedlemmet lot vente på seg. Ergoterapeut og hjelpepleier ble forespurt med tanke på tverrfaglig team, men ønsket ikke delta. Gleden var stor da nok en sykepleier meldte sin interesse. Teamet var et faktum! Brukerrepresentanten syntes det var ganske uklart for ham hva prosjektet gikk ut på, men han forsto han skulle ivareta brukernes interesser og

sørge for at deres synspunkter kom frem. Han så også frem til å samarbeide med ledere og pleiere i sonen. Brukerrepresentanten vil understreke at han fra første øyeblikk har følt seg som fullverdig og likestilt medlem av prosjektgruppen. Han har hatt følelse av at han har hatt god innflytelse på gruppens arbeid og foreløpig resultat. Han føler også at en del av hans synspunkter har hatt betydning for resultatet.

Første møte var 12. mars 2008. Møtetid ble fastsatt til onsdager kl. 11-13, etter brukerrepresentantens ønske.

De første møtene brukte vi til å sette oss godt inn i prosjektbeskrivelsen, fordele roller og diskutere hvordan vi skulle angripe tematikken. Hva hadde vi av tilbakemeldinger fra brukerne fra før, hva kunne vi bygge videre på, måtte vi undersøke mer og i så fall hva.

Vi hørte hva brukerrepresentanten hadde av erfaringer og kommentarer til tjenesten. Vi snakket om vår egen opplevelse av tjenesten og i hvilken grad brukerne ble trukket med i ulike avgjørelser. Det var flere forslag og vi famlet en god del omkring spørsmålet hva som kan aktivisere brukerne til å delta i og påvirke deres pleiesituasjon slik at den blir best mulig.

Vi gikk gjennom avvik, uheldige hendelser og klager, referat fra brukerrådsmøter, vi søkte innspill fra brukere, ansatte og leder via både samtaler og informasjonsbrev. Vi fikk ingen klare svar og fortvilelsen grep litt tak i oss. Brukerrådet hadde bemerket hvordan brukeravtalen ble inngått og vi valgte å sette fokus på dette. Brukeravtale er en avtale mellom tjenestested og bruker (må ikke forveksles med vedtak).

Så langt kom vi før første samling!

Planlegge

På første samling lærte vi om ulike tilnærmingsmetoder for å få tak i brukerens synspunkt. Dette ga oss pågangsmot igjen. Vi reiste hjem nokså sikre på at vi var på rett vei. Påfølgende telefonkonferansen med veileder førte til at vi besluttet å arbeide med brukeravtalen. Vi arbeidet med prosedyren for hvordan arbeidet med inngåelse av avtalen burde legges opp. Dette førte til en nitidig gjennomgang av hvordan dette tidligere var gjort. Mye hoderisting, men etter hvert utkrystalliserte det seg et prosedyreopplegg for hvordan utarbeidelsen av brukeravtale skulle gjennomføres, hvor vi beskrev hvordan og når brukeren skal delta. Vi reviderte også selve brukeravtalen, blant annet ved å innføre et vurderingsskjema over brukerens tilfredshet med tjenesten.

Hvordan vi kartla praksis og våre viktigste funn

Forut for arbeidet med brukeravtalen, gjennomførte vi to fokusgruppeintervjuer med brukere. Dette ga oss ikke særlig konkrete innspill, bortsett fra at alle var meget fornøyd med hjemmesykepleien! I ettertid ser vi at spørsmålene burde vært mer konkrete. Enkelte av brukerne hadde lett demens. Intervjuet fortonet seg som samtale mellom teamet og brukerne.

Vi har også gjennomført en skriftlig brukerundersøkelse i september 2008 blant 39 brukere. Den kartla brukernes kjennskap til brukeravtalen, primærkontakt og deltakelse ved inngåelse av brukeravtalen. 29 besvarte undersøkelsen. Denne skal gjentas i uke 9 dvs. etter alle brukere har fått ny brukeravtale laget etter den nye prosedyre.

Målingene fra høst 2008 viste at åtte av 29 brukere ikke visste hvem primærpleieren deres var og flere hadde heller ikke opplevd stor deltakelse ved inngåelse av brukeravtalen. 6 kjente ikke til brukeravtalen sin og svarene viste også at det var varierende **i hvilken grad de som kjente til brukeravtalen hadde deltatt i inngåelsen av den:**

Ikke i det hele tatt	2
I liten grad	2
I noen grad	8
I stor grad	9
I svært stor grad	3

En tilsvarende undersøkelse ble gjennomført blant 12 pleiere og de oppga også at brukernes medvirkning ift brukeravtalen var varierende: 6 oppga i noen grad, mens 1 svarte i liten grad. Spørsmål 4 ga størst utslag.

Resultat av besvarelsene gjorde at vi formulerte følgende overordnet mål:

”Styrke brukernes deltakelse i inngåelsen av brukeravtalen”

Målet ble videreutviklet slik:

Spesifikke - (klar, konkret, entydigangivelse av forventet resultat – helst tallfestet)

- 100% av brukerne skal vite om og kjenne sin primærpleier.
- 100% av brukerne skal ha deltatt i inngåelsen av brukeravtalen.
- 100% av brukerne skal ha kjennskap til hvilke forventninger hjemmesykepleien stiller til dem og hva brukeren kan stille av forventninger til hjemmesykepleien.

Målbare - (man skal kunne vite om målet er nådd)

- Nesøygruppen vil foreta ny spørreundersøkelse blant et utvalg av brukerne innen januar 2009.

Ansporende - (være utfordrende, gi muligheter for egenutvikling og inspirere til nytenkning)

- Brukeren skal føle seg ivaretatt gjennom brukeravtalen.
- De ansatte skal motivere og etterspørre hverandre ifht. brukeravtalen.
- Alle skal føle et ansvar for å inngå brukeravtale med sine primærbrukere.

Realistiske - (oppnåelige ifht. andre oppgaver og ressurser) Dette er ingen ny oppgave men en endring i rutinen.

- Krever ingen nye ressurser. Tidsbestemte -(angi når resultatet skal være nådd)
Resultatet skal være nådd innen 1. februar 2009.

Enighet om målet -(forankring i arbeidsgruppen, hos medarbeidere og hos ledelsen)

- Målet er forankret i arbeidsgruppen, hos medarbeidere og hos ledelsen.

Vi ville lage en prosedyre for inngåelse av brukeravtalen som sikret reel deltakelse fra bruker. Tidligere ble ofte brukeravtalen fattet av primærkontakt og så underskrevet av bruker -uten at bruker var særlig involvert i hva som faktisk sto i avtalen.

Prosedyren ble laget ut fra resultat av spørreundersøkelsen. Primær fikk et økt ansvar for å trekke bruker mer inn i utforming av innholdet i avtalen.

Iverksette praksis

Vi brukte flytskjema for å få oversikt over tjenesten ifht. brukeravtalen. Ut fra resultatet ble prosedyren laget. Inngåelse av brukeravtale har i mange år vært en av primærpleier sine oppgaver, men det har vært tilfeldig når den ble fattet og hvordan det ble gjort. Nå har vi laget en prosedyre som sikrer hva som skal være på plass før brukeravtalen inngås. Prosedyren inneholder punkter om hvordan gå gjennom brukeravtalen med bruker. Hva vi må legge vekt på og hva vi må gå i dybden på. Forventningsavklaring ble et sentralt punkt. Det ble også nedtegnet kriterier som måtte være oppfylt før brukeravtalen ble fattet. Brukeravtalen arkiveres i brukerarkivet samt at bruker har et eksemplar. Prosedyren ble presentert for pleiegruppen og det ble bestemt at alle brukere skulle få tegnet ny brukeravtale innen februar 09

Alle primærpleiere ble ilagt et ansvar i å få avtalene i orden for sine primærbrukere. Vi bruker morgenmøtene til å minne om avtalen. Vi har kryssliste på veggen for å ha oversikt over hvem som har fått eller ikke fått ny avtale. Januar, februar, mars og april forløp med opptil 50 % sykefravær hos faste ansatte! Årsak til fraværet var bla. langtidsykemeldinger, operasjoner, familiære problemer. Andre var borte pga. forkjølelse og lettere slitasjeskader. Dette medførte at vi utsatte den neste brukerundersøkelsen. Da 50 brukere hadde fått ny brukeravtale etter ny prosedyre ble ny spørreundersøkelse sendt til 30 tilfeldig utvalgte av dem i mars. 23 besvarte hvorav 21 kjente til brukeravtalen..

Besvarelsen fra 23 brukere i mars 2009:

Hvis ja: Har du deltatt i inngåelsen av din brukeravtale?

Ikke i det hele tatt	3
I liten grad	1
I noen grad	6
I stor grad	7
I svært stor grad	5
Ubesvart	1

Den % vise delen av brukerne som har opplevd å være med i stor eller svært stor grad ved inngåelse av brukeravtalen har økt fra 41 % til 52 %. Men fortsatt kan vi bli mye bedre!

Kontrollere

Når flere brukerne har fått ny brukeravtale som er utviklet i tråd med den nye prosedyren, foretar vi en ny spørreundersøkelse lik de forrige. Vi vil sammenligne besvarelsen og forhåpentligvis vil vi score bedre på at brukeren er involvert i inngåelsen av brukeravtalen. Når vi i dag sammenlikninger de to spørreundersøkelsene blant brukerne ser vi at vi har økt score på større deltakelse ved inngåelse av brukeravtalen.

Standardisere og følge opp

Inngåelse av brukeravtale er en av våre faste rutiner og vi har nedfelt dette i vår prosedyre for primærkontakt oppgaver. Vi ønsker flere inngåtte brukeravtaler etter ny prosedyre før standardisering. Vi har pr. i dag 114 brukere.

Vi utfordres i tid og at primærpleier er på jobb. Vi har økt brukermassen med 15 siden april 2008 men har ikke økt antall ansatte.

Vi ser allerede at vi får avklart gjensidige forventninger og at begge parter har fått større forståelse for den andres situasjon. Dette ser vi har ført til færre uklarheter angående ulike temaer, som for eksempel tilrettelegging med hjelpemidler, hundehold eller røyking. Disse gevinstene er det viktig å fokusere på framover.

Plan for spredning

Sone Nord er en stor enhet. Vi tenker først å spre det glade budskap til andre grupper i vår enhet. Vi har forberedt et foredrag til spredningen. Lykkes vi med det ser vi også utover vår enhetsgrense.

Vi har laget et foredrag som bygger på hva vi ønsker å formidle. Vi ønsker å tenne en gnist hos andre til å sette i gang med forbedringsarbeid myntet på samhandling med bruker og metode for kvalitetsforbedring.

Vår sluttrapport vil forhåpentligvis være informerende inspirasjonskilde for øvrige grupper. Vi ønsker også å identifisere flere områder for kvalitetsforbedring.

Hva er det viktigste vi har lært?

Vi har fått en holdningsendring i måten vi tilnærmer oss brukeren på, hvor vi har blitt mer ydmyke. Vi jobber pr. i dag mer bevisst ut fra hva brukeren selv ønsker og ser hver bruker for seg. Krevende brukere betjenes, så langt det er mulig, av definerte team som har fått ekstra opplæring hos disse brukerne. Vi trekker brukerne inn i våre vurderinger og hører på dem. Brukerne er blitt bidragsytere til tjenesten og ikke "bare" brukere som trenger hjelp. Samtidig er det utfordrende å få tak i gode samtaler hvor brukernes meninger kommer fram på vår tilmålte tid hos bruker. Ting tar tid!! Vi må jobbe mens vi snakker – ingen ekstra tid til samtaler alene. Brukerne er spredt i 114 forskjellige boliger og med stor variasjon i diagnose og alder.

Vi har lært metode for forbedringsarbeid og ønsker å jobbe videre med dette. For å få til et godt samarbeid i teamet har det hatt stor betydning at prosjektmedlemmene har vært motiverte og har god kjemi. Det er også viktig å ha fast møteplan og agenda på møtene. Vi burde planlagt med mer tid til skriftlig arbeid mellom de to siste samlingene. Den daglige "brannslukkingen" i driften har tatt mye av vår tid siden nyttår.

Vi har lært at måleverktøy både er viktig i fht. motivasjon og fremdrift, samt for å identifisere forbedringsområdet og hovedmål.

Vi er takknemlig for at vi fikk være med på prosjektet! Det har vært lærerikt, sosialt, morsomt, utfordrende, engasjerende og øyeåpnende! Vi vil jobbe med forbedringsarbeid ut fra metode for kvalitetsforbedring i fremtiden!

Ellen Kroken: ellen.kroken@asker.kommune.no

9. Kirurgisk klinikk A5, OUS, Radiumhospitalet



(Fra venstre):

Hanne Mensner Lerstang,
Åse Guttuhaugen Frydenlund,
Nina Sanne Seierstad,
Eva Mari Alvestad Harboe og
Tore Sørum.

Marit Aakvik Sønstebø og
Karol Axcrona var ikke til stede
da bildet ble tatt

Kirurgisk klinikk på Radiumhospitalet behandler pasienter med kreft i magen, bryst, urinveier, skjoldbruskkjertel, bein-og bruskvev. I tillegg opereres pasienter plastikk-kirurgisk. A5 er en storpost med 35 sengeplasser og 46 stillinger fordelt på kreftsykepleiere, sykepleiere og hjelpepleiere. Vi utøver pre-og postoperativ sykepleie til pasienter som gjennomgår kirurgiske inngrep.

MÅL	TILTAK	RESULTAT
At pasienter som gjennomgår radikal prostatectomi ved Da Vinci metoden opplever trygghet før, under og etter oppholdet på avdelingen	• Telefonregistrering • Møter med brukerrepresentant • Dybdeintervju av 5 opererte pasienter • Telefonintervju av 20 opererte pasienter • Utarbeidelse av nytt informasjonsskriv og nye prosedyrer • Telefonintervju av 20 Da Vinci opererte • Ny tlf. registrering	• Nytt informasjonsskriv utarbeidet fra kommentarer til brukere • Antall pasienter som tar kontakt med avdelingen etter utskrivningen er redusert Fra 64 % til 13 % • Pasienttilfredshet er økt fra 6,9 til 8,3 (skala fra 1-10) • Høyere score på informasjon relatert til forstoppelse er økt fra 3,4 til 8,15, og informasjon om misfarging er økt fra 4,65 til 8,65
Videreføre arbeidet til nye pasientgrupper	• Den neste pasientgruppen er de med kreft i magen. Nytt prosjektteam er dannet.	Utarbeiding av kvalitetssikringsskjema for opphold på kirurgisk avdeling tilpasset hver enkel pasientgruppe

Forberede

Vi valgte å fokusere på pasienter med prostatakreft som skulle opereres. På grunn av ny operasjonsteknikk, såkalt robotassistert prostatectomi (DaVinci), har liggetiden på sykehuset blitt kortet ned til tre dager. Pasienten reiser hjem med kateter til blæren. Bivirkninger (blodutredelser,

forstoppelse m.m.) etter operasjonen oppstod tidligere mens pasientene var innlagt, mens de nå opplever at disse oppstår hjemme. Erfaringen viser at denne pasientgruppen oftere tar kontakt med avdelingen enn andre. På bakgrunn av dette ønsket vi å se nærmere på hvordan eksisterende informasjonsmateriell var nyttig for pasienten.

Planlegge

Hovedmålet vårt med prosjektet var at pasienter som gjennomgår radikal prostatectomi med Da Vinci metoden og deres pårørende opplever trygghet og ivaretagelse, før, under og etter behandling. For å kartlegge dagens situasjon gjennomførte vi i juli 2008 registreringer av telefonsamtaler fra denne pasientgruppen. Registreringen viste at 11 av de 17 pasientene som ble operert tok kontakt med avdelingen etter utskriving. Dette utgjør 64 %.

Vi tok på et tidlig tidspunkt kontakt med PROFO (pasientforening for menn med prostatakraft) og fikk via dem kontakt med en tidligere pasient. Han hadde gjennomgått prostatectomi ved Da Vinci metoden, og etter samtale med han laget vi dybdeintervju ut fra de problemområdene han fokuserte på. Vi gjennomførte fem dybdeintervju. Som et resultat av de opplysninger vi fikk ut fra dybdeintervjuene og brukerrepresentanten, valgte vi å lage mal for telefonintervju for pasienter som var hjemme med kateter. Telefonintervjuene av 20 pasienter ble gjennomført 5-7 dager etter utskriving. Telefonintervjuskjemaet inneholdt ulike punkter om komplikasjoner som kan oppstå etter operasjon, med en scoringsrate fra en til ti (*"i hvilken grad fikk du informasjon relatert til...sårsmarter, luftsmarter, forstoppelse, løfting, blå/ hoven penis / pung, rød og irritert hud rundt sårene på magen, blå på flankene, sting og feber?"*).

Iverksette praksis

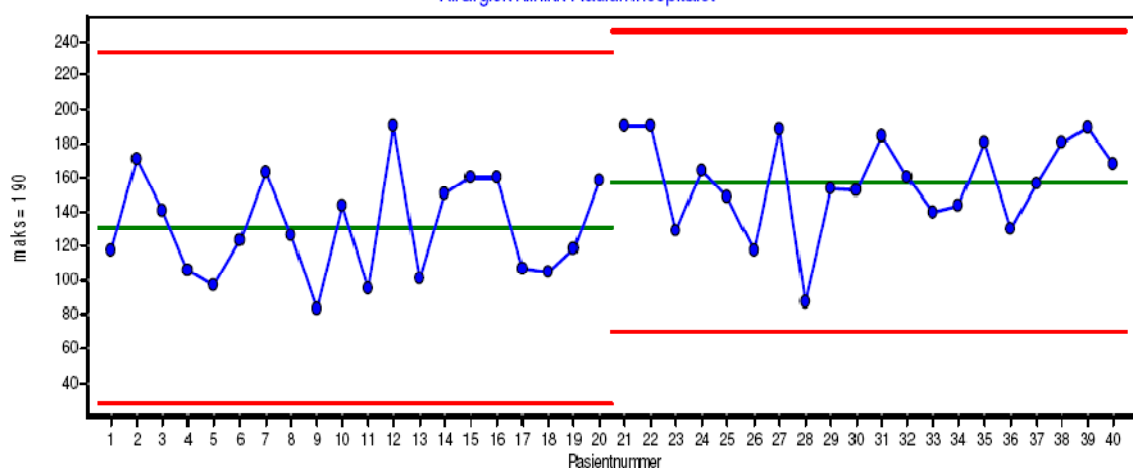
Pasienter som skulle utskrives fikk en såkalt "sjekkliste" med informasjon om problemer som kunne oppstå etter operasjonen. Resultatene av telefonintervjuene viste at det var svært tilfeldig hvilken informasjon pasienten fikk. Vi så at det var noen problemområder der pasienten opplevde å ha fått god informasjon og scoret høyt, mens de på andre ikke hadde fått informasjon i det hele tatt. Ut fra disse resultatene laget vi nytt informasjonsskriv, som vi først sendte ut til høring blant pasienter og ansatte. Vi fikk god tilbakemelding; informasjonen var grundig og relevant. Etter implementering av nytt informasjonsskriv startet vi opp med nye telefonintervju i slutten av desember og har fortsatt helt fram til primo februar.

Kontrollere

Total pasienttilfredshet var etter første måling 6,9 på en skala fra 1-10. Vårt mål var at dette resultatet skulle ligge over 9,0. Resultatet av andre måling var 8,3. Dette utgjør 20 % økning, noe vi allikevel sier oss fornøyd med (se diagrammet på neste side).

N=40

Pasienttilfredshet alle variabler Kirurgisk klinikk Radiumhospitalet



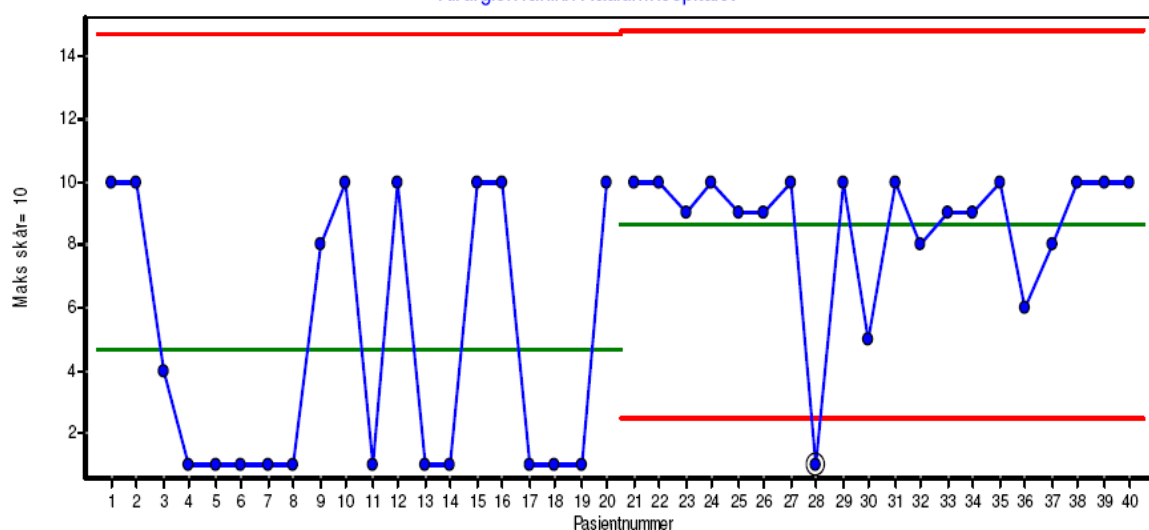
Gjennitt: 130.75, nedre kontrollgr: 27.85, øvre kontrollgr: 233.65 | Gjennitt: 157.55, nedre kontrollgr: 69.35, øvre kontrollgr: 245.75

2009 EpiData Analysis

Informasjon om at pasienten kan bli blå på flanker/penis/pung var etter første måling 4.7. (se diagrammet under) Vi ønsket at denne skulle være på 9.0 eller mer etter andre måling. Resultatet av andre måling var 8.4 eller en økning på 78 %, som ligger nært opp til vårt mål. Pasient nr 28 som er minst fornøyd med informasjonen er lege. Det var en svært nyttig påminnelse; helsepersonell som blir syke trenger like mye informasjon som andre!

N=40

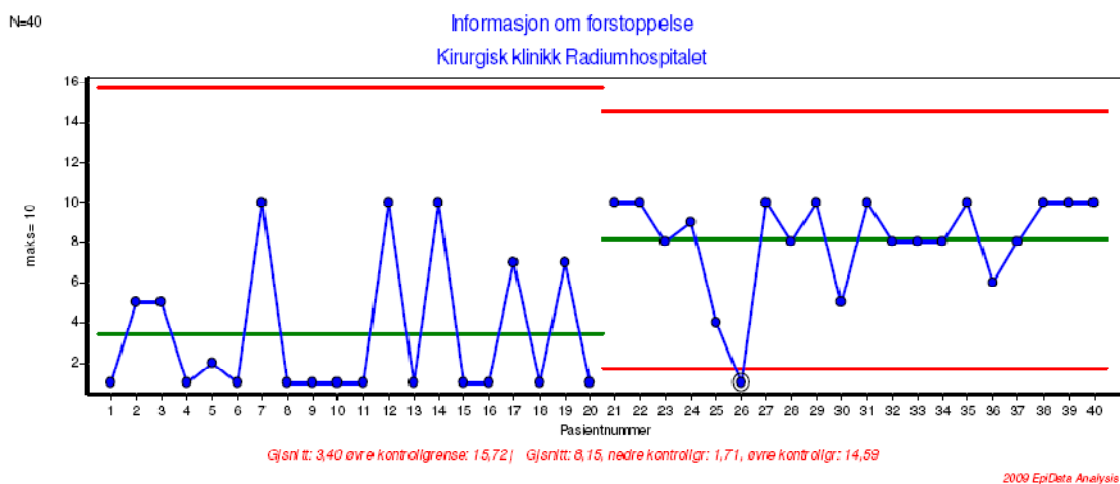
Informasjon om misfarging av pung/ penis Kirurgisk klinikk Radiumhospitalet



gjennitt 4.65, øvre kontrollgr: 14.73 | Gjennitt: 8.65, nedre kontrollgr: 2.49, øvre kontrollgr: 14.81

EpiData Analysis 2009

Informasjon om forstoppelse (se diagrammet under) hadde etter første måling et gjennomsnitt på 3.4. Vi ønsket at denne skulle være på 9.0 eller mer etter andre måling. Resultatet av andre måling var 7.8, en økning på 129 %.



Graden av ivaretagelse var 8,9 etter den første målingen. Vi ønsker at dette ikke skulle være dårligere etter andre måling. Resultatet av andre måling var 9,3 eller en økning på 4 %.

Standardisere og følge opp

I tillegg til å score på telefonintervjuene hadde pasientene mulighet til å komme med kommentarer. Vi brukte pasientenes kommentarer som utgangspunkt for å lage nytt informasjonsskriv.

Vi hadde ny telefonregistrering i februar. Der viste det seg at av 15 opererte pasienter var det kun to som tok kontakt med avdelingen etter utskrivning. Dette utgjør kun 13 %. Det er alltid en viss mulighet for at ikke alle som ringte har blitt registrert, men slik var det også med den første telefonregistreringen. I løpet av april måned har vi orientert de andre ansatte om resultatene av prosjektet. Vi har begynt arbeidet med å lage ny informasjon til andre pasientgrupper. Gruppen som arbeider med magekreft er allerede godt i gang og vi planlegger å dybdeintervjue 6 pasienter som kommer til 3 måneders kontroll etter operasjon. Fokuset skal også her være oppholdet på sykehuset og den første tiden etter operasjon. Ut fra de resultatene som vi fant, ser vi også det helt nødvendig at pasientene har en planlagt utskrivningssamtale med sykepleier. Det skal ikke være avhengig av hvilken sykepleier som har pasienten utskrivningsdagen. Vi har derfor begynt arbeidet med å lage "Kvalitetssikringsskjema for oppholdet på kirurgisk avdeling", der sykepleier må markere hva som er gjort i forhold til utskrivning etc. Dette tar utgangspunkt i hver enkel pasientgruppe og har blitt utarbeidet av de ansatte på avdelingen. Det vi også har erfart er at pasientene vi telefonintervjuet (40 stykker), ga inntrykk for at det var veldig betryggende å vite at vi kom til å ringe etter de hadde kommet hjem. Dette er noe vi må diskutere i forhold til ressursbruk i posten.

Læring

- Det har vært svært spennende og interessant å være med på prosjektet. Vi er veldig glade for at vi har fått være med, og føler oss privilegerte. Vi har også hatt en fantastisk veileder fra GRUK, Trulte Konsmo, som har bidratt til å holde engasjementet vårt oppe.

- Vi så fort at det var nødvendig at det var en annen sykepleier som gjennomførte telefonintervjuet enn den som hadde ansvar for pasienten utskrivningsdagen. To av oss intervjuet en pasient som vi selv hadde hatt ansvar for utskrivningsdagen. Da pasienten scoret lavt på informasjon som vi mente vi hadde gitt ham, ble vi fristet om å si: ”men det fikk jo du informasjon om..!”. Vi sa det selvsagt ikke og reflekterte over at gitt informasjon ikke alltid er oppfattet informasjon. Dette er noe vi kan skrive artikkel om!
- Midt i andre målingsperiode ble det endring av rutiner i forhold til innleggelse av pasienter som skulle gjennom operasjon med Da Vinci metoden. De blir tatt i mot på Dagkirurgen (DK), for så å komme inn på posten operasjonsdagen. Vi orienterte om prosjektet vårt på DK, kopierte samtykkeskjema og ble enig om at sykepleierne kun skulle legge skjemaet i mappene til pasienten. Det tok en stund før vi oppdaget at det var svært få samtykkeskjema som kom i retur. Hva som er årsaken til dette er usikkert, men vi har tenkt på om at vi ikke har informert dem på DK godt nok.
- Vi har kanskje hatt et for sterkt eierforhold til prosjektet og ikke vært flinke nok til å inkludere andre ansatte. Selv om vi stadig har vært på den aktuelle sykepleiergruppen og om prosjektet, var det ikke nok for å holde interessen oppe.
- Fagutviklingssykepleier har hatt muligheten til å arbeide kontinuerlig med prosjektet. Dette har vært avgjørende for å kunne gjennomføre det. Fra midten av desember har det vært sykdom blant deltagerne i prosjektgruppen, mye å gjøre på post og fagutviklingssykepleier har måttet jobbe mye i avdelingen. Det har gjort at den siste målingsperioden har blitt lengre enn nødvendig.
- Telefonintervjuskjemaet er det svar med gradering fra en til ti, der en er dårligst og ti er best. Vi har sett er at det kan være en ulempe at det er så mange graderinger i et skjema, og at mange ikke scorer 10 selv om de er kjempefornøyde. I ettertid ser vi at vi kunne spurt litt annerledes og hatt færre svaralternativer.
- Vi har gode erfaringer med å bruke metode for kvalitetsforbedring (www.gruk.no). Det var lett å strukturere og lage en fremdriftsplan ut fra modellen. Vi skjønte fort hvordan vi skulle gjøre prosjektet til ”vårt eget”.

Avdelingssykepleier Hanne får siste ord: Forbedringsarbeid er avhengig av forankring i ledelsen. Som avdelingsleder ser jeg det som veldig viktig og ikke mist nyttig at jeg har god fagkunnskap om prostatapasienter. Uten det, blir det vanskelig med et levende engasjement. En annen forutsetning for vellykket forbedringsarbeid er at avdelingssykepleieren er engasjert og villig til endring. Som leder er du motivator og jobber gruppen fremover. Jeg tror at lederens engasjement lett smitter over til resten av ansatte på posten. Jeg syntes det har vært veldig lærerikt og har fått flere aha-opplevelser i direkte kontakt med pasientene under prosjektarbeidet. Vi sykepleiere har mye å lære av å høre på pasientene, det er faktisk de som vet hva de trenger av informasjon.

Teamets arbeid ble omtalt i artikkelen *Pinlig god ekspert* i Tidsskriftet Sykepleien 05/09

Hanne Mensner Lerstang hanne.mensner.lerstang@radiumhospitalet.no

Eva Mari Alvestad Harboe Eva.Mari.Alvestad.Harboe@radiumhospitalet.no

10. Kreftavdelingen, Helse Sunnmøre HF



Teamet har bestått av:
 Kjell Brunstad, leder
 Liv Ipsen, sykepleier
 Ingeborg Kirkhorn, stråleterapeut
 Trygve Dahl, brukerrepresentant
 Jorun Bøyum, avdelingsjef

Kreftavdelingen ved Helse Sunnmøre er en generell onkologisk avdeling. Ved sykehuset i Ålesund har avdelingen 1 sengepost med 16 pasienter, samt en kreftpoliklinikk, palliativt team og en stråleavdeling med 2 strålemaskiner. Kreftavdelingen har og en poliklinikk og et palliativt team ved Volda sykehus. Avdelingen har pasienter fra hele fylket.

Mål	Tiltak	Resultat
Den skriftlige informasjonen fra Kreftavdelingen er kvalitetssikret av både helsepersonell og representanter for brukarene.	Ny informasjon er kvalitetssikret, og lagt inn i avdelingens elektroniske kvalitetssystem, EQS.	Kartlegging, utarbeiding og kvalitetssikring er utført. Kontakt med brukerorganisasjoner er opprettet og plan for videre samarbeid er utarbeidet.
Kreftavdelinga skal styrke pasientene sin kunnskap om egen sykdom.	Se over. Utvikle tilgang til informasjon via internett og avdelingens hjemmesider. Opprette fast undervisningstilbud til pasient og pårørende med oppstart høsten 2009.	Mye informasjon er lagt ut på avdelingas heimeside.
Kreftavdelinga samarbeider med brukarorganisasjoner til å bidra med å utvikle tjenestene.	Møte med lokale brukeorganisasjoner for å informere om prosjektet og etablere et forum der representanter for brukerorganisasjonene og kreftavdelingen skulle treffes.	Vi har fått opprettet kontakt med 2 lokallag, men det var liten interesse fra lokallagene i forhold å etablere felles forum.
Tilsette skal gi reell brukermedvirkning til brukerne og dette skal være godt forankret i ledelsen.	Vi har utarbeidet ulike rutiner for brukermedvirkning men vi ser at dette vil være en kontinuerlig prosess for å styrke denne kulturen som vi nå arbeider for å få inn. Forankre prosessen om brukermedvirkning blant personalet i avdelingen og gi god informasjon.	Prosessen om brukermedvirkning er godt forankret i ledelsen og det er informert om prosjektet ut til avdelingen. Dette arbeider vi med!

Forberede

Avdelingen ønsket å styrke brukeren sin rolle i avdelingen og en så at dette prosjektet kunne sees i sammenheng med pågående prosjekt om pasientlogistikk. Informasjon og kunnskap er viktig for at

brukeren i vår avdeling skal kunne oppleve mestring og medvirkning av sin situasjon i forhold til egen sykdom. Vi ser hvordan dette har betydning for denne pasientgruppen og deres pårørende.

Arbeidsgruppen i prosjektet har bestått av 3 deltager fra de ulike enhetene i avdelingen samt en brukerrepresentant som ble oppnevnt av Helse Sunnmøre sitt brukerutvalg. Representantene fra avdelingen har representert følgende enheter: stråleterapi, sengepost/poliklinikk og sengepost/palliativt team.

Arbeidsgruppen har hatt flere møter underveis i prosjektet og brukerrepresentanten har deltatt på de fleste av disse. Prosjektet er forankret i ledelsen i avdelingen hvor avdelingssjefen har deltatt på første samling og på interne arbeidsmøter underveis i prosjektet.

Planlegge

Hovedmålet med prosjektet er at Kreftavdelingen skal styrke pasienten sin medvirkning når det gjelder avgjørelser rundt egen sykdom. Vi skal arbeide for at pasientene blir mer fornøyd med informasjonen de får fra avdelingen.

For å nå vårt hovedmål har vi satt 4 delmål:

1. Den skriftlige informasjonen fra Kreftavdelingen er kvalitetssikret av både helsepersonell og representanter for brukarene.
 - 1.1. Informasjon Kreftavdelingen gir skal være kvalitetssikret av både helsepersonell og representanter for brukarene.
2. Kreftavdelinga skal styrke pasientene sin kunnskap om egen sykdom.
3. Kreftavdelinga samarbeider med brukarorganisasjoner.
4. Leiing og tilsette i kreftavdelinga skal være godt informert om brukermedvirkning.
 - 4.1. Tilsette skal gi reell brukermedvirkning til brukerne.

Kartleggingen av vår praksis:

For å kartlegge vår eksisterende praksis har vi utarbeidet et flytskjema, se vedlegg 1. Dette for å se på hvordan pasientinformasjonen ble organisert og delt ut, samt hvilken type informasjons materiell avdelingen hadde. Flytskjema ble lagt ut til høring for ansatte og bruker-organisasjoner. På bakgrunn av dette fant vi ut at der var en ulik praksis ved bruk av informasjon mellom både ansatte, yrkesgrupper og enheter. Dette førte til at en fikk utarbeidet mer informasjonsmateriell og rutiner på skriftlig og muntlig informasjon.

Måleverktøy:

For å nå disse målene har vi brukt følgende måleverktøy:

- Spørreundersøkelse, se vedlegg 2.
- Fokusintervju.

Avdelingen har gjennomført en spørreundersøkelse blant pasienter og ansatte ved sengepost, stråleterapi og poliklinikk. Fokuset for spørreundersøkelsen gikk på pasient informasjon, ivaretagelse av pårørende og tilsvarende spørsmål ble stilt til ansatt gruppen. Konklusjonene en kunne trekke ut av undersøkelsen var at:

- avdelingen var for dårlig til å ivareta pårørendes informasjonsbehov

- de fleste pasienter følte seg tilstrekkelig informert
- avdelingen var for dårlig til å dele ut skriftlig informasjon
- uklare retningslinjer internt i avdelingen for hvordan hvem som informere om hva
- pasientene er mer fornøyd med den skriftlige informasjonen enn de ansatte er

På grunnlag av resultatene på spørreundersøkelsen utførte vi fokusintervju. Dette fordi vi ville gå mer i dybden på de svarene vi fikk og få utfyllende kommentarer. Vi utarbeidet et standard skjema med 5 spørsmål som vi brukte i intervju med enkelt pasienter på de 3 enhetene. Det ble brukt på 5 til 6 pasienter på hver enhet.

Det var vanskelig å trekke konkrete resultat ut av intervjuene. Pasienten var fornøyd og gav oss lite å arbeide videre med i forhold til forbedringsarbeid. Det kan diskuteres om det kunne vært brukt andre måleverktøy, for eksempel fokusgruppe intervju. Dette kunne da skapt refleksjoner rundt kvalitet på informasjon og forholdet mellom informasjon og brukermedvirkning.

Iverksette praksis

Vi iverksatte tiltak knyttet opp mot de ulike delmålene:

Delmål 1

- Utarbeide informasjon. Dette ble gjort i 4 faser:
 1. kartlegge eksisterende informasjon,
 2. kartlegge behovet for ny informasjon,
 3. utarbeide ny informasjon
 4. kvalitetssikre denne, og legge informasjonen inn i avdelingen sitt elektroniske kvalitetssystem, EQS.
- Vi har utarbeidet ulike rutiner for brukermedvirkning men vi ser at dette vil være en kontinuerlig prosess for å styrke denne kulturen som vi nå arbeider for å få inn.

Delmål 2

- Se tiltak delmål 1.
- Utvikle tilgang til informasjon via internett og avdelingens hjemmesider.
- Opprette fast undervisningstilbud til pasient og pårørende. Dette er fortsatt under utarbeiding. Dette er planlagt oppstart høsten 2009.

Delmål 3

- Vi inviterte lokale brukeorganisasjoner til møte for å informere om prosjektet og plan om videre samarbeid.
- Vi inviterte lokale brukerorganisasjoner til å være med å etablere et forum der representanter for brukerorganisasjonene og kreftavdelingen skulle treffes.

Vi kontaktet de lokale kreftgrupper som finnes i området for å få til et samarbeid, som førte til at en har fått opprettet kontakt med 2 lokallag. Vi har ikke fått etablert et forum slik som vi hadde tenkt, da det var lite interesse fra lokallagene i forhold til å bidra med å utvikle tjenestene.

Delmål 4

- Forankre prosessen om brukermedvirkning blant personalet i Kreftavdelingen:
- Informasjon om prosjektet: e-post, perm, møter
- Invitasjon til deltagelse.

Kontrollere

Det skal gjennomføres en oppfølgende spørreundersøkelse i mars -09. Denne vil da kunne si noe om hvordan avdelingen har greid å forbedre seg i forhold til informasjonen.

Standardisere og følge opp

- Spørreundersøkelse nr. 2 blir gjennomført i løpet av våren 2009. Der vil en ha en evaluering av resultatet og videre tiltak.
- Videreutvikle pasientinformasjon og rutiner for bruk av dette. Underveis i prosjektperioden utarbeidet avdelingen mye ny informasjon. Dette skal integreres i avdelingen slik at vi får gode rutiner på bruk av dette.
- Samarbeid med lokallag. Lokallagene gir uttrykk for at de ønsker undervisning fra helsepersonell. Dette er det i gang arbeid med.
- Undervisningstilbud til pasienter som avdelingen skal videreutvikle i samarbeid med lokallagene, ved at en planlegger å få til undervisning i samarbeid med Helse Sunnmøres Lærings og mestringssenter.
- Undervisningstilbud til ansatte for å opprettholde et faglig god nivå i forhold til å kunne ivareta pasientens sine behov.
- Ressursgrupper vil være med å videreutvikle pasientinformasjon og kunne ha undervisning. Dette vil og føre til spredning og engasjement i avdelingen om pasient medvirkning. Det er utarbeidet maler for standard for hvordan pasientinformasjonen skal se ut.

Læring

Det en har lært av prosjektet er å se avdelingen mer som en helhet ved at mye kan standardiseres og samkjøres. Det har ført til bedre samarbeid i avdelingen mellom de ulike enhetene, samt en klart forbedring av pasientinformasjon og interne informasjonsrutiner. En har og fått fokus og engasjement rundt på brukermedvirkning i avdelingen.

Det har vært lærerikt å delta i prosjektet. Prosessen med å lage en mål og tiltaksplan og evaluering av dette har vært en ny måte å arbeide med forbedringsarbeid som en ønsker å nytte mer av.

Vi ønsket i utgangspunktet å få til et samarbeidsforum med de aktuelle lokallagene, der de kunne delta i direkte brukermedvirkning. Dette ble i løpet av prosjektet endret. Lokallagene ønsket at kreftavdelingen kunne bidra med undervisning rettet mot sykdom og behandling. Kreftavdelingen ønsker å imøtekomme dette og planlegger ulike informasjons og undervisning tilbud. Det og opprettet ansvarlige personer i avdelingen for å opprettholde kontakten med lokallagene. Vi ser denne kontakten som et viktig bidrag i vårt videre forbedringsarbeid. Dette vil være en kontinuerlig prosess og vi vil stadig evaluere dette samarbeidet.

Kjell Brunstad: Kjell.brunstad@helse-sunnmøre.no

11. Gynekologisk / fødeavdeling, Sykehuset Innlandet HF



Fra venstre: Elisabeth Bakke, Eldri Svisdal, Hilde Dæhli, Anne Øfstaas, Eli Bryhn

Gyn/Fødeavdelingen, Sykehuset Innlandet, Elverum er en avdeling for syke gravide, fødeavdeling, barsel og gynekologiske pasienter. Avdelingen har ca 1000 fødsler i året, fire fødestuer, 14 barselsenger og 6 gynekologiske senger. Avdelingen har ansatt sykepleiere, jordmødre, barnepleiere, hjelpepleiere. I tillegg har avdelingen lærling i helsefag, sykepleierstudenter, jordmorstudenter og hospitanter fra andre helsefag. Avdelingen har egen fagansvarlig for gynekologifaget og jordmorfaget.

Mål	Tiltak	Resultat
• Å gi god informasjon muntlig og skriftlig. • Å gi trygghet ved henvendelse i avdelingen – det første møtet – telefon, frammøte. • Å se den enkeltes barselmors behov i forhold til etablering av amming (etablert amming = er trygg på amming).	• Informasjonstavlene på barselrommene har blitt ryddet og det er utarbeidet ny, kortfattet informasjon om døgnrytme og ukeplan. • Daglig undervisning av barnepleier til faste tider. • Etablert hyggelig møteplass med fine møbler for brukerne. • Fire familierom har blitt etablert på barselhotellet • Overføringssamtale når kvinnen flyttes fra føden til barsel etter et skriftlig skjema.	• Barselkvinnene bruker mindre tid på å bli kjente i avdelingen. • Positiv tilbakemelding på undervisningen. • God tilbakemelding på ammeveiledning. • Brukes hele tiden, info blir gitt tidlig og familien kommer til føden med ønske om hotellplass.

Forberede

Årsskiftet 2007-2008 var det lederskifte på avdelingen og ny leder hadde fulgt NSF lederopplæringsprogram – god på fag og ledelse – og fikk informasjon om *med pasientens øyne*.... En ide til en ny start for avdelingen. Avdelingen jobbet godt med fag og kvalitet for fødekvinne, men barselkvinnen visste vi alt for lite om. Prosjektet søknaden ble diskutert med avdelingssjefen og forankret hos avdelingssjefen og i avdelingsrådet.

Den yrkesgruppe som har mest erfaring med barselvinnen er barnepleierne, og flere av barnepleierne har videreutdanning i ammeveiledning. Det var derfor viktig at flere av gruppens deltagere var barnepleiere. Det var også vanskelig å få jordmødrene engasjert til å delta i prosjektet. Det ble derfor bestemt at gruppen skulle bestå av avdelingsjordmor, to barnepleiere og to brukere av tjenesten, i dette tilfellet to gravide kvinner.

Planlegge

Vårt mål med å være med i prosjektet er å etablere forbedringsarbeidet og tenke langsiktig – år framover i tid. Prosjektgruppen ble enig om å ha fokus på barsel, med **hovedmål**:

Vårt mål er å få en barselavdeling som kan være i endring på familiens premisser.

Delmål:

- Å gi god informasjon muntlig og skriftlig.
- Å gi trygghet ved henvendelse i avdelingen – det første møtet – telefon, frammøte.
Å se den enkeltes barselmors behov i forhold til etablering av amming (etablert amming = er trygg på amming).

Som måleverktøy har gruppen valgt å bruke spørreskjema. Vi startet tidlig med spørreskjema som var langt med mange detaljerte spørsmål. Spørreskjemaet ble ved flere anledninger revidert og forenklet, med fokus på tre områder som gjenspeiler delmålene.

Våre to brukere har gjennomført fokusgruppe undersøkelse på helsestasjonen i barselgrupper der, med de samme temaene som delmålene.

Vi vet at det gis mye muntlig informasjon på barselavdelingen, men vi vet også at barselkvinnen ikke alltid har fokus der hvor vi har det. Og med kort liggetid er det viktig at informasjonen blir oppfattet. Spørreundersøkelsen fortalte oss at det gis mye informasjon muntlig, men at den glemmes. Og det var derfor ønskelig med skriftlig informasjon. Spørreundersøkelsen med score fra 1 – 5, på delmål om amming ga oss en tilbakemelding på en score mellom 4/5.

Iverksette praksis

Prosjektgruppen lagde en handlingsplan med tema/saker som:

- Spørreskjema til brukerne – 40 stk
- Spørreskjema til de ansatte – sammenligne med hva brukerne svarte
- Fokusgrupper på helsestasjonen
- Foto av alle ansatte med navn på tavla i gangen
- Postkasse – si din mening
- Idémyldring blant de ansatte
- Informasjon om prosjektet – avdelingsmøte
- Lage/forberede infotavle på pasient rommene – døgnrytmeplan/ukeplan
- Lage info – velkommen til føde/barselavdelingen med fokus på barsel

Avdelingen bar preg av å være overfylt og det var liten lagerkapasitet.

Avdelingen ble forberedt på å miste en firemannsstue og måtte derfor tenke alternativt. Parallelt med prosjektet ble det jobbet med å etablere barselrom på pasienthotellet – og i dag fremstår

”Barselkroken” på pasienthotellet som et positivt alternativ for barselkvinnen og hennes familie. Fire familierom har blitt etablert.

Alle informasjonstavlene på barselrommene har blitt ryddet og det er utarbeidet ny, kortfattet informasjon om døgnrytme og ukeplan.

Barnestuen har fått flere sittegrupper og rommet har blitt en møteplass for barselkvinnen og hennes mann/pårørende. Her har det blitt etablert undervisning av barnepleier til faste tider hver dag.

Avdelingen/prosjektgruppen søkte midler fra et lokalt fond til ny sittegruppe og gardiner i fellesarealet. Røde flotte sofaer og nydelige panelgardiner har bidratt til at det har blitt en fin fargerik plass for alle brukerne våre.

Kontrollere

Det er nå startet gjennomføringen av en ny spørreundersøkelse, samme spørsmål som sist, denne vil bli sammenlignet med den første. Resultatet vil bli lagt fram for avdelingssjef/ avdelingsledelsen. Prosjektgruppen vil jevnlig ha spørreundersøkelser som skal sammenlignes med de som allerede er gjort.

Alle forslag til endringer blir lagt fram for avdelingssjef/avdelingsledelsen. Får de tilslutning der, vil alle ansatte få mail om endringene og prosedyrene blir revidert. Prosjektgruppen møtes ca en gang annenhver måned. Spørreundersøkelser og fokusgrupper, vil gi oss saker vi vil jobbe videre med.

Prosjektgruppen erkjenner at vi har vært for dårlige til å spre hva vi holder på med til våre kollegaer. Som tidligere nevnt er barnepleierne stammen på barsel. I mars hadde prosjektgruppen møte med alle barnepleierne på avdelingen og de aller fleste kom. Her hadde vi en god informasjon om prosjektet, barnepleierne gikk igjennom den skriftlige informasjonen som var laget og vi gjorde noen små justeringer. Andre ting ble også drøftet som skal føre til endring.

Jordmødrene/barnepleierne har endret sin praksis ved at de nå har inntakssamtale når kvinnen flyttes fra føden til barsel. Dette er etter et skriftlig skjema.

Avdelingen har stilletid fra 1300 – 1600. Her har vi nå fått tilbakemelding fra brukerne at de ansatte er for lite flinke til å være rolige. Det er sendt ut mail til alle ansatte om en påminnelse om at skal brukerne få ro, så må også de ansatte være rolige. Mange positive tilbakemeldinger.

Utfordringen vil være å spre det videre og få de andre ansatte på avdelingen til å bli engasjerte. Avdelingen har i 2009 fått en drastisk endring i bemanningen, og på en føde/barselavdeling vil dette gå ut over barselkvinnen da det akutte vil bli prioritert. Vi har satt i gang en ny spørreundersøkelse, for å sammenligne. Per dags dato er vi halvveis og får tilbakemeldinger om mindre hjelp.

Læring

Prosjektgruppen har fått mye kunnskap i forbindelse med læringsseminarene, både i forhold til teori men også det å møte andre og lære av hva de gjør. Det har vært inspirerende for oss alle. Ikke minst å danne nettverk.

Det vanskeligste for oss har vært å engasjere og få med oss de andre ansatte på avdelingen. Men vi føler at vi fortsatt er i starten, og at vi vil jobbe for å bedre kvaliteten til det beste for brukerne.

Eldri, Sara, Anne, Ella, Hilde, Elisabeth og Eli har møter annenhver måned for å fortsette å jobbe mot målet om å bli bedre på pasientens premisser.

Bryhn, Eli Kristin: eli.kristin.bryhn@sykehuset-innlandet.no

12. Akuttmottaket, Sykehuset Telemark HF



Fra venstre:
Marianne Bråthen, sykepleier
Bjørnar Nyen, veileder
Christina Berg, sykepleier
Heine Aarhus, brukerrepresentant
Marit H Storteig, leder

I akuttmottak tar vi imot pasienter for innleggelse med varierende hastegrad. I tillegg har vi en akuttkirurgisk poliklinikk/skadestue og en observasjonspost med 9 sengeplasser for pasienter som har behov for innleggelse og observasjon med varighet under ett døgn.

MÅL	TILTAK	RESULTAT
Overflyttingspasientene skal rett på post	Gjennomførte tidsregistreringer Re-design prosjekt Retningslinje revidert og oppgradert til prosedyre	Rett til post for en gruppe overflyttingspasienter. Kortere ventetid/oppholdstid for resterende overflyttingspasienter
Pasient og pårørende er topp fornøyd med informasjon om ventetid og prioriteringsrekkefølge	Kontaktet Doctors Media Informasjonsmateriell gjennomgått av brukerutvalget	Lydløs informasjon via skjerm til pasientene på venterommet Kvalitetssikret info/pasientmappe ut fra brukernes forventninger og behov
Pasient/pårørende opplever tydelig kommunikasjon og god ivaretagelse i oppholdstiden	Bruke pasienterfaringer inn i miljøet (fokusgruppe, brukerundersøkelse, samtaler i personalmøter, bruker i personalmøtet)	Brukerundersøkelse har gitt svært god score
Ferdigsmurt mat til pasientene på obspost i helgene	Samtaler med leder for matseksjonen	Avtale om postvert på helg/høytider. Tid frigjort for sykepleierne til annet pasientretta arbeid
Bedre skilting	Arbeidsgruppe nedsatt	Ikke ferdig

Forberede

Ventetid og informasjon er en vesentlig utfordring i akuttmottaket. Vi vet at innenfor dette området har vi et stort forbedringspotensiale, bl.a. påpekt av Helsetilsynet ved tilsyn våren 2007. Pasienttilfredsundersøkelser ved sykehuset vitner om det samme.

Vi vet at det er potensielt farlig for noen av våre pasienter om de må vente lenge i akuttmottaket. Prosjektets målsetning understøttes av seksjonens målsetninger og verdigrunnlag.

I akuttmottaket har vi tradisjon for å bruke teorier og kunnskap som er forskningsbasert. Vi har liten kultur for å støtte oss til brukerkunnskap eller brukermedvirkning. Det medisinske vitenskapsteoretiske perspektivet blir det mest gjeldende i vår avdeling, og vi kan bli veldig opptatt av diagnoser og prosedyrer. Sykepleierne har gjennom utdanningen lært om et helhetlig menneskesyn og er forpliktet til å følge NSF's yrkesetiske retningslinjer med verdier som respekt, likeverdighet, verdighet, fortrolighet, omsorg for mennesker som lider.

Vårt forbedringsarbeid har hatt en tydelig forankring i klinikkledelsen som tok initiativet til deltagelse i prosjektet og som fortløpende har holdt seg informert om framdriften i prosjektet. Prosjektet er nedfelt i klinikkens operative plan for 2008 og videreført i 2009. På seksjonsnivå har ventetid vært et av våre satsningsområder for 2008. Vi har vektlagt faglig fokus og god service, herunder pasientmapper og god informasjon/kommunikasjon.

Med som bruker i teamet har vi hatt med leder av brukerutvalget ved sykehuset. Han har vært engasjert, aktivt lyttende og hele tiden gitt oss tilbakemeldinger, stilt kritiske spørsmål til eksisterende systemer og rutiner og kommet med nyttige innspill på vegne av brukerne (pasient/pårørende). Han har vært aktivt involvert i gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene og via brukerutvalget sørget for kvalitetssikring av seksjonens informasjon til pasient/pårørende.

Vi laget en stor plakat om prosjektet, inkluderte flytskjemaet og oppfordret til å komme med tilbakemeldinger. Plakaten er godt synlig på vaktrommet. Vi informerte om og drøftet prosjektet på morgenmøter og personalmøter. Vi brukte internundervisningen til refleksjon/bevisstgjøring over egen praksis/holdninger. Vi involverte ansatte i informasjon/utdeling og innhenting av brukerundersøkelse.

Planlegge

Vår overordnede målsetning i prosjektet har vært at styrket brukermedvirkning skal bidra til utvikling av bedret praksis og bedre rutiner ut fra pasientens forventninger og behov.

Vi har tegnet flytskjema over innlagte pasientens gang gjennom akuttmottaket for å bli mer bevisst dagens praksis og peke på forbedringsområder. Fokusgruppeintervju ble brukt som metode for å identifisere brukernes erfaringer og synspunkter under oppholdet i akuttmottaket. En gruppe pasienter overført til kirurgisk klinikk og en gruppe overført til medisinsk klinikk ble intervjuet. Brukerrepresentanten intervjuet pasientene, og sykepleier var med som sekretær. Pasientene var positive til å bli spurt og takket for at noen tok seg tid til å høre på deres erfaringer og synspunkter. Mange faktorer ble påpekt som kunne være gjenstand for forbedring. Tilbakemeldingene fra pasientene var gjenkjennbare ved at innspillene samsvarer med forhold som påpekes i pasientklager og av medarbeidere i avdelingen.

I vårt forbedringsarbeid prioriterer vi å forbedre tjenesteprosesser som er viktige, vanlige og vanskelige sett fra pasientens ståsted, og hvor det er realistisk å få til endring, fortrinnsvis innenfor eget ansvars- og myndighetsområde. Vi valgte også ett område hvor vi var avhengige av et tverrfaglig samarbeid, nemlig overflyttingspasientene. De fleste av disse pasientene kommer til akuttmottaket og blir først overført til post når de har blitt undersøkt av

lege. Denne praksisen er ikke brukervennlig, noe som er godt dokumentert i form av pasientklager. I tillegg fremkommer frustrasjon og negative reaksjoner fra ansatte.

Vi har hatt med en overflyttingspasient på et personalmøte hvor han fortalte om sin erfaring som pasient i akuttmottaket. Dette både for at vi skulle lære å se avdelingen og vår tjeneste ”med pasientens øyne”, men også som et tiltak for å skape engasjement og deltakelse fra hele personalet i vårt utviklingsarbeid.

Brukerundersøkelse ble anvendt for å kartlegge hvor fornøyde pasientene var med vår ivaretagelse, informasjon og service i ventetiden. Undersøkelsen representerte både rolige og hektiske perioder, til forskjellige tider på døgnet og med variasjon i kjønn og alder med tilfeldig utplukk periodevis av hver femte pasient på henholdsvis medisinsk og kirurgisk liste. Vi engasjerte ansatte i avdelingen til å dele ut, informere og samle inn brukerundersøkelsen for å involvere og spre informasjon om prosjektet i avdelingene.

Resultatene vises i Fig. 1. Vi opplevde at resultatene var nyttige ift å lære om egen praksis og sette i gang refleksjon. Det ga motivasjon og selvrespekt inn i sykepleiergruppa å se at pasientene er så fornøyd i forhold til å bli møtt med høflighet og respekt. Men spørreundersøkelsen ga mindre innspill enn forventet ift det å finne forbedringsområder. Men den støtter at fokus framover bør være på ventetid.

Brukerundersøkelse – 25 pasienter Akuttmottaket, STHF, sept/okt 2008	
Spørsmål	Gj.sn. skår (max - min)
Hvordan synes du skiltingen for å finne fram til akuttmottaket var?	4,50 (1 -5)
Hvordan opplevde du ventetiden i akuttmottaket?	3,68 (1 – 5)
I hvilken grad var du fornøyd med informasjonen du fikk angående ventetiden?	4,04 (1 – 5)
I hvilken grad opplevde du å bli møtt med høflighet og respekt fra sykepleier som tok imot deg?	4,96 (4 – 5)
I hvilken grad opplevde du å bli møtt med høflighet og respekt fra lege?	4,78 (4 – 5)
I hvilken grad opplevde du å bli ivaretatt av sykepleier?	4,88 (4 – 5)
I hvilken grad opplevde du å bli ivaretatt av lege?	4,75 (3 – 5)
Følte du som pasient at du ble hørt av personalet?	4,65 (3 – 5)
I hvilken grad var personalet tilgjengelig når du trengte det?	4,50 (3 – 5)
Totalinntrykket av mottaket i avdelingen – hvordan opplevde du det?	4,52 (3 – 5)

Fig. 1: Brukerundersøkelse ved Akuttmottaket, STHF, september/oktober 2008. Skåringsalternativer: 5: Svært bra. 4: Bra. 3: Verken eller. 2: Ganske dårlig. 1: Svært dårlig

Tidsregistreringer - Overflyttingspasientene

Pasienten inn og ut av akuttmottak, samt ventetid på lege er måleparametre som rutinemessig registreres. Målingene ble hentet ut for en 14 dagers periode for å få en førmåling. Resultatene ble fremstilt ved hjelp av diagrammer som synliggjorde henholdsvis total oppholdstid, ventetid på lege, samt tid fra start av legekontakt til overføring til post. De finnes som første del av diagrammet i figur 2-3.

Utføre

Overflyttingspasientene

Re-design er et forbedringstiltak igangsatt for overflyttingspasientene. Tidsregistreringen skapte nysgjerrighet og var et nyttig redskap og var viktig for å få aksept for ombygging av prosessen ved å vise til at pasientene i gjennomsnitt ble liggende 2 timer i akuttmottak før de ble overført til avdelingen de skulle til. Diagrammene fungerte som god dokumentasjon og som godt grunnlag for å gjøre endringer. Forbedringstiltak ble igangsatt for en gruppe overflyttingspasienter i medisinsk klinikk: stabile angiografi- og PCI- pasienter registreres via akuttmottak, men ambulansetjenesten overfører dem direkte til sykepleier på avdelingen de skal til. Retningslinjen for overflyttingspasientene ble etter en lang prosess innskjerpet og omgjort til prosedyre.

Serviceforbedringer

Vi kvalitetssikret informasjonsmateriell i akuttmottak ved at brukerrepresentanten tok materialet til brukerutvalget for evaluering/tilbakemeldinger, ris/ros, evt tilføyelser ut fra brukernes forventninger og behov.

Vi har ønsket å montere en TV-skjerm på venterommet med løpende informasjon til dem som venter. Etter en del diskusjon blant beslutningstakere i sykehuset omkring sikkerhet og reklamefinansiering, har dette nå gått igjennom. Det er inngått avtale med Doctors Media.

Vi har også arbeidet med bedre skilting i avdelingen, da noen pasienter har klaget over at det er vanskelig å finne fram.

Vi innfører ordning med postvert i helger/høytider. Det gjør at tid frigjøres for sykepleierne til å drive mer direkte pasientretta arbeid.

Kontrollere og evaluere

Overflyttingspasientene følger vi opp med tidsregistreringer. Flere pasienter enn tidligere går nå rett til moderavdelingen. Ansatte ønsket endringen velkommen. Men koordinatorene/ vaktledere melder fortsatt om diskusjoner med legene i forhold til prosedyrens innhold. Det er fortsatt motstridende meninger om pasienten skal rett til avdeling eller ikke, så dette må vi arbeide videre med for å få en felles forståelse hos alle aktører.

Vi hadde altså gjort en tidsregistrering sommeren 2008, og vi gjentok denne i januar 2009. Ved registrering sommeren 2008 ble 3 av 25 pasienter (12 %) av overføringspasientene overført direkte til post. I januar 2009 ble 12 av 24 (50 %) av overføringspasientene overført direkte til post. For dem som ikke ble overført direkte, var total oppholdstid i akuttmottaket gjennomsnittlig 122 minutter sommeren 2008 og 96 minutter i januar 2009 (Fig. 2). Altså har vi oppnådd at signifikant flere overføringspasienter går direkte til avdelingen de skal til og derved slipper å oppholde seg i akuttmottaket ($p=0,005$). De overføringspasientene som går via akuttmottaket oppholder seg gjennomsnittlig 26 minutter kortere i akuttmottaket nå. Forskjellen er vesentlig, men ikke signifikant (få datapunkter).

I-diagram: Total oppholdstid i Akuttmottaket, STHF for overføringspasienter
Uke 30 og 31, 2008 / Uke 2,3 og 4, 2009.

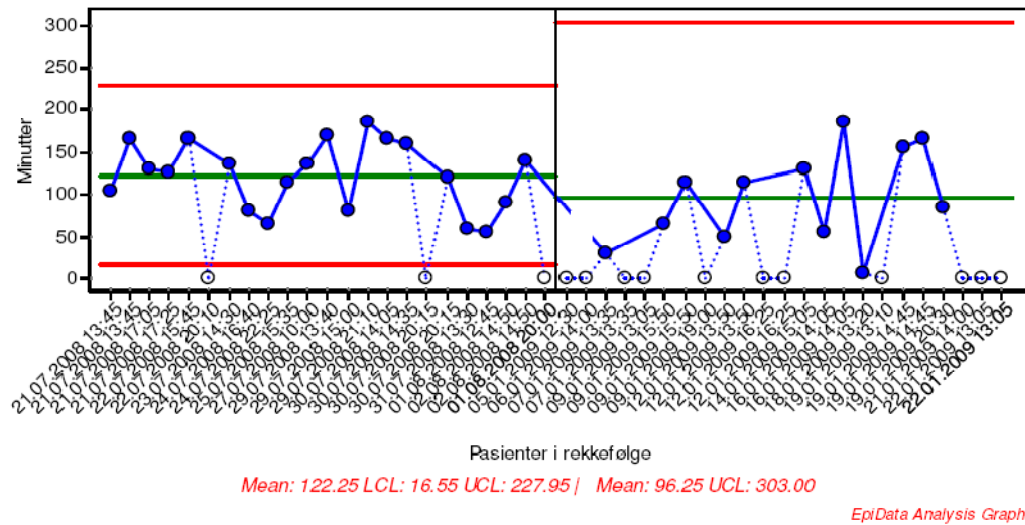


Fig 2: Oppholdstid i Akuttmottaket, STHF, overføringspasienter, uke 30 og 31, 2008 og i 3 uker i 2009. 3 av 24 pasienter i første registreringsperiode og 12 av 24 i andre registreringsperiode gikk direkte til post (spesielt markert i diagrammet). Disse er ikke medregnet i beregning av gjennomsnitt og kontrollgrenser.

Gjennomsnittlig ventetid på lege var 67 minutter sommeren 2008 og 50 minutter i januar 2009 (Fig. 3). Forskjellen er vesentlig, men foreløpig ikke signifikant.

I-diagram: Ventetid på lege. Akuttmottake THF for overføringspasienter
Uke 30 og 31, 2008 / Uke 2,3 og 4, 2009.

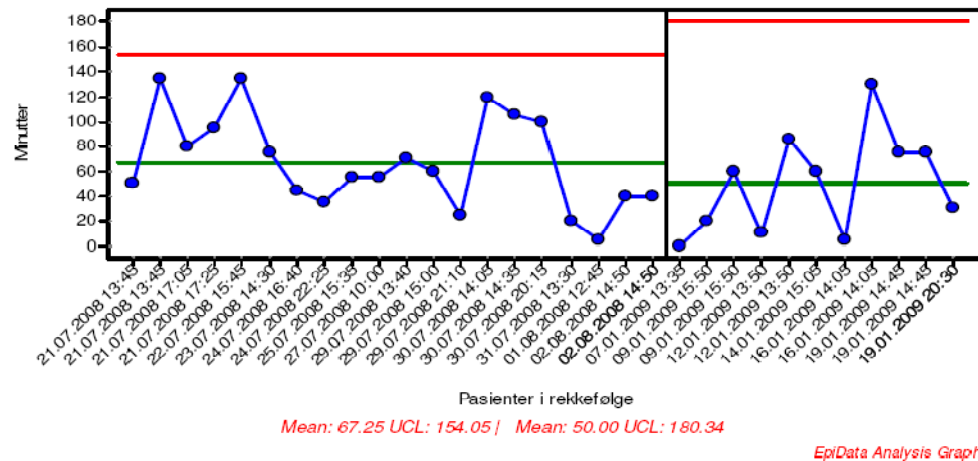


Fig 3: Ventetid på lege i Akuttmottaket, STHF, overføringspasienter, uke 30 og 31, 2008 og i 3 uker i januar 2009. Det er en reduksjon i gjennomsnittlig ventetid på lege, men det er for få registreringer i siste periode til å konkludere om reduksjonen er signifikant.

Gjennomsnittlig tid fra start på legekontakt til overføring til post var 55 minutter sommeren 2008 og 57 minutter januar 2009, altså omtrent uforandret..

Serviceforbedringene vil vi følge opp ved å utføre brukerundersøkelser.

Standardisere og følge opp

Sikre videreføring for overflyttingspasientene

Vi er opptatt av å sikre at endret praksis følges opp via jevnlig samarbeids/oppfølgingsmøter med samarbeidende klinikker. Det blir også viktig med jevne mellomrom å evaluere om praksis fungerer optimalt. Dette tenkes gjort på personalmøter ved å etterspørre hvordan praksis fungerer.

For å sikre at ny praksis opprettholdes er det også viktig at ansatte melder avvik når prosedyren ikke følges. Siden avdelingen ikke har en godt utviklet kultur for avviksregistrering, blir det i fortsettelsen viktig å jobbe i henhold til dette.

Evaluerings av ny prosedyre skal gjøres etter et halvt år. Vi vil følge opp og jobbe for at prosedyren utvides til også å gjelde resten av overflyttingspasientene.

Serviceforbedringer

Vi vil i fortsettelsen anvende brukerundersøkelser aktivt til å korrigere og optimalisere serviceforbedringene. Vi arbeider med å endre kultur slik at avviksregistreringer blir mer brukt som kilde til forbedringsarbeid. Vi har forhåpninger til at digital informasjon via skjerm på venterommet vil være et nyttig redskap til bedret informasjon.

Arbeidet gjort i prosjektet videreføres i nytt prosjekt opprettet i klinikken i forbindelse med utbygging av akuttmottak. Eget underprosjekt "Service til pasient og pårørende" skal si noe om krav til måten vi tar imot pasient/pårørende på, krav til utstyr, samt bygningsmessige krav. Her er fokusgruppeintervjuene og brukerundersøkelsen et godt grunnlagsmateriale.

Hvilke effekter har prosjektet hatt for tjenestene og pasientene

Vi har blitt mer bevisst på egen praksis/holdninger, noe vi opplever er viktig for våre valg og prioriteringer. En gruppe overflyttingspasienter har fått "bedre kår" ved at de kjøres direkte til post og slipper å "ligge på vent" for journalopptak i et travelt akuttmottak og tid er derved frigjort for å ta oss bedre av de andre pasientgruppene i akuttmottaket.

Læring

- Vi har erfart at vi som fagpersoner med vår forforståelse ofte handler på vegne av pasienten fordi vi tror vi vet best, uten å spørre hva pasienten selv ønsker.
- Vi har blitt mer bevisst egne verdier og holdninger.
- Vi har lært å tenke forbedringer av praksis/rutiner ut fra pasientenes ønsker og behov.
- Vi ser med kritiske øyne på eksisterende rutiner/ retningslinjer som ikke er bygd opp ut fra et brukerperspektiv.
- Vi har oppdaget at vi kan få til forbedringer uten at det koster penger!
- Vi har fått kunnskap om metoder og verktøy for systematisk forbedringsarbeid.
- Vi har sett venterommet med nye øyne.

Hva som har vært den største utfordringen: I forhold til *prosess* var utfordringen å få alle yrkesgrupper til å se nytten av endringene, til pasientens beste og få aksept for brukermedvirkning. I forhold til *personale* viste det seg at vi hadde utfordringer ift involvering av ansatte. Vi lyktes ikke med å få den responsen vi ønsket. Med flytskjemaet oppnådde vi muntlige tilbakemeldinger som gikk på at "kartet stemmer med terrenget", men i svært liten grad spørsmål, synspunkter, ideer, forslag til forbedringer. Det har vist seg vanskelig å kunne avsette tid til endringsarbeidet i en travel hverdag. Geografiske avstander og turnusarbeid har vært utfordring ift å finne egna møtetidspunkter.

Marit H Storteig: marit.storteig@sthf.no

13. Rehabiliteringsavdelingen Gjøvik, Sykehuset Innlandet



Foran fra venstre:

Elin Trondsen, sykepleier, kreativ ansvarlig
Ingvild Grønnerud, avdelingsspl, leder og sekretær

Marthe Flugstad, fysioterapeut, måleansvarlig

Bak fra venstre:

Kirsten Engen, Brukerforum, kvalitetsansvarlig,
Ada Valle Huuse, sykepleier, LMS Web og veggavis -redaktør

Avdelingen består av en sengepost med 15 plasser, et ambulerende rehabiliteringsteam, noe poliklinisk virksomhet og kursaktivitet i forhold til mestring. Gjennomsnittlig liggetid er 4-6 uker. Avdelingen tar i mot pasienter etter akutt oppstått sykdom og i senfase. Aktuelle pasientgrupper er hjerneslag, MS, Parkinson, andre nevrologiske lidelser, benamputerte og multitraumepasienter. Personalet jobber tverrfaglig innad, og tett opp mot pasientenes hjemmemiljø via ambulerende team. Avdelingen har 34 stillinger fordelt på lege, nevropsykolog, sykepleiere, hjelpepleiere, miljøarbeider, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer, samt administrativt personale. Logopeder tilsatt i Gjøvik kommune har fast arbeidssted i avdelingen. Avdelingen har et etablert Brukerforum bestående av representanter for brukerorganisasjonene samt avdelingens ledere med faste møter og samarbeidsoppgaver.

MÅL	TILTAK	RESULTAT
At pasienter og pårørende opplever større grad av medvirkning i rehabiliterings prosessen. At pasienter og pårørende opplever permen som et nyttig hjelpemiddel for økt informasjon og medvirkning. Gjennomsnittsscore på 7 (på en skala fra 1-10) innen 31.01.09	→ Pasientens perm → Samtale med avd.spl før utreise basert på spørreskjema rundt bruken og opplevd nytte av permen → Workshop med pasienter og pårørende vedrørende permens innhold og form	Gjennomsnitt for alle målingene samlet var 3,8. Variasjon mellom 1.50 og 4.50 Vanskelig for pasientene å angi nøyaktig hvilken rolle permen har hatt sammenliknet med andre ting i forhold til medvirkning og informasjon. Behov for en forenkling av spørreskjema. Evt. kontrollgrupper.
At personalet skulle oppleve pasientens perm som et nyttig verktøy for å fremme brukermedvirkning. Gjennomsnittsscore på 7 innen 31.01.09	→ Workshop med en tverrfaglig sammensatt personalgruppe rundt permens innhold og form → Tema på avdelingsvise møter og fellesmøter → Tildeling av "smil" sjokolade og diplomer i avd ved gode eksempler/ideer	Gjennomsnitt samlet for alle spørsmål og alle svar var 5,7. Behov for ytterligere fokus på opplæring rundt introduksjon og bruk av permen, samt får frem de gode eksemplene i enda større grad

MÅL	TILTAK	RESULTAT
Gjennomføre brukerundersøkelse vinter 2009 på følgende tema: A: Informasjon til pårørende B: Informasjon til pasienten C: Medvirkning i egen rehabilitering Mål om samme score på disse tre områdene som på område "Respekt fra personalet" på forrige undersøkelse vinteren 2007 → 8.3	→ Gjennomført brukerundersøkelse 20 pasienter januar til mars 2009 → Presenteres i fellesmøte i avdelingen	Gjennomsnitt samlet for hvert område ble i 2009: A: 7,0 (3,0) B: 6,6 (3,0) C: 8.0 (4,0) (Tallene i parentes refererer til undersøkelsen i 2007) En klar forbedring fra forrige undersøkelse, og det er grunn til å tro at tiltakene rundt pasientens perm har hatt større effekt enn resultatene i pkt 1 tilsier.

Forberede

Vinteren 2007 gjennomførte vi en brukerundersøkelse som belyste pasienttilfredsheten ved avdelingen. Den fortalte oss følgende: Pasientene opplevde at informasjon og medvirkning ikke var god nok ut i fra deres ønsker og behov. På en skala fra 0-10 ble gjennomsnittet på svarene 5,5. Vi ble også fortalt at vi var særdeles gode på hvordan vi møtte pasientene med høflighet og respekt. Score var her 8 av 10 oppnåelige. For å finne forbedringsområder gjorde vi følgende:

- Avholdt en seminardag for hele personalgruppa. De samlet seg om et forslag til kommunikasjonsbok mellom pasient/pårørende og personale kalt Pasientens perm.
- Nedsatte en tverrfaglig arbeidsgruppe med brukerrepresentant

Brukermedvirkning er et satsningsområde i sykehuset Innlandet og i Helse Sør-Øst, og er dermed forankret i hele organisasjonen.

Planlegge

Hovedmål: At pasienter og pårørende opplever større grad av medvirkning i egen rehabiliteringsprosess.

På ny pasienttilfredshetsundersøkelse medio januar 2009 ønsker vi å oppnå 8.3 i gjennomsnittsscore på informasjon og medvirkning sammenlignet med 5.5 på forrige undersøkelse. Hovedverktøy i dette arbeidet: Innføring av pasientens perm. "Permen som maktbytte" ble vårt slagord.

Vi ønsker at pasientens perm blir et hjelpemiddel som pasienter, pårørende og personale opplever som nyttig i arbeidet for bedre informasjon og økt brukermedvirkning, slik at hver pasient føler seg sett, hørt og forstått.

For å kartlegge effekten av dette tiltaket har vi benyttet spørreskjema til pasienter og personalet, og trukket ut noen spørsmål som vi har utarbeidet mål i forhold til.

Iverksette praksis

Arbeidsgruppa som ble nedsatt i etterkant av seminardagen ble i forbindelse med oppstart av "med pasientens øyne" omdefinert til en prosjektgruppe, og kun to av medlemmene i den opprinnelige gruppa ble med videre. Brukerforum (omtalt tidligere) ved avdelingen ble informert om det planlagte

prosjektet, og invitert til å delta i prosjektgruppa med en representant. De ble også oppfordret til å ta med dette ut til sine respektive medlemmer og spre informasjon og hente innspill derfra.

På bakgrunn av de innspill som kom frem på seminardagen ble pasientens perm utarbeidet. Den ble introdusert og tatt i bruk i avdelingen i mai 2008. Følgende aktiviteter er gjennomført:

- Vi avholdt en workshop med 6 brukere og en pårørende i august 2008.
- Workshop for en tverrfaglig sammensatt personalgruppe i september 2008.
- Fellesmøte hvor tidligere bruker deltok og delte sine erfaringer med bruk av permen. De ansatte var med og lagde mål for bruk av permen. Vi viste også et flytskjema i plenum over pasientforløpet, hvor de enkelte kunne komme med ideer til når i forløpet vi kunne bruke permen. Vi hadde også en ide dugnad på tema "hva er respekt og hvordan viser vi det i forhold til pasientene"?
- Avdelingsvise møter med informasjon og innspill til bruk av permen.
- Vi inviterte ansatte via mail til å komme med erfaringer (spesielt de gode..) og ideer
- Utarbeiding av et evalueringsskjema for nytten av å bruke permen.
- Brukerne har vi fortløpende innhentet tilbakemeldinger fra via en uskrivelsessamtale med avdelingssykepleier hvor de går gjennom evalueringsskjemaet. Vi har også invitert pårørende til å delta på disse samtalene.
- Vi har valgt å honorere gode eksempler og ideer fra bruk av permen med å dele ut smil sjokolade og diplom på tavla vår i avdelingen for å skape entusiasme og kreativitet.

Tilbakemeldinger fra disse aktivitetene har vært utgangspunktet for revidert "pasientens perm" som ble tatt i bruk 1. november 2008.

Kontrollere

Vi har erfart at det er vanskelig for pasientene å skille ut i hvilken grad permen har bidratt til medvirkning i egen rehabiliteringsprosess, eller om det er andre faktorer enn permen som har vært medvirkende årsak. Vi ser for oss et behov for en forenkling av spørreskjema når pågående brukerundersøkelse er gjennomført.

Målinger blant personalet viser at mange mener permen er et nyttig verktøy, men bruker den ikke så mye. Den brukes mest til å samle og systematisere informasjon for pasientene. For å oppnå målet om økt bruk av permen blant personalet, ser vi for oss at arbeidsgruppa har en viktig rolle når det gjelder å veilede, samt at gode eksempler fortsatt løftes frem i avdelingen til inspirasjon for andre. Ved utreise innhentes tilbakemeldinger fra pasientene som kan være nyttig i det videre arbeidet. Fra personalet innhentes tilbakemeldinger og tips enten enkeltvis eller når arbeidsgruppa deltar på de ulike avdelingsvise møtene. Vi har gjort avdelingsvise målinger, slik at det er blitt mer synlig hvor det trengs mer oppfølging/motivasjon. Siste data er ikke på nåværende tidspunkt analysert til fulle, men viser tendenser i retning av at vi er et stykke unna målsetningen, men på rett vei.

Det må derfor jobbes mer målrettet mot personalgruppen, slik at de får ser nytten og verdien av permen. Dette vil bidra til at introduksjon og presentasjonen samt bruken av permen vil bli mer integrert etter hvert. Vi vil fortsette å dele de gode erfaringene på tvers av avdelingene.

Standardisere, følge opp og spre forbedringene

- Vi ønsker å få inn et sjekkpunkt i journalsystemet Dips som sikrer oss at pasientens perm blir introdusert.
- Vi tenker det vil være rimelig med en evaluering av permen en til to ganger årlig, da permen bør være et dynamisk hjelpemiddel i stadig utvikling, samtidig med at brukere, pårørende og medarbeidere gis rom for å komme med sine innspill og tilbakemeldinger på den.
- Videreføring av dette arbeidet tas med til ledergruppa for en forankring der.
- Vi vil henvende oss til sykehusets intern avis.
Prosjektgruppa har ved to anledninger informert andre i Sykehuset Innlandet om pasientens perm. Prosjektet er presentert for direktør i helseforetaket og i sykepleiefaglig forum.
- Vi har fått god kontakt med prosjektgruppa fra Granheim lungesykehus, og planlegger å videreføre dette samarbeidet også etter siste samling.
- Vi har invitert Hagen behandlingsenhet til å komme og fortelle om sine erfaringer til hele personalgruppa hos oss. Vi har invitert Granheim til denne samlingen.

Indirekte har dette prosjektet ført til to andre mindre prosjekter i avdelingen:

- Vi kommer i gang med likemannshjelp fra 12. februar 2009.
- Fra 18. februar 2009 vil våre pasienter en dag i uka få tilbud om hudpleie fra elever fra Gjøvik videregående skole.

Læring

De to viktigste tingene vi har lært i løpet av prosjektperioden er selve forbedringsmetoden og betydningen av de ulike elementer i den, samt innsikt rundt avdelingens kultur. Kulturen har vi valgt å sette søkelyset på gjennom vårt videre arbeid, blant annet via å invitere Hagen til avdelingen og via den oppmerksomheten vi retter mot de gode eksemplene.

Både for personalgruppen og prosjektgruppen har tidsrammene vært utfordrende. Vi kunne også ønsket oss mer systematiske tilbakemeldinger fra ledergruppa underveis.

Vår opplevelse er at brukermedvirkning har kommet skikkelig på kartet i avdelingen i kjølvannet av prosjektet, og at dette har medført merkbare endringer både på medarbeider og ledernivå. Omgivelsene gir tilbakemeldinger på at lederen i gruppa har blitt mer brukerfokusert og mer bevisst på å fokusere på de gode eksemplene. Vi er på rett vei når det gjelder hvor fokuset hos helsepersonell bør være – nemlig hos brukeren og dennes individuelle ønsker og behov.

Det har vært utrolig lærerikt og spennende å delta på dette prosjektet, og vi føler oss privilegerte som har fått være med og bidra til å løfte et så viktig tema i vår avdeling, anført av en dyktig prosjektledelse og en fantastisk veileder.

Ingvild Grønnerud: ingvild.gronnerud@sykehuset-innlandet.no

14. Granheim lungesykehus, Sykehuset innlandet HF



Foran:

Ole Magnus Aasen og Nansy S. Rusten,

Bak:

Stine T. Dalane, Linda Breidablikk og
Hilde Bryhn

Granheim lungesykehus er et spesialsykehus i rehabilitering og behandling av lungesyke ved Sykehuset Innlandet. Vi har en sengeavdeling med 40 pasienter som er inneliggende i ca 4 uker. På sengeposten arbeider sykepleiere og hjelpepleiere. Vi har egen poliklinisk avdeling, respirasjonsfysiologisk lungelaboratorium og en aktivitetsavdeling med fysioterapeuter, ergoterapeut, sosionom og aktivitører. Pasientene får undervisning i ulike emner, tilbud om samtalegrupper, hjelp til livsstilsendringer som røykeavvenning og vektendring i tillegg til utredning, behandling og rehabilitering av sin lungesykdom.

Forberede

Vi ønsket å delta i NSF's spennende prosjekt *..med pasientens øyne...* fordi vi er opptatt av at våre pasienter skal ha medvirkning i sitt eget rehabiliteringsopplegg. Vi ønsker å fokusere på det som er viktig for hver enkelt pasient, og vi ønsker å sikre kvaliteten på vår tjeneste. Vi mener at vi kan hjelpe pasientene best hvis vi kan yte hjelp i et samspill med pasienten, dvs brukermedvirkning. Vi ønsket å lære mer om hvordan dette kunne oppnås på en kvalitetsmessig riktig måte. Det ble satt ned en tverrfaglig prosjektgruppe bestående av seksjonsleder, sykepleier, fysioterapeut, lege og en bruker. Brukeren var en tidligere pasient. Ledelsen ved Granheim stilte seg positiv til deltagelse. Brukermedvirkning og kvalitetssikring er to viktige oppgaver som ledelsen i Sykehuset Innlandet har pålagt oss å satse på.

Planlegge

For å kartlegge dagens situasjon gjennomførte vi brukertilfredshetsundersøkelse av alle 40 inneliggende pasienter i en bestemt uke. Alle fikk et standardisert spørreskjema for å kartlegge hva pasientene var fornøyd med og på hvilke områder det ville være hensiktsmessig å starte et forbedringsarbeid. Vi gjorde også fokusgruppeintervju med tolv pasienter fordelt på to grupper. Den ene gruppen bestod av de mer fysisk sterke pasientene, gruppe 1-pasienter, og den andre med de fysisk svakere, gruppe 2-pasienter. Vår bruker intervjuet gruppe 1 og lege gruppe 2. Begge gruppene hadde med seg en referent fra prosjektgruppa. Spørsmålene var standardiserte. Det var samsvar mellom svarene i spørreundersøkelsen og svarene i fokusgruppeintervjuene.

Kartleggingen viser at vi har forbedringspotensialer på områdene informasjon til pasientene, planlegging ved utskrivelse og informasjon til pårørende. Noen synes også det blir litt stille på kveld og i helgene. Ut fra svarene satte vi mål for forbedringsarbeidet.

Hovedmål:

Pasientene opplever nytte av rehabiliteringen og klarer bedre å mestre sin sykdom.

Delmål:

- 1 Bedre tilrettelegging ved utskrivelse av pasient.
- 2 Involvere pårørende i større grad
- 3 Analysere og forsterke det vi gjør veldig bra.
- 4 Involvere og hjelpe pasientene til å ta større ansvar for eget behandlingsopplegg og egen trening.
- 5 Jobbe bedre med pasientrettet tverrfaglig arbeid.

Vi laget undergrupper med en person fra prosjektgruppa og flere av de øvrige ansatte for å finne gode tiltak og for å involvere de andre på avdelingene.

- 1: Bedre tilrettelegging ved utskrivelse av pasient.
 - Ferdig epikrise ved utskrivelse.
 - Standardisere siste legevisitt og sluttsamtale med lege
- 2: Involvere pårørende i større grad.
 - Pårørendefolder.
- 3: Analysere og forsterke det vi gjør veldig bra.
 - Tilbakemelding til ansatte.
- 4 og 5: Jobbe bedre med pasientrettet tverrfaglig arbeid.
 - Påminnelsesbrev til pasientene to uker før innleggelse.
 - Revidert pasientkartleggingsskjema.
 - Informasjonsmøter med NAV.
 - Egentrening i helgene.
 - Post-løype ute i området rundt Granheim.
 - Selvhjelpsgrupper.
 - Brev til fastlege.
 - Omlegging av tverrfaglig møte.

Iverksette praksis

Ferdig epikrise ved utskrivelse.

Lege kjører pilot på dette de første ukene i jan 09. Hvis mange ønsker en ferdig epikrise ved utskrivelse, viser dette et behov som Granheim vil prøve å dekke. Det må imidlertid skje i et samarbeid med de andre legene.

Standardisere siste legevisitt og sluttsamtale med lege.

Det er laget en "sluttpakke" på hva utreisevisitten skal bestå av, slik at man er sikret at pasientene får den informasjonen, reseptene, henvisninger og lignende han/hun skal ha.

Pårørendefolder.

Denne har vært på "høring" i LHL Oppland, og vi har fått tilbakemelding på at den er "god og nyttig". Den sendes til alle pasienter fra jan 09, sammen med påminnelsesbrev om innleggelse ca to uker før innleggelse.

Analysere og forsterke det vi gjør veldig bra.

Vi valgte å ikke bruke så mye tid på dette målet i prosjektperioden, men svarene i kartleggingsundersøkelsen viste at vi er spesielt gode på å vise respekt og omsorg. Pasientene føler seg godt ivaretatt og har nytte av vårt rehabiliteringsopphold. Dette er videreformidlet til de øvrige ansatte på bl.a. våre fredagskaffer for alle ansatte.

Pasientkartleggingsskjema

Dette gir oss mer informasjon om pasienten og gjør at vi lettere kan komme i gang med rehabiliteringen. Skjemaet gir oss et grunnlag for en annen innkomstsamtale som i større grad kan fokusere på hva som er viktig for pasienten under oppholdet: Hva er det pasienten ønsker å oppnå? Hva kan pasienten bidra med og hva kan vi bidra med? Vi slipper også dobbeltkartlegging mellom lege og sykepleier. Skjema blir sendt ut fra jan 09. Gruppen som arbeidet med dette skjemaet, jobber videre med å endre innkomstsamtalen i tråd med tiltaket. Dette må samkjøres med oppstarten av EDS (elektronisk dokumentasjon av sykepleie) som starter 23.03.09.

Informasjonsmøte med NAV.

Det er gjort avtale med NAV som skal komme til Granheim hver 4.uke for å informere pasientene om hva NAV kan gjøre, spesielt for dem som er i arbeidslivet og for dem der det er ønskelig å benytte en restarbeidsevne. Første møte med NAV på Granheim var i januar 09.

Egentrening i helgene.

Egentrening i treningssal hver lørdag og søndag kl. 10.30 er innført og det er god oppslutning fra pasientene.

Post-løype ute i området rundt Granheim

Det er fra sommeren 08 hengt opp poster i området rundt Granheim som kan benyttes både av de spreke og mindre spreke. Pasientene får kart og kan gjennomføre dette individuelt eller i grupper på eget initiativ. Mange pasienter benytter dette tilbudet.

Selvhjelpsgrupper.

Starter i jan 09 med pasientsamtalegruppe om ettermiddagen etter dagsundervisning om trening. Fysioterapeut og bruker starter dette første gang, men vi forventer at gruppene skal være selvgående, og at personale bare setter dem i gang.

Brev til fastlege.

Sendes fra okt 08 med innleggesskriv til pasient. Pasient oppfordres til å ta med brevet til sin fastlege slik at de sammen kan starte forberedelser til oppholdet som for eksempel trening og røykeslutt.

Omlegging av tverrfaglig møte.

Møtet er etter en ukes innleggelse med pasient, lege, sykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut og sosionom. Fokus er å se hvordan pasienten har kommet i gang med sitt rehabiliteringsopplegg og hva vi og pasienten må gjøre videre for at han/hun skal nå sine mål.

På møtet kan vi også konkretisere og/eller justere pasientens mål hvis behov. En undergruppe har kommet med et forslag som prøves ut fra uke 6 i 09.

Måle og analysere data i forhold til mål

Vi har nettopp hatt en ny spørreundersøkelse med det samme spørreskjema som ble brukt under kartleggingen. Det er ikke forventet store endringer fra foregående undersøkelse da mange tiltak ikke har startet ennå. Vi tar derfor en ny spørreundersøkelse i april 09. Vi har også gjennomført nytt fokusgruppeintervju. Vi brukte de samme personene til å gjennomføre det. Vi gjorde to små endringer: -Vi fokuserte spørsmålene på de områdene vi har gjort endringer. -Vi mente å dele inn gruppene i fire i stedet for to, slik at vi får skilt de pasientene som har vært her tidligere og de som er førstegangspasienter. Gruppe 1 bestod av bare 3 pasienter, slik at den ble slått sammen. Gruppe 2 ble delt, derav 5 førstegangsinnlagte og 6 pasienter som hadde vært innlagt tidligere. Vi vil gi tilbakemelding til de respektive avdelinger, og vil oppfordre hver enkelt avdeling til å jobbe videre med pasientenes tilbakemeldinger. En ansatt ved Granheim skal som del av sin mastergrad også gjennomføre intervjuer med pasientene med et validert spørreskjema for å undersøke i hvilken grad oppholdet fører til at pasientene mestrer sin sykdom bedre.

Standardisere ny praksis, sikre videreføring og spre forbedringene

- I prosjektperiodene har vi flere ganger hatt informasjon til de ansatte på fredagskaffen. Fredagskaffen er for alle som arbeider på Granheim
- Vi har hatt en internundervisning hvor vi har lagt fram prosjektet, områder med forbedringspotensialer ut fra kartlegging og forslag til endringer.
- Prosjektleder har lagt fram prosjektet på sykepleieforum i des 08.
- Prosjektleder har lagt fram prosjektet for ledergruppa i habilitering/rehabilitering i Sykehuset Innlandet.
- Vi har markedsført prosjektet i Granheims internavis: "Granheimspusten" med visjonen om å bli Norges beste lungesykehus.
- Bruker og prosjektleder har vært intervjuet i Sykehuset Innlandet sin avis "SiA".
- Vi har startet et samarbeid med Solås rehabilitering, Gjøvik, for gjensidig oppbacking og utveksling av erfaringer. Vi ønsker å opprettholde dette samarbeidet når prosjektperioden er ferdig i februar.
- Vi har hatt spørreundersøkelse av personale for å kartlegge interesse og følelse av involvering. Den ga et svært dårlig resultat i både interesse og involvering. Prosjektgruppa ønsker å fortsette arbeidet, men ser det som mest realistisk at det foregår i en mindre målestokk og at vi må jobbe for at andre også involverer seg i dette arbeidet. Vi tror det er mest hensiktsmessig å bruke dem som er positive til denne type arbeid i stedet for å bruke masse tid der vi møter motstand.
- Vi kjører spørreundersøkelser to ganger i året med fortløpende vurdering av resultatene og oppfølgende kvalitetsforbedrende arbeid.
- Vi vurderer å opprette brukerråd for å styrke brukermidvirkningen ytterligere.
- Vi har en utfordring i å drive spredningsarbeid og involvering av de ansatte samtidig som det nå settes fullt fokus på EDS-opplæring fra jan 09 (elektronisk dokumentasjon av sykepleie) og oppstart fra 23.03.09.

Prosjektgruppa har jobbet godt sammen. Vi har klart å skape et likeverdig samarbeid mellom helsearbeiderne og vår bruker. Dette bunner nok noe i at vår bruker har vært bedriftsleder i et byggfirma i mange år. Hans erfaringer med å ta seg av kunder og ansatte, har vi opplevd kan overføres til tanker om brukermedvirkning og kvalitetsforbedringsarbeid i helsevesenet. Å ha med en bruker i gruppa har gitt inspirasjon og innspill som har vært fruktbart for arbeidet. Gjennom prosjektperioden har vi blitt mer bevisste på å inkludere pasienten i sin egen rehabilitering. Vi har opplevd en holdningsendring og bevisstgjøring både i direkte kontakt med pasienten, men også i måten vi tenker, når vi skal sikre kvalitet på vår tjeneste. Pasientene har gjennom prosjektarbeidet fått en sterkere posisjon som viktige bidragsytere. En annen viktig faktor vi vil trekke fram som veldig positivt, er de redskapene og prosessene vi har lært for å drive vedvarende kvalitetsforbedringsarbeid. Utfordringen for prosjektgruppa framover er å bruke disse aktivt og inkludere og spre kunnskapen videre.

Nansy Rusten: nansy.rusten@sykehuset-innlandet.no

15. Avdeling Spesialpsykiatri, Akershus universitetssykehus HF



Fra venstre:

Eli Stubrud – Vernepleier, videreutd. psyk. helsearbeid, målsansvarlig

Sigfrid Johannessen -klinisk sosionom, sekretær i teamet

Gry Haukåen – brukerrepresentant, LPP

Anna Marie Galambos, Avdelingssykepleier, leder av teamet

Avdeling Spesialpsykiatri er en del av Divisjon psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus HF. Avdelingen har 3 kliniske seksjoner. Seksjon A er en lukket seksjon med 12 pasientplasser, bl.a. med kompetanse på psykisk sykdom og rus. Seksjon B er en lukket seksjon med en skjermet enhet med 10 pasientplasser. Seksjonene driver et utredningsarbeid i forhold til å bli sikkerhetsseksjon. Tilknyttet denne seksjonen er det et tilbud kalt "Tunet". Her er det fire leiligheter som pasienter på vei ut i egen bolig kan benytte i en overgangsfase med ønske om et tett samarbeid med kommunen. Seksjon C er en lukket seksjon med 12 pasientplasser, bl.a. med kompetanse på spiseforstyrrelser.

Mål	Tiltak	Resultater
Sikre pasientens mål i behandlingsplanen.	• Pasienten involveres mer i utarbeiding av behandlingsplan. Samtaler før og etter behandlingsmøte hvor mål og tiltak er i fokus. • Pasientens formuleringer uttrykkes i mål og tiltak i behandlingsplanen. • Pasientene som ønsker har faste møter med behandler, som nedfelles i pasientens ukeplan. • Pasienten deltar i miniteam. Innarbeides i avdelingens rutiner og møtestruktur.	Utarbeide ny, årlig brukerundersøkelse som skal oppfølges med tiltak og mål i avdelingen og seksjonenes handlingsplan. Har ikke gjort målinger etter innføring av tiltak.
At pasienten opplever støtte og respekt i behandlingsforløpet.	• Pasientundervisning og pasientgrupper hvor håp og livsmot er tema. Internundervisning for personalet med fokus på holdninger, håp og livsmot	Planlegger å gjøre spørreundersøkelsen vi gjennomførte høsten 2008, på nytt til høsten 2009

Forberede

Vi ønsket å sette fokus på brukermedvirkning, og at prosjektet skulle gi motivasjon og entusiasme i forhold til å tenke brukermedvirkning i behandlingsprosessen, at resultatet av prosjektet skal vise økt kvalitet på behandlingen, og ha overføringsverdi til ulike deler av pasientbehandlingen.

Forankring og organisering av prosjektet

Prosjektet ble drøftet i ledermøtet 08.01.08. Teamets sammensetning, bruk av ressurser og tid var en del av diskusjonen. Det ble vedtatt å søke om deltagelse i prosjektet, og prosjektet ble nedfelt i avdelingens handlingsplan. Opplysninger om prosjektet og avdelingens deltagelse ble opplyst på sykehusets nettside. Informasjon ligger ute på avdelingens egen nettside. Brukerrepresentant informerer lokallaget for Landsforeningen for pårørende til psykisk syke (LPP) på Romerike om prosjektet. Teamet sender informasjon til brukerrådet på sykehuset og til andre organisasjoner (seprep). Deltar på pasient og pårørende undervisning og informerer der. Teamet er med på personalmøter og deltar på morgenmøter på de tre seksjonene og informerer personalet og pasienter og får tilbakemeldinger.

Planlegge

Målene våre ble

- Sikre pasientens mål i behandlingsplanen.
- Pasienten opplever støtte og respekt i behandlingsforløpet

Bruker- og personalundersøkelser ble gjennomført ved hjelp av spørreskjema, målt ut fra skalaen: oppnådd, delvis oppnådd og ikke oppnådd. Svarene er plottet inn i Excel og vi har tatt ut diagram som viser grad av tilfredshet på de ulike spørsmålene i skjemaet.

Vi bestemte at vi vil gjøre en spørreundersøkelse blant pasienter og personalet. En for pasienter og en for personalet. Spørsmålene er de samme, men personalet får to spørsmål i tillegg. Spørsmålene er laget med utgangspunkt i målene for prosjektet.

Spørreundersøkelsen viste gode tilbakemeldinger på mange områder, men tre spørsmål fikk lavt skår hos pasientene, det var:

- Jeg er fornøyd med innflytelsen jeg har på egen behandling.
- Jeg går igjennom mål og tiltak med min primærkontakt etter hver klinikk.
- Oppholdet mitt har gitt meg økt håp og livsmot for fremtiden.

Disse funnene var også sammenfallende med tilbakemeldingene fra personalet.

Teamet snakker om hvordan vi kan få bedre oppslutning om spørreundersøkelsen, da den første undersøkelsen gav for få tilbakemeldinger/svar. Vi fikk tips på samlingen i gjennombruddsprosjektet om at brukerrepresentanten i teamet kunne være med å snakke med personalet og pasientene om betydningen av å gi tilbakemelding ut fra sitt ståsted. Teamet hadde nye informasjonsmøter med personalet og pasientene. Kopierte spørreskjema og la ved informasjonsskriv. Påpekte at vi ønsket hjelp til å bli bedre og at undersøkelsen ville være anonym.

Brukerrepresentant og en annen fra teamet var med da undersøkelsen ble gjennomført. Undersøkelsen ble gjennomført på alle seksjonene i morgenmøtet på den samme dagen. Besvarelsene ble samlet inn i møtet. Responsen var veldig god. Teamet og deler av teamet har hatt enkeltsamtaler og gruppesamtaler med pasientene på alle tre seksjoner ut fra resultatet av spørreundersøkelsen. Tilbakemeldinger fra pasienter var tydelig og konkrete, og de ble skrevet ned. Teamet har også hatt møter med personalet. Her har vi sett på personalets spørreundersøkelse og tenkt høyt rundt resultatet. Vi presenterte pasientenes tilbakemeldinger for personalet. Forslag som kom frem ble skrevet ned og tatt med videre.

Iverksette praksis

Tiltak og forslag til tiltak som iverksettes:

- Pasienter har faste møter med behandlere som nedfelles i ukeplan.
- Internundervisning for personalet i forhold til holdninger og ha fokus på håp og livsmot hos pasientene. Avtalt med foreleser som kommer på internundervisningen til avdelingen i mai. Skal snakke om sykehusets visjon: " Menneskelig nær, faglig sterk," med fokus på holdninger, håp og livsmot.
- Pasientundervisning hvor håp og livsmot er tema. Bruke morgenmøte eller lage en samling som blir annonsert med oppslag.
- Pasientgruppe – livssynsgruppe på tvers av seksjonene. Dette har vært et tilbud som prestetjenesten, i samarbeid med miljøpersonalet, har hatt for pasientene tidligere. Opprettes på ny med tema: Håp og livsmot.
- Jobbe med behandlingsplan i miniteam, hvor pasienten får tilbud om å delta. Nedfelle dette i avdelingens rutiner og møtestruktur.
- Brukerundersøkelse – utarbeide forslag til brukerundersøkelse som pasientene besvarer ved utskrivelse.

Kontrollere

Teamet vil gjennomføre spørreundersøkelsen på nytt i begynnelsen av juni 2009, etter at tiltakene har vært prøvd i 3 måneder. Vi har satt som mål at de tre spørsmålene / fokusområdene skal øke fra ca. 50 % til 80 % tilfredshet.

Teamet synes det er kommet opp mange tiltak som blir iverksatt i forhold til dataene. Vi ser at tilbakemeldingene fra pasienter og personalet også inneholder data vi ikke har lagt vekt på nå, men som vi kan ta tak i senere. Blant annet data som går på informasjonsflyt. Ser også at prosjektet får ringvirkninger – snøballeffekt, som gjør at dette sprer seg til flere områder av virksomheten.

Standardisere og følge opp

Tiltakene skal nedfelles i seksjonenes og avdelingens handlingsplan. Tiltakene nedfelles også i ny møtestruktur som er under utprøving. Vi vil også beskrive tiltakene i form av prosedyrer og rutiner. Teamleder sitter som kvalitetsveileder i prosjekt om kartlegging av pasientforløpet, hvor prosedyrer og rutiner kartlegges og utarbeides.

Vi vil jobbe videre med hvordan resultatene skal brukes, men tenker å lage en tiltaksplan ut fra resultat / skåringer. Brukerundersøkelsen nedfelles i avdelingens / seksjonenes årlige handlingsplan.

Vi har laget følgende plan for spredning

- Tett kommunikasjon med ledelsen videre.
- At brukermedvirkning kommer med i handlingsplan årlig.
- Møter med personalet og pasientene.
- Ny praksis inn i rutiner og møtestruktur.
- Delta med prosjektet på fagdag i divisjonen høsten 2009.
- Avdelingssjef har hatt tema ledelse og brukermedvirkning for divisjonenes ledermøte hvor prosjektet var utgangspunkt.
- Teamleder skal i april delta i sykehuset brukerråd og snakke om prosjektet.

- Avdelingen arrangerer fagdag, for psykiatrisk divisjon Ahus, kommuner og bydeler i opptaksområde, om tvangens etikk i april 2009. Her er en brukerrepresentant invitert fra Mental helse til å delta med innlegg om temaet ut fra sitt ståsted.

Læring

Det viktigste vi har lært kan oppsummeres slik

- At pasienten er verdt å høre på.
- Pasientene er ikke så syke at...
- Blitt konfrontert med ubevisst holdninger og kulturer.
- Ting tar tid. Prosesser må få ta tid.
- Endringer komme som resultat av prosesser som er forankret i ledelsen, personalet og pasientene.
- Viktig med informasjon gjennom flere kanaler – møter, oppslag, brosjyre, veggavis, nettside m.m.

Det vanskeligste ved arbeidet har vært å involvere den enkelte medarbeider, slik at hele personalgruppa på seksjonene får et eierforhold til prosjektet. Det har også vært vanskelig å få med behandlerne i prosjektet.

Vi opplever at holdninger er i ferd med å endres og at ordet brukermedvirkning nå er kjent på avdelingen og seksjonene, både blant pasienter og personalet.

Teamet opplevde at det tok lang tid før vi skjønnte hvordan vi skulle jobbe. Seminarene ble vitamininnsprøytninger, men litt nedtur når vi kom hjem fordi vi da var "ett annet sted" i vårt lokale prosjekt. Prosjektet har tatt mye tid og det har vært vanskelig å beregne det på forhånd. Brukerrepresentant har vært helt uvurderlig og nødvendig for prosjektets tillitt og anerkjennelse hos både personal og pasienter.

Anna Marie Galambos: Anna.Marie.Galambos@ahus.no

16. Psykiatrisk avdeling, Sykehuset Buskerud HF

Kunnskap for helse



Teamet (fra venstre):

Irene Norheim, brukerkonsulent,
Monica Strand, FoU-rådgiver og leder av
teamet,
Elisabeth Norup, fagutviklingssykepleier og
Helle-Britt Løkka, fagutviklingssykepleier

MÅL	TILTAK	RESULTAT
• Pasienter og/ eller pårørende som deltar i <i>behandlingsteam</i> har økt med 70 prosent. • <i>Medvirkning i egen behandling</i> har i brukerundersøkelse økt fra 6,5 til > 8.	• Ny retningslinje for <i>behandlingsteam</i> – pasienter og pårørende deltar. • <i>Refleksjonsgrupper</i> med ansatte – økt bevissthet om brukermedvirkning og informasjonsarbeid.	Tiltakene er nylig iverksatt og resultatmålinger foreligger ikke. Imidlertid har Psykiatrisk avdelings pasienter, ledere og ansatte gjennom prosjektet endret sin måte å tenke om brukermedvirkning, både som et viktig mål, men også som et avgjørende middel til å oppnå forbedringer.
• <i>Informasjon til pasient</i> har i brukerundersøkelse økt fra 5 til > 8.	• Bruk av <i>medarbeider med brukererfaring</i> i undervisning for pasienter og / eller pårørende. • Bruk av <i>Veiledningsperm</i> for ansatte – støtteverktøy for brukermedvirkning, informasjon, undervisning og veiledning.	Dette er starten på et paradigmeskifte som gjør at vi utfordres i å tenke annerledes i utformingen av våre tjenester også i fremtiden.

Innledning

Psykiatrisk avdeling gir tilbud til personer som har behov for øyeblikkelig hjelp på grunn av alvorlig psykisk lidelse. Hovedvekten av avdelingens tilbud blir lagt på utredning, diagnostisering og oppstart av behandling. Avdelingen har sentralsykehusfunksjon med Buskerud fylke som opptaksområde, og har rundt 1100 innleggelser årlig. Psykiatrisk avdeling er organisert i 9 ulike enheter for innlagte pasienter og 1 poliklinikk. Psykiatrisk avdeling prioriterer forskning, faglig utvikling og kompetansebygging, og det er et nært samarbeid mellom avdelingen og Forsknings- og utviklingsenheten (FoU-enheten).

Deltagelse i ...med pasientens øyne... danner grunnlag for forbedringer i hele psykiatrisk avdeling, men to av enhetene gjennomfører forbedringer før disse spres: *Rehabiliteringsenheten* er en lukket behandlingsenhet med 12 plasser og skjermingsmulighet og gir tilbud til pasienter med alvorlig psykisk lidelse. *Utredningsenhet for alderspsykiatri* er en lukket enhet for pasienter med debuterende alvorlig psykisk lidelse etter fylte 65 år; psykoser, forvirringstilstander, depresjoner og har 10 plasser og skjermingsmulighet.

Forberede

Vår motivasjon til å søke var knyttet til gjennombruddsprosjektets systematiske arbeid, og den mulighet det ville gi oss til å få ekstern veiledning. Vi ønsket å få støtte til å kvalitetssikre eget prosjekt, spesielt til å styrke prosjektets gjennomførbarhet og spredning.

Psykiatrisk avdeling startet høsten 2007 et prosjekt; *Kunnskap for helse*, hvor det er fokus på informasjon, undervisning og veiledning som middel til å oppnå større grad av brukermedvirkning og mestring for den enkelte pasient og hans/hennes familie. Prosjektet er forankret i Strategiplanen til Psykiatrisk klinikk, og er bredt forankret både på topp – og mellomledernivå og blant de ansatte ved en styringsgruppe og en prosjektgruppe.

Planlegge

Mål 1: Pasienter og/ eller pårørende som deltar i *behandlingsteam* har økt med 70 prosent. Mål 2: Område *Medvirkning i egen behandling* har i brukerundersøkelse økt fra 6,5 til > 8. Mål 3: Område *Informasjon til pasient* har i brukerundersøkelse økt fra 5 til > 8.

Kartleggingen av praksis er blitt gjort ved bruk av brukerundersøkelser og fokusgruppeintervjuer for både pasienter og ansatte. De viktigste funnene var manglende systematikk og metode for både brukermedvirkning og informasjonsformidling ved begge enheter.

Fokusgruppene med pasienter viste mange og sterke historier om betydningen av å bli sett og hørt; å bli tatt på alvor og å være med å utforme egen behandling. Samtidig satte de også pasienters ord på utfordringer knyttet til både det å være eldre og innlagt på sykehus, og det å være ung og innlagt på sykehus, gjerne over lengre tid og med langt mindre innflytelse over egen hverdag enn hva unge mennesker ønsker. To sitater viser viktige temaer i fokusgruppene, -betydning av å ta hensyn til den enkeltes opplevelser og behov, men også informasjon om de enkelte symptomer og plager:

Den eneste måten å bli klar på, er å snakke om hvordan man har det og hva man ønsker ut av oppholdet, det er det som hjelper. Da kommer man over det. Bli kjent med seg selv.

Jeg har ikke fått informasjon om hva som kan skje med meg når jeg er syk. Visste at noe var galt, -følte meg forfulgt, avlyttet. Ville gjerne hatt mer informasjon om dette. Vet ikke hva jeg skal gjøre hvis jeg blir syk igjen.

Fokusgruppene med ansatte ga beskrivelser om manglende retningslinjer og ansvarliggjøring knyttet til brukermedvirkning og informasjonsformidling. Brukermedvirkning og informasjonsarbeid kan oppleves som utfordrende av de ansatte, spesielt i forhold til de

svakeste pasientene – for eksempel pasienter med kognitiv svikt eller pasienter som ikke har forståelse for hvorfor de er innlagt. Samtidig skisserer de ansatte også flere måter å møte utfordringene på. Ved å ta utgangspunkt i pasienters ønsker og egenerfarte problemer, kan de ansatte bidra til pasienters motivasjon for brukermedvirkning og informasjonsarbeid. Pasienters opplevelser og begrepsbruk kan gi verdifull inngang til brukermedvirkning og informasjonsarbeid. Samtidig beskriver de ansatte dilemmaer når pasienter kommer med ønsker og behov de ikke kan innfri.

Iverksette forbedringstiltak

Forbedring 1: Ny retningslinje for *behandlingsteam* – pasienter og pårørende deltar. Forbedring 2: Bruk av *medarbeider med brukererfaring* i undervisning for pasienter og / eller pårørende. Forbedring 3: *Veiledningsperm* for ansatte – støtteverktøy for informasjon, undervisning og veiledning. Forbedring 4: *Refleksjonsgrupper* med ansatte – økt bevissthet om brukermedvirkning og informasjonsarbeid.

Forbedringene er besluttet ut fra kartlegging av praksis og deretter en drøfting med pasienter på enhetene, Brukerråd, styringsgruppen og øvrige ansatte.

En sentral del av prosjektet og dets endringer gjøres gjennom forbedring av pasientens medvirkning i egen behandling, og behandlingsteamet er et virkemiddel i så måte. Formålet for behandlingsteam er å sikre kontinuitet og faglig forsvarlighet i utredning og behandling. Behandlingsteamet består minimum av pasienten selv og eller nærmeste pårørende, pasientansvarlig lege/psykolog og miljøbehandler. Drøftinger og beslutninger vedrørende utredning og behandling foretas i behandlingstemaet. Brukermedvirkning, mestring, involvering av privat og offentlig nettverk og informasjon, undervisning og veiledning til pasienter og pårørende om psykisk lidelse, behandling og forebygging vil også være sentrale temaer i behandlingsteamet.

Prosjektteamet planlegger fortsatt fokus på forankring, både blant ledelse og ansatte for øvrig. Internundervisning, personalmøter, styringsgruppemøter og egen inspirasjonsdag med fokus på brukermedvirkning og informasjonsformidling vil benyttes til dette formålet. Videre skal teamet benytte endringslogg og en sjekkliste for å følge forbedringene skritt for skritt.

Den 15.april arrangerte teamet en Inspirasjonsdag som var startskuddet for iverksetting av forbedringer i praksis. Over 80 fra Psykiatrisk avdeling deltok på denne dagen og fikk informasjon og inspirasjon til å iverksette de endringer prosjektet har som mål. Endelig resultater fra forbedringene foreligger høsten 2009.

Kontrollere

For å måle om målene blir oppnådd vil vi benytte oss av ulike måleverktøy. Mål 1 vil vurderes ut i fra opptelling hvorvidt pasienter og / eller pårørende har deltatt i behandlingsteam. Teamet vurderer også å benytte tilpasset *Session Rating Scale* (Scott et al., 2002) for en beskrivelse av pasienters og / eller pårørendes deltagelse i behandlingsteamet. Mål 2 og 3 skal vurderes ved funn fra brukerundersøkelse (Statens helsetilsyn utredningsserie 6-2001). Brukerundersøkelsen krever minimum 15 besvarelser for å gi valid informasjon om brukernes tilfredshet, og det kan ta opp til 1 år før vi oppnår dette antallet på begge enhetene. Imidlertid vil prosjektet også presentere svarene tilbake til behandlingsteamet og enheten fra de enkelte pasienter ved bruk av SPC. På denne måten ønsker vi å følge prosessen med

brukermedvirkning og kunnskapsutveksling mellom pasienter, pårørende og helsepersonell – og forhåpentligvis kan dette bidra til at vi blir oppmerksomme på eventuelle behov for justeringer av forbedringene underveis.

Standardisere og følge opp

Forbedringene vil inngå som en del av praksis ved Rehabiliteringsenheten og Utredningsenheten for alderspsykiatri ved at det er en del av de to enhetenes handlingsplan. Fagutviklingssykepleierne ved de to enhetene vil ha ansvaret for at forbedringene forblir en del av praksis og vil benytte skåringer fra verktøyet om vedvarende forbedring aktivt i dette arbeidet.

Forbedringene skal spres til alle de andre enheter i avdelingen ved fortsatt bruk av Metode for kvalitetsforbedring. Det er sannsynlig at det er hensiktsmessig å dele opp spredningen i to faser. Fase en kan bestå av forbedringsarbeid i akutenhetene, mens fase to kan bestå av forbedringsarbeid i de gjenværende enheter og poliklinikk. Spredningen vil innebære at målene for prosjektet inngår i avdelingens handlingsplan og at forbedringene inngår i avdelingens kvalitetssystem.

Læring

Det viktigste vi har lært ved deltagelse på ...med pasientens øyne... er betydningen og effekten av brukermedvirkning. Temaet håper og tror at dette har gitt oss annen ordens endringer; både våre holdninger og handlinger er annerledes nå enn ved oppstart. Som sagt tidligere: det føles umulig å gå tilbake på det vi har lært gjennom denne prosessen! Samtidig har kvalitetsprosjektet gitt verdifull erfaring med Metode for kvalitetsforbedring – og Forankring! Forankring! Forankring! står her sentralt sammen med praktiske råd og tips innenfor hver av fasene. Den største utfordringen for dette prosjektet har kanskje nettopp vært forankring på alle nivå på begge enheter, samtidig som spenningsfeltet mellom brukermedvirkning og helsepedagogikk på den ene siden og systematikk og metode på den andre siden har gitt oss hodebry i utformingen av tiltakene. Underveis har det vært en tålmodighetsprøve å ta skritt for skritt; vi føler oss overmodne for å handle, endre, forbedre! Nå er prosjektet som helhet også snart klar for å sette forbedringene ut i praksis, og vi tror at vi vil høste av gode forberedelser. Samtidig er vi ydmyke for at vi ønsker mye for både våre pasienter og våre kolleger - og at endring tar tid. Vi er dermed beredt til å arbeide med brukermedvirkning og kunnskapsutveksling i lang, lang tid fremover. Og har vi skjønt dette med sirkelen sånn akkurat passe, så ser vi jo at vi aldri helt blir ferdige heller! Det føles egentlig helt greit, for deltagelse i ...med pasientens øyne... og opplevelse av GRUK på nært hold har gitt oss engasjement og iver for både kvalitets- og teamarbeid. Moro! Herlig!

Monica Strand: Monica.Strand@sb-hf.no

17. Døgnerheten, Solli Distrikt Psykiatrisk Senter



Teamet har bestått av Kjerstin Lervik, leder, Lioba Borrevik, kvalitetsrådgiv., måleansvarlig, Margaret Rose Rødland, psykiatrisk hjelpepleier/pårørende, Ove Vestheim, brukerrepresentant, Astrid Takvam, sykepleier Sivi Haugen Rosendahl, avdelingsjef

Solli sykehus er fra 1. januar 2009 endret til Solli Distrikt Psykiatrisk Senter (DPS). Solli DPS består av poliklinikk med rehabiliteringsteam, dagavdeling og døgnavdeling med 20 sengeplasser og ettervernsgruppe. Vi er ca. 120 ansatte og er plassert ca.1 mil utenfor Bergen sentrum. Vår prosjektgruppe jobber med kvalitetsforbedring i døgnerheten.

Mål	Tiltak	Resultater
• Bevisstgjøre den positive tilnærmingen hvor brukerne/pårørende deltar aktivt på lik linje med de profesjonelle hjelperne • Forbedre tjenestetilbudet gjennom aktiv medvirkning fra brukerne ved å danne en permanent bruker/ pårørende gruppe • Øke personalets forståelse for brukerens behov	• Iverksette brukerforum • Forslagskasse hvor brukere kan gi anonyme innspill • Pårørende samtaler med informasjon og omvisning med mer • Pasientens time med informasjon om aktuelle tilbud etter oppholdet	Brukerforum får mange tilbakemeldinger og er satt på budsjettet. Nye målinger skal foretas i september.

Forbedre

To refleksjoner førte til valg av foreliggende forbedringsområdet. For det første ønsket vi å bygge videre på et tidligere prosjekt i prosessforbedring (sengeposten) som omhandlet en trinnvis fremstilling av prosessen "Pasient inn – pasient ut". For det andre har Solli nylig endret status fra sykehus til DPS, med alle de anmodningene og nye satsningsområder som følger med.

Prosjektet ble lagt frem for administrasjons- og avdelingsråd for godkjenning. Deretter ble det valgt ut medarbeidere og brukere som skulle være med i prosessgruppen.

Gruppen har dessverre gjennomgått flere utskiftninger av både teamdeltakere og ledelse. Det har også vist seg vanskelig å rekruttere brukere til gruppen. Dette har vært med å hindre kontinuitet i prosjektarbeidet, samtidig som det har vært krevende å stadig skulle verve nye medlemmer til gruppen. På grunn av pågående omorganisering har ikke prosjektet fått den oppmerksomhet vi ønsket fra lederne.

Grunnen til at gruppen fungerte, trass i utskiftninger og til dels manglende engasjement fra medarbeiderne, har nok i hovedsak vært at både assisterende avdelingssjef og psykiatrisk hjelpepleier/brukerrepresentant har vist stor innsatsvilje og vært meget aktive i å rekruttere nye medlemmer og gitt dem nødvendig støtte. Fremdriftsplanen har vært avgjørende for fortsatt prosjektarbeid, - det å ha konkrete og oppnåelige mål å jobbe mot, har vært en viktig faktor for fortsettelse av arbeidet til tross for alle utskiftninger.

Vi er nå egentlig mot alle odds en sammensveiset og engasjert gruppe, som er stolte over at vi har overvunnet problemene vi har møtt. Hvert nye medlem har deltatt aktivt med et ønske om å få både prosjektet og gruppen gjennom motstandsperiodene.

Planlegge

Vår målsetting har vært:

- Bevisstgjøre den positive tilnærmingen hvor brukerne/pårørende deltar aktivt på lik linje med de profesjonelle hjelperne
- Forbedre tjenestetilbudet gjennom aktiv medvirkning fra brukerne ved å danne en permanent bruker/pårørende gruppe
- Øke personalets forståelse for brukerens behov

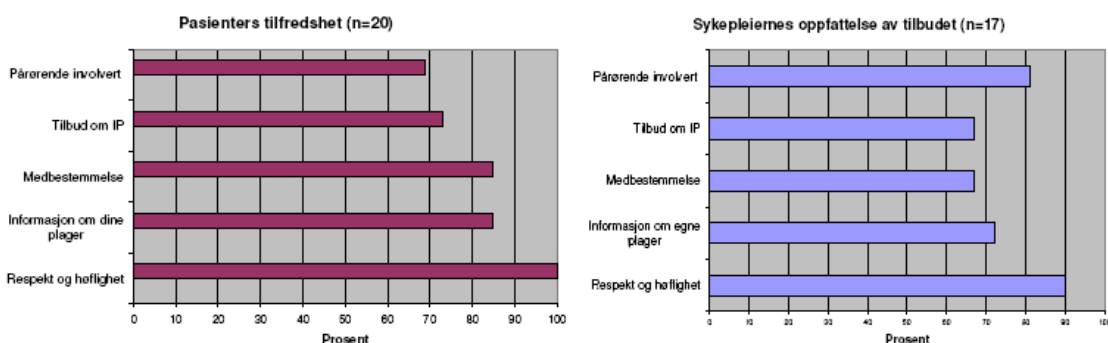
For å kartlegge hvordan dagens praksis fungerte, laget vi et spørreskjema. Vi hentet ideer til spørsmålene fra andre institusjoner som hadde arbeidet med lignende problemstillinger. For å øke interessen blant medarbeiderne ble nesten de samme spørsmålene stilt til både pasienter og sykepleiere.

Fremdriftsplan og spørsmålene ble så presentert på et personalmøte. Medlemmene i gruppen delte ut spørreskjemaene blant pasientene og sykepleierne. Svarene ble deretter levert til måleansvarlig.

Spørreskjemaet omhandlet opplevelsen av respekt og høflighet i mottakelsen, om nødvendig informasjon om egne plager ble gitt, om pasienten deltok i utformingen av behandlingsopplegget, om de fikk tilbud om individuell plan og om pårørende ble involvert. Svaralternativene var *meget bra* (3), *bra* (2), *mindre bra* (1), *ikke aktuelt* og *vet ikke*. Både pasienter og sykepleierne svarte anonymt.

Spørreskjemaene ble delt ut til de pasienter som ble skrevet ut. Sykepleierne skulle svare snarest mulig. Det ble satt en forventet grense på 20 svar. Undersøkelsen foregikk i tiden september til desember 2008. Fra pasienten kom det inn 20, fra sykepleierne 17 svar.

Generelt evaluerte pasientene sitt opphold på sykehuset litt bedre enn sykepleierne gjorde, bortsett fra når det gjaldt involvering av pårørende. Forbedringspotensialet i forhold til pasientgruppen ligger hovedsakelig i ønske om nærmere samarbeid med pårørende og mer fokus på Individuelle planer.



Siden vi hadde så få svaralternativer og en del pasienter og sykepleiere hadde svart *vet ikke* og *ikke aktuelt* på en del spørsmål, er våre svar ikke egnet for SPC. Vi kan se at det er noe variasjon, men ikke spesielt mye.

Både personalet og ledelsen var positivt overrasket over hvor tilfredse pasientene var. Spesielt la en merke til kommentarene som utdypet noe, men også førte til undring. Sykepleierne påpekte en del usikkerhet i forhold til når spørreskjemaet skulle fylles ut, og om dette skulle relateres til en bestemt pasient. Her ser vi at vi har vært noe uklare i bestillingen. Dog kan en si at både ledelsen og ansatte generelt var positivt innstilt overfor undersøkelsen.

Med bakgrunn i foreliggende resultater har gruppen satt opp følgende fremdriftsplan:

- Iverksette brukerforum – oppstart februar 09 Dette er i første omgang er videreføring av eksisterende forum som har som mål å fremme en aktiv brukermedvirkning. Vi håper at forumet vil bli en integrert del i sykehusets pasienttilnærming og kan bidra til å tilrettelegge pasientenes opphold og behandlingstilbud på best mulig måte.
- Forslagskasse – oppstart mars 09 Idékassen skal settes opp for å kunne ta imot anonyme innspill fra brukerne. Kassa skal tømmes regelmessig og innkomne forslag skal behandles i brukerforumet som godkjent/ikke godkjent. Informasjon formidles videre til sykepleiergruppen. Tilbakemelding til pasientene skal skje innen 14 dager.
- Pårørende samtaler – oppstart april 09 For å forbedre samarbeidet med de pårørende vil vi tilby en del informasjon, forutsatt at pasienten samtykker i det, blant annet om hvem som er pasientens behandler og eventuell type behandling som gis. Videre informeres om aktuelle medisiners virkning og bivirkninger. Også pårørende vil kunne ytre sine behov for informasjon i forhold til pasientens opphold på sykehuset. Det vil også holdes omvisning på sykehuset for dem som måtte ønske det. Neste steg her vil være mer utdypende samtaler med pårørende og gjensidig informasjonsutveksling, hvis pasienten er innforstått med dette.
- Pasientens time – oppstart mai 09 Etter endt behandling er det viktig at pasienten er fortrolig med de tilbud som finnes i hans bydel eller kommune. Her vil det bli gitt informasjon om ideelle organisasjoner og tiltak som kan være aktuelle for pasienten å komme i kontakt med. Denne type informasjon vil gis enten individuelt eller gruppevis.

Iverksette praksis

Gruppen har nå skiftet navnen fra prosjektgruppe til brukerforum. Det arbeides videre med å få tilknyttet enda en bruker. Frem til sommeren er det satt av månedlige møter på ca to timers varighet. For å ha kontinuitet i arbeidet brukes fremdriftsplanen aktivt. Her ble det satt opp datoer for igangsetting av de enkelte tiltakene. Hvert medlem i gruppen /forumet får tildelt oppgaver som vedkommende er ansvarlig for å utføre. Mellom møtene har medlemmene regelmessig kontakt via mail og/eller telefon.

Kontrollere

Vårt siste tiltak skal startes opp i mai måned. Vi vil jobbe systematisk med å gjennomføre og vedlikeholde tiltakene, slik at de blir godt implementert i det daglige arbeidet. I slutten av september skal vi deretter foreta nye målinger for å evaluere effekten. Om det skal brukes samme type spørsmål eller om fokus skal endres noe vil bli diskutert på vårt første møte etter sommerferien i august. Vi har sett at vi kanskje burde brukt en svarskala med fem grader av tilfredshet, isteden for bare tre, fordi svarene da er lettere å analysere med SPC.

Læring

Vi anser prosjektet for vellykket, selv om det er flere svakheter i arbeidet vårt. Vi har kunnet sette fokus på en del viktige forbedringsområder som vi vil kunne fortsette å arbeide videre med. Samtidig ser vi at prosjektet har økt interessen blant personalet og også vil øke innsatsen deres. Brukerforumet har per i dag fått et nytt medlem, en sykepleier og vil knytte til seg enda en bruker. Vi har lært at det nytter å stå på!

I etterkant kom det tydelig frem at det var satt for lite fokus på forberedelsesfasen og forankring i øverste ledelse. Prosjektet burde ha vært lagt ut på intranett, informert om på allmøter og flere personalmøter før oppstart. I begynnelsen var det få som kjente til "med pasientens øyne", bortsett fra de få involverte. Litt kan dette skyldes store omorganiseringer i organisasjonen parallelt med prosjektet, men mye er nok lagt til utilstrekkelig interesse fra øverste ledelse. En årsak til det er selvfølgelig at vi i oppstarten heller ikke var bevisste på hvor viktig det var å stadig informere ledelsen om vår progresjon/tilbakesteg uavhengig av deres i utgangspunktet litt likegyldige signaler. Nå har imidlertid direktøren gått med på å sette av penger på budsjettet øremerket brukerforum.

Vi har allerede fått varsel om at sak fra innlagte pasienter om ønske om trådløs internett tilkobling vil oversendes brukerforum etter henvisning fra avdelingsledelsen. Brukerundersøkelsene holdt opp mot sykepleierundersøkelsene har vakt interesse i avdelingen for nytten av forbedringsarbeid. Dette medfører entusiasme i forhold til videre fremdrift, slik vi har skissert i fremdriftsplanen.

Vi takker for at vi har fått delta i prosjektet ".....med pasientens øyne". Uten denne deltakelsen hadde vi nok fortsatt hatt pasientmedvirkning som en sak til planlegging en gang i fremtiden, - kanskje.

Kjerstin Lervik: kjerstin.lervik@solli.no

18. Døgnerheten Tromsø, Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn



Brukerstyrt seng – makten skifter eier? Veien til mestring av eget liv!

Bak fra venstre:

Åsrún Gjølstad, Stein Petter Antonsen, og Liv Ingrid Sollied.

Foran fra venstre:

Dora Schmidt Stendal, Trine Sørensen og Borghild Måsø Helland.

Døgnerheten Tromsø er et allmennpsykiatrisk korttidstilbud på DPS-nivå ved Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn, Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

Enheten gir i første rekke et tilbud til:

- Pasienter som har et behandlingstilbud i poliklinikk/akuttenhet, og hvor en forsterkning av tilbudet i form av tidsavgrenset innleggelse fremstår som fornuftig.
- Avlastningstilbud for hjemmeboende personer med behov for en tidsavgrenset miljøforandring av den typen som en slik sengepost kan representere.

Døgnerheten har 14 plasser, hvorav fire plasser er øremerket for akutte innleggelser via Akuttenheten i senteret. Noen pasienter kommer direkte til Døgnerheten andre kommer via Akuttposten. Døgnerheten ser det som svært viktig å være tilgjengelig for Akuttenheten og ha lav terskel på innleggelser. Behandler fra Akuttenheten er vanligvis ansvarlig behandler for pasienter i disse plassene. Døgnerheten har stor fleksibilitet i bruk av sengeplassene og samarbeidet med Akuttenheten er svært viktig og avgjørende for utnyttelse av sengekapasiteten i senteret.

Mål	Tiltak	Resultat
Øke tilgjengeligheten for innleggelse til brukere som har hatt behov for gjentatte innleggelser i Døgnerheten	15 pasienter har fått tilbud om brukerstyrt innleggelse i Døgnerheten	12 pasienter har skrevet under avtale om brukerstyrt innleggelse. 10 har til nå tatt i bruk brukerstyrt innleggelse. Alle som har henvendt seg er blitt tatt imot.
La brukeren selv definere og erkjenne behovet for innleggelse uten at dette skal overprøves eller vurderes av andre.	Pasientene har selv bidratt til å utforme rammene for brukerstyrte innleggelser og innholdet i avtalen som er undertegnet.	Det blir gitt gode tilbakemeldinger fra brukerne som har dette tilbudet, selv om noen synes det er rart og uvant. Brukerne forholder seg til rammene de selv har laget om å kunne være maks 5 dager innlagt og da en karantenetid på tre uker.
Øke egenmestring gjennom selv å kunne styre behovet for innleggelse.	Det er øremerket 2 senger i Døgnerheten til brukerstyrte innleggelser. Prosjektet startet opp 02.02.09	Personalet er blitt utfordret på å la brukerne i større grad vurdere og definere egne behov knyttet til innleggelse. Det har vært ledig sengekapasitet til tross for at personalet trodde at pågangen kom til å være stor.

Forberede

I tillegg til nedfelte virksomhetsmål i senteret om kvalitetsforbedringer gjennom brukermedvirkning, hadde Døgnerheten målsetting om å iverksette kvalitetsforbedringstiltak som ble etterspurt i en brukerundersøkelse ved døgnerheten våren 2006. Med dette utgangspunktet ønsket Døgnerheten å prøve ut "brukerstyrt seng", det vil si at brukeren gjennom avtale har mulighet for å innlegge seg selv ved direkte henvendelse til Døgnerheten, -og slik dreie brukermedvirkning til brukerstyring. Dette er i tråd med senterets målsetting om i størst mulig grad å ha en behovstilpasset organisering/strukturering av tjenestetilbudet, med utgangspunkt i brukerperspektiv fremfor tjenesteyterperspektiv.

Senteret vektlegger utvikling av en relasjons-og nettverksorientert profil. Internt i senteret innebærer dette et nært samarbeid mellom pasienter og medarbeidere i utviklingen av tilbudet til den enkelte, og eksternt et samarbeid med brukernes nettverk, brukerorganisasjoner og helse-og sosialtjenester i opptaksområdet.

Forankere og organisere forbedringsarbeidet

Prosjektet var godt forankret hos ledelsen ved senteret gjennom dets godkjenning av prosjektet og ved at en representant (klinikkrådgiver) fra senterledelsen aktivt deltar i teamets møter og øvrig arbeid. Prosjektgruppen hadde således mulighet til kontinuerlig å formidle prosjektets status og evt. problemstillinger til lederteamets ukentlig møter. I tillegg ble prosjektet ved oppstart og underveis lagt frem for senterets avdelingsråd med representanter fra senterledelsen og enhetslederteamene ved Døgnerhetene, Akuttenheten, Rehabiliteringsenheten og Voksenpsykiatrisk poliklinikk.

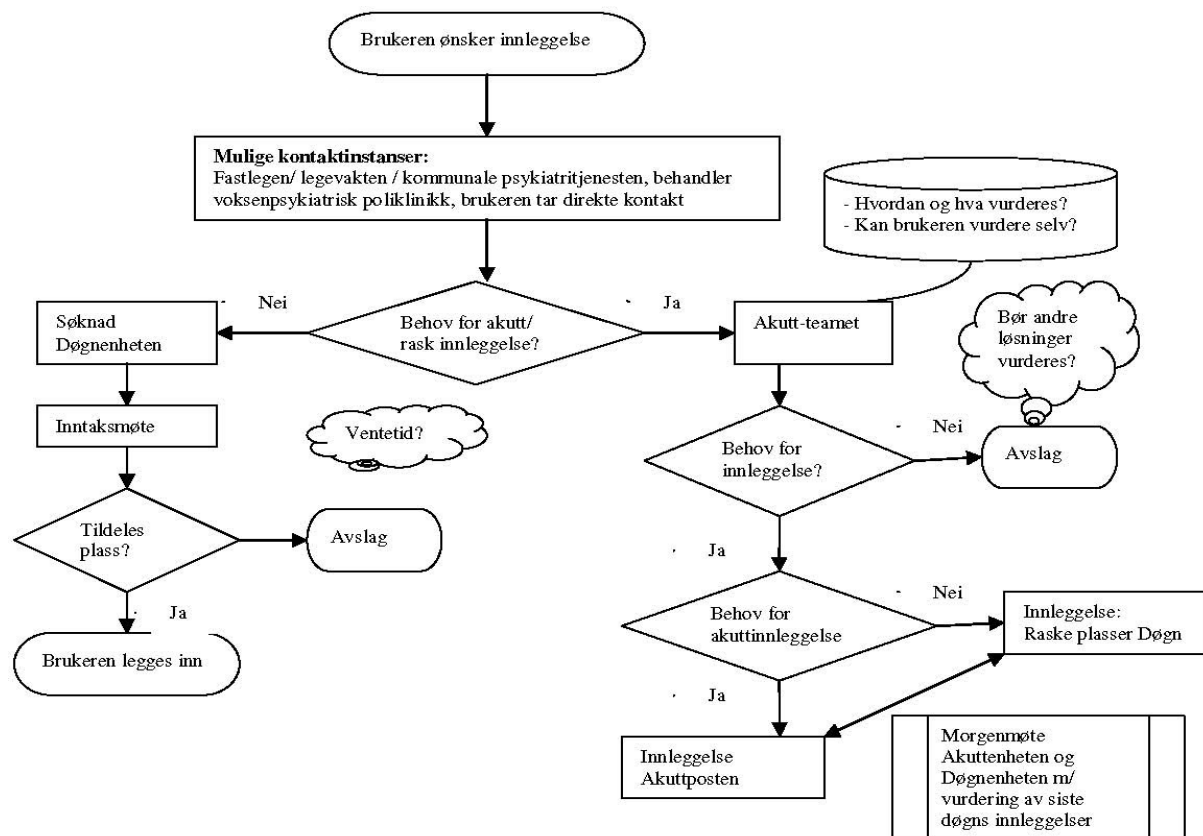
Prosjektgruppen besto av fem medlemmer, med avdelingssykepleier som prosjektleder. De øvrige deltakerne var fagutviklingssykepleier, psykiatrisk sykepleier, klinikkrådgiver i senterledelsen og spesialrådgiver fra Psykiatrisk forsknings-og utviklingsavdeling (PFUA). Brukeren i gruppa er en bruker av tjenestetilbudet i dag og deltok aktivt i prosjektarbeidet. Prosjektgruppen møtes 1-2 timer hver uke. Det ble lagt stor vekt på å involvere personalet og brukere ved Døgnerheten. Det er felles møtestruktur for pasienter og personalet i enheten (kveldsmøte hver kveld, allmøte en gang i måneden og undervisning hver 14. dag), hvor utvikling av prosjektet var et av flere tema. Prosjektet er også drøftet med personalet i de øvrige kliniske enhetene i senteret.

Planlegge

Kartlegging av nåværende praksis ved Psykiatrisk senter

For å kartlegge hvordan senterets strukturplan i forhold til innleggelse fungerer fra et brukerperspektiv, utarbeidet prosjektgruppen et flytskjema *fra brukeren ønsker innleggelse til svar foreligger*. Flytskjemaet ble utarbeidet ut fra *erfaringer beskrevet av brukeren* i gruppa og kvalitetssikret ved fremlegg for inneliggende pasienter i døgnerheten.

Flytskjemaet på følgende side viser pasientens gang mellom de ulike aktørene i behandlingsapparatet:



Det fremstilte flytskjemaet og drøftinger i prosjektgruppa indikerte at Akutt-teamet kunne oppleves som flaskehals for pasienter som ønsker rask innleggelse til tross for at døgnerheten har såkalte "raske plasser" til rådighet. Årsaken kan være en interessenmotsetning mellom senterets uttalte målsetting om å tilstrebe at brukerne av tjenestene i størst mulig grad skal mestre sitt liv hjemme og brukernes uttalte behov for reinnleggelser som baseres på brukerens egen vurdering. For brukerne kan det virke devaluerende å bli overprøvd i sin opplevelse av å ha behov for en innleggelse.

Felles erkjennelse og utgangspunkt for forbedring

For å sikre en felles forståelse ble flytskjemaet analysert og drøftet i senterets avdelingsråd, personalmøter i Døgnerheten, Akutt-teamet, Poliklinikken og i møter med inneliggende pasienter i døgnerheten. Erkjennelsen var at det ikke er så enkelt å bli innlagt på Døgnerheten (og senteret forøvrig) som vi trodde, selv om dette kan oppleves ganske ulikt. Rigide strukturer kan være med på å forhindre individtilpasset behandlingsopplegg, som er senterets uttalte behandlingsgrunnlag. Vi har også erfart at det kan være vanskelig å skulle gi ifra seg vurderingen av pasientens tilstand og behov. Noe av utfordringen i prosjektet var nettopp dette – at makten skifter eier!

Kartleggingen av nåværende praksis ved innleggelse ved Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn samt eksterne undersøkelser og forbedringsarbeid eksternt ga senteret følgende felles erkjennelse og utgangspunkt for forbedring:

- At brukernes behov må aksepteres som legitime behov
- At brukeren har mulighet for å innlegge seg selv når vedkommende kjenner et behov for det.
- At tilbudet organiseres slik at den kan avklare den enkeltes behov og som kan møte de behovene som er tilstede.
- Medvirke til at brukernes erfaring om egen mestring av sykdom blir anvendt og synliggjort.

Overordnede mål

Prosjektets overordnede mål er å gi brukerne en opplevelse av økt styring over eget liv, fra brukarmedvirkning til brukerstyring. Prosjektgruppas antagelse var at det å selv få kjenne på sitt behov og få det man opplever å trenge, uten at det skal overprøves av fagfolk, kan være med å styrke opplevelsen av kontroll over eget liv.

Prosjektets mål for brukerstyrte innleggelser

- At brukerne slipper å bli overprøvd ved ønske om innleggelse
- Å øke tilgjengeligheten for kjernegruppen av brukerne på Døgnerheten.
- Økt egenmestring.
- Endre holdninger både blant personalet og blant brukerne, knyttet til å stole på at pasientene tar de rette avgjørelsene selv

Planlegge

I november 2008 ble det sendt ut invitasjon til aktuelle brukere med forespørsel om de ønsket å ha en samtale om deltakelse, før evt. inngåelse av en avtale om brukerstyrte innleggelser ved Døgnerheten. Det endelige innholdet i avtalen ble utarbeidet i samarbeid med deltakende brukergruppe.

De aktuelle brukerne fikk også innflytelse til å utforme prosedyrer for administrering av sengene. Som ledd i dette gjennomførte brukerrepresentanten sammen med prosjektrepresentanten fra Psykiatrisk forsknings- og utviklingsavdeling, i januar -09 en i form av fokusgruppeintervju, som dannet grunnlaget for utarbeiding av vedlagte retningslinjer for organisering av brukerstyrte innleggelser.

Iverksette praksis

I desember 2008 besluttet senterledelsen at to senger skulle øremerkes brukerstyrte innleggelser. For å styrke personalets eierforhold til prosjektet samt forberede dem på praktiske og kulturelle endringer som følge av brukerstyrte innleggelser, ble det avholdt fagdag i enheten. I løpet av januar 2009 var det jevnlig drøftinger i personalgruppa vedr praktiske utfordringer i forbindelse med oppstart. Det ble opprettet prosjektkode i UNN's elektroniske journalsystem Dips, samt utarbeidet en prosedyreperm for personalet.

Det ble åpnet opp for brukerstyrte innleggelser 2. februar 2009.

Kontrollere

Samtidig med avtaleinngåelsen ble det gjennomført spørreundersøkelse (se vedlegg 7) blant deltakende brukere, i forhold til prosjektets målsettinger. Undersøkelsen bekreftet de innspill vi hadde fått fra brukerrepresentanten i gruppa. Brukerne opplever i noen grad hindringer når de selv opplever å ha behov for innleggelse i Døgnerheten. Ut i fra svarene er det også holdepunkt for å si at det å selv bestemme har en egenopplevd betydning i forhold til håndtering av sitt eget liv.

Spørsmål knyttet til tilbudet Døgnerheten gir, hvordan man blir møtt der med mer er overveiende positive.

Det planlegges gjennomført samme spørreundersøkelse etter åtte måneder, for å se om det har skjedd endringer. Etter bearbeiding og analyse av spørreundersøkelsene skal det gjennomføres fokusgruppeintervju. Tema for dette vil være å utdype funnene fra spørreundersøkelsen.

I tillegg registreres virksomhetsdata fra kontrollperiode år 2008 og intervensjonsperioden 2009. Dette for å se om det skjer endringer i innleggelsesmønstre, mestringsopplevelse og kontroll over eget liv.

Standardisere og følge opp

Ut i fra grad av måloppnåelse vil senterledelsen ta stilling til om tiltaket skal standardiseres som varig endring, evt. utvidet til flere sengeenheter. Prosjektgruppa planlegger å ha jevnlig møter gjennom 2009 for å jobbe med spredning og standardisering. Prosjektet skal presenteres med poster på UNN – festivalen i februar og på seminaret Psykiatri i Nord i Tromsø i mai.

Læring

Vi har lært at det er rom for forbedringer og at de er viktig å stille seg åpen for disse. Å få hjelp av en som er bruker av Døgneten har vært av stor betydning. Vår erfaring er at dette har vært annerledes enn å jobbe med brukermedvirkning med brukere oppnevnt av en brukerorganisasjon. Vi har fått innsikt i en arbeidsmåte som vi opplever som grundig uten å trekke ut i langdrag. Det har vært spennende å snu litt rundt på etablerte forestillinger omkring hvem som vet best, og for hvem. Vi er glad og overrasket over å ha møtt så stor grad av positivt engasjement i personalgruppa. For hver enkelt av oss fagfolk har det vært en spennende og utfordrende erfaring å få se tingene ”med pasientens øyne”.

Sollied Liv Ingrid: Liv.Ingrid.Sollied@unn.no

19. Huntingtonavdelingen ved NKS Olaviken



Leder: psykiatrisk sykepleier Nina Langøy
Måleansvarlig: ergoterapeut Linda Røyseth
Sekretær: sykepleier Margaret Heimli
Musikkterapeut: Åsta Hovde
Poster ansvarlig: spes. hjelpepleier Nichola Vindenes

Bildet viser vår illustrasjon på visjonen vår; Kompetanse gjennom kjærlighet

Avdelingen vår er en avdeling med seks inneliggende pasienter som alle har diagnosen Huntingtos sykdom (HS). Det er en arvelig nevrodegenerativ lidelse. Genfeilen fører til tap av hjerneceller i hjernen som styrer koordineringen av bevegelser, og nerveceller som deltar i kognitive prosesser. Pasientene våre befinner seg i alle forskjellige stadier av sykdommen. Etter hvert som sykdommen utvikler seg, blir språk og balanse også dårligere. Den kognitive svikten gir videre adferdsmessige og sosiale konsekvenser.

Utfordringene vi hadde i forbindelse med brukermedvirkning var knyttet til samhandlingsvansker i sosiale situasjoner.

Mål	Tiltak	Resultat
Økt trivsel og glede ➤ Miljøterapi	➤ Musikkterapi med og uten bevegelse to ganger i uka ➤ Stimulering av pasientenes mestringsevne ➤ Fritidsaktiviteter	➤ Pasientene opplever mer trivsel og glede, og får mer bekreftelse på seg selv. ➤ Beboerne har planlagt fester for pårørende ➤ Pårørende har blitt trukket mer inn gjennom nye positive arenaer, preget av samhold, trivsel og glede sammen med andre pårørende, pasienter og personale.
➤ Brukermedvirkning	➤ Ukentlige beboermøter, hvor brukerorg. deltar ➤ Har laget program og sjekkliste for brukermedvirkning for hele oppholdet ➤ Refleksjonsgruppe for personalt	

Forberedelse

Huntingtonavdelingen ved NKS Olaviken fikk i oppdrag fra ledelsen om å delta i NSF's nasjonale kvalitetsprosjekt. Olaviken driver utvikling i tråd med nasjonale føringer om brukermedvirkning. Mål for prosjektet "Med pasientens øyne" er også sammenfallende med Olavikens mål med fokus på sykepleier med lederansvar, og systematisk forbedringsarbeid som aktivt involver pasienter, pårørende og tverrfaglig samarbeid. Prosjektet er derfor godt forankret i ledelsen.

Vi avtalte et oppstartmøte med FOU avdelingen, der vi ble enige om hvem skulle delta i teamet. Leder fra FOU Astrid Borge skulle ha det overordnede ansvar fra ledelsen.

Vi ble et tverrfaglig team med sykepleiere, ergoterapeut, musikkterapeut og hjelpepleier. En pasient ble spurt om å være representant for brukerne og takket ja til det. Vi har også hatt med lederen for Huntingtonforeningen i Hordaland, men hun har ikke deltatt aktivt i siste halvdel av prosjektet. Vi planla å ha møte hver mandag og det har fungert fint.

Planlegge

Forberedelsesfasen inneholdt flere ideer på skissestadiet. Vi valgte å ha fokus på miljøbehandling, fordi våre brukerrepresentanter var veldig tydelig på at det var viktig for dem. Vi vet at forskning viser at personer med HS har evne til å gjenkjenne glede, trass i sin kognitive svikt. Ved å fokusere på dette gjennom prosjektet, mener vi at vi har truffet den riktige innfallsvinkelen for et vellykket prosjekt.

Vårt hovedmål er bestemt av våre brukerrepresentanter: **Økt trivsel og glede**. Våre tiltak har vært knyttet til to hovedområder; miljøterapi og brukermedvirkning.

Miljøterapeutiske tiltak for å nå målet var

- Musikkterapi med og uten bevegelse to ganger i uka. Forskning viser at motoriske funksjoner hos denne pasientgruppen stimuleres ved ekstern rytme. Rytmask musikk påvirker gangrytme, steghastighet, ganghastighet, koordinasjon og balanse. Musikk spiller på følelser, inspirerer og beroliger. Vi har også arbeidet med massasje til musikk.
- Stimulering av pasientenes mestringssevne.
- Kognitiv bedring: Fritidsaktiviteter som kortspill, lesing, dans og regelmessig musikkterapi kan bidra til å støtte og opprettholde kognitive funksjoner.

Tiltak for styrket brukermedvirkning for å nå målet

Vi erkjente at betydningen av å styrke brukernes medvirkning i forhold til beslutninger og utforming av behandling/tjenestetilbud. Pasientene sier selv at:

- Det er viktig å bli hørt
- Det er viktig å være med å bestemme
- Det er viktig å bli møtt av smilende blide pleiere
- Godt humør smitter

Vi har jobbet systematisk for å legge til rette for aktiv brukermedvirkning på ukentlige beboermøter, som utgangspunkt for nye tiltak og forbedringer. De ukentlige møtene har fast opplegg. For eksempel ble en av øvelsene i musikk og bevegelse -en sittedans – evaluert bort av beboerne. Beboerne har også planlagt fester for de pårørende, og hatt ansvar for både musikkvalg og meny. Dette hadde ingen tidligere trodd var mulig.

Vi har laget en sjekkliste som pasienter og personale går igjennom i forhold til brukermedvirkning for å ivareta pasientenes medvirkning helt fra innkomsten. Vi tok derfor utgangspunkt i sjekkliste for pasientmedvirkning som vi fant i metodeheftet utarbeidet av Kunnskapssenteret -GRUK.

Pårørende har gått gjennom sjekklisten sammen med medlemmer av prosjektgruppen og ga positive tilbakemeldinger. En var noe usikker, og måtte få hjelp til å definere ordenes betydning i sjekklisten. Vi endret de formuleringene som denne pårørende syntes var uklare.

Vi hadde et eksisterende skjema som var laget på Olaviken for å måle trivsel og glede. Dette skjemaet ble utprøvd og videreutviklet gjennom flere prosesser i løpet av prosjektperioden, for å brukes som måleverktøy for å vurdere pasientenes trivsel og glede.

Vi kartla også dagens praksis i et flytskjema, både når det gjaldt hvilke elementer som innebar brukermedvirkning, og hvilke tiltak som handlet om musikkterapi og miljøbehandling. Dette ga oss oversikt, og var også utgangspunkt for innspill fra personale, pasienter og pårørende i møter. Flytskjemaet hang oppe i avdelingen.

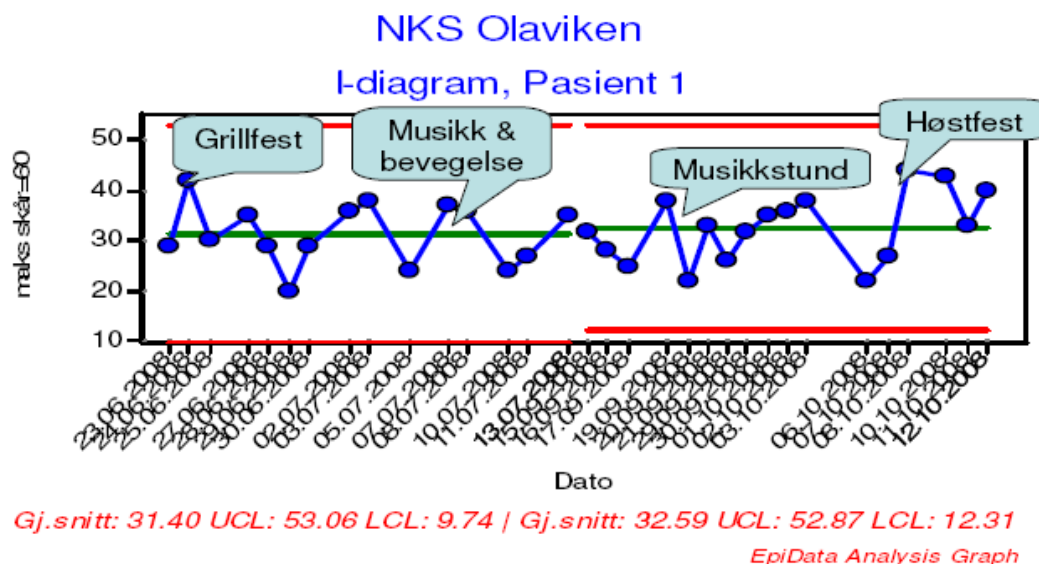
Utføre

Vi har jobbet systematisk med å involvere beboerne underveis, og har brukt ukentlige beboermøter til dette, som beskrevet over. Huntingtonforeningen har også blitt involvert, med at lederen for foreningen i Hordaland deltok på mandagsmøtene.

Involvering av personalet har foregått underveis på ulike måter; i ukentlige personalmøter og på internundervisning. Vi har startet opp refleksjonsgrupper, hvor vi samler hele personalgruppen og har temaer som går på for eksempel etiske problemstillinger med henblikk på brukermedvirkning som vi ønsker å belyse i et eget forum. Posterene henger synlig for alle på Olaviken.

Kontrollere

Vi fylte ut et registreringsskjema for hver enkelt pasient over en periode på tre uker x 2. Våre indikatorer var trivsel, glede og innhold i hverdagen. Tilsvarende registreringer ble gjort i forbindelse med musikktimene og musikk/bevegelsestimene. Registreringene er basert på personalets opplevelse av pasientens trivsel og glede. Målingene er på en skala fra 1 – 10. Under vises diagram for en av pasientene, hvor man kan se at aktiviteter som gir denne pasienten glede og trivsel.



Målingene er gjentatt i 2 perioder. Resultatet viser økt trivsel og glede i forbindelse med musikkstundene. Målingene indikerte imidlertid at det var lavere skår når det gikk mot helg, noe vi tolker som at det ikke skjer så mye på helg. Vi har imidlertid hatt dette resultatet oppe på

beboermøte. Pasientene ville ikke ha noe endring på helg på nåværende tidspunkt. Men vi akter å følge opp med forslag til helgeaktiviteter med jevne mellomrom.

Vi har også gjennomført en undersøkelse blant personalet om deres rolle i forhold til brukermedvirkning. Resultatet viser at de med stor stillingsbrøk er mer involvert enn de med lav stillingsbrøk. Personale har en god kultur i forhold til brukermedvirkning, noe som er positivt og bra for avdelingen i den videre prosessen. Vi har allikevel valgt å iverksette refleksjonsgrupper, hvor personalet reflekterer over brukermedvirkning. Vi opplever at vi har handlet oss inn i en ny tenkemåte, istedenfor å tenke oss inn i en ny handlingsmåte.

Oppsummert vil vi si at vi ser mange positive resultater for både pasienter, pårørende og personalet:

- Pasientene opplever mer trivsel og glede, og får mer bekreftelse på seg selv.
- Pårørende har blitt trukket mer inn gjennom nye positive arenaer, preget av samhold, trivsel og glede sammen med andre pårørende, pasienter og personale.
- Personale får noe positivt å bygge relasjoner med.

Videreføring

Vi har fått midler til å fortsette med prosjektet også ut 2009. Vi har planlagt å fortsette med refleksjonsgruppene en gang pr. måned med Astrid Borge (leder fra FOU) som veileder. Planleggingen av neste fest sammen med de pårørende er allerede i gang og eksisterende musikk og miljøtiltak er godt innarbeidet i både personalegruppen og blant pasientene.

Vi er invitert til årsmøtet i Huntingtonforeningen der vi skal ha et innlegg om prosjektet vårt. Vi som har vært med i gruppen har hatt ett travelt og lærerikt år. Det er kjekt for oss å se at det er så effektivt og bra når vi får satt ting i system, og på den måten jobbe fram gode resultater. Musikkteraputen har allerede antatt en artikkel og vi har planer om å skrive flere. Den nye fine posteren vår skal vi henge opp her på Olaviken.

Læring

Gjennom læringsseminarene i Oslo har vi fått møte 20 andre prosjektgrupper fra hele landet. Vi har utvekslet erfaringer og fått gode ideer til videreføring av prosjektene våre. NSF og GRUK har presentert metoder for kvalitetsforbedring, og drevet prosjektene våre videre. Marie Brudvik har fulgt oss gjennom prosjektet som vår veileder og gitt oss gode råd og tips om målinger og hvordan vi skal få prosessen videre. Vi opplever gruppearbeidene som vi har hatt på læringsseminarene som nyttige. Vi har lært at ved involvere våre brukere og pårørende i prosjektet at det faktisk nytter. Selv om utfordringene var store, var det grundig planlegging og mye innsatsvilje både fra pas. pårørende, prosjektgruppen og personale som ga gode resultater. Dette var det mest gledelige og lærerike med prosjektet. Vi fikk erfare hvilke positive ringvirkninger et slikt prosjekt har gitt oss i form av samarbeid, positive opplevelser og ikke minst hva det betyr å jobbe metodisk for å oppnå resultater. Som leder har det vært kjekt å lære om prosessene i et prosjektarbeid. Det har vært positivt å ha gode og positive deltagere i prosjektgruppen.

Nina Langøy: nina.langoy@olaviken.no

Referanser Pollard, Jim. (2000): *A Caregivers's Handbook for Advanced-Stage Huntington Disease*. Huntington Society of Canada, Cambridge.

www.euro-hd.net www.huntington.no www.musikkterapi.no

20. Kløveråsen utrednings- og kompetansesenter for demens og Bodø kommune

En bedre hverdag



Prosjektgruppa: (bak fra venstre)
Sissel Savstad, brukerrepresentant.
Randi Andreassen, Vollsletta sykehjem.
Per-Steinar Vollvik, Vollsletta sh.
Ingrid Hansen, Vollsletta sykehjem.
Ann-Helen Einkrog, Vollsletta sh.
Foran fra venstre:
Torill Welde, Kløveråsen.
Solvor Slettan, Kløveråsen.
Ikke tilstede på bildet: Gunhild
Albriktsen, rådgiver for demens Bodø
kommune. Elizabeth Skaar Kristensen,
Kløveråsen

MÅL	TILTAK	RESULTAT
Pasienten skal få en bedre hverdag, - der han bor.	Lavterskeltilbud: - Spesialisthelsetjenesten utreder og behandler pasienten der han bor.	Pasienten som er svært sårbare for endringer, får være i ro i kjente og trygge omgivelser. Spesialisthelsetjenesten kan formidle kompetanse på en effektiv måte; hjelpe flere pasienter, og veilede mer helsepersonell.
	Sykehjemmet har egne kontaktpersoner på Kløveråsen.	En får raskt hjelp og veiledning når behov oppstår på sykehjemmet. Større faglig trygghet på sykehjemmet
	Hospitering på hverandres arbeidsplass.	Forståelse for hverandres arbeidsmetoder gir et bedre samarbeidsklima.

Sammendrag

Tiltakene vi har i verksatt er en forbedring på mange måter, noe som fremgår av resultatene: Samarbeidsklima mellom kommunen og Kløveråsen har blitt bedre. Prosjektet har tydelig vist oss at samarbeid gir energi og kreativitet. Det har blitt lettere å ta kontakt med hverandre når en står overfor utfordringer.

Det viktigste er at brukeren har fått en stemme inn i forbedrings-/ endringsarbeidet. Vi har lært at vi har alt å vinne på å samhandle med brukerne, og det kommer godt til uttrykk i vår definisjon av brukermedvirkning:gjennom respekt for hverandres ståsted og kunnskap kan vi utfylle hverandre og sammen utvikle gode tjenester....” Gjennom en slik forståelse må vi nødvendigvis endre noen holdninger, og samtidig har vi erfart at det åpner for kreativitet og kvalitetsforbedring.

Vi har også styrket i vår tro på at ved å dele hverandres kunnskap mellom tjenestenivåene, gjør vi hverandre - og tjenestene våre - gode.

Innledning

Vårt prosjekt er et samarbeidsprosjekt mellom Bodø kommune, NKS Kløveråsen as og våre felles brukere som er personer med demens, med adferdmessige og psykiatriske tilleggssymptomer, som bor på Vollsletta sykehjem og har behov for spesialisthelsetjenester fra Kløveråsen. Vollsletta sykehjem er det sykehjemmet i Bodø kommune som har størst kompetanse på utfordrende adferd, og som skal ivareta denne pasientgruppa. Kløveråsen er et utrednings- og kompetansesenter for demens, en privat institusjon med driftsavtale med Helse Nord HF. Kløveråsen er spesialisthelsetjenesten sitt tilbud til de 44 kommunene i Nordland når det gjelder behandling og utredning av demens, og jobber både i klinikk og gjennom utadrettet virksomhet. Kløveråsen er eier av prosjektet.

Å skulle sikre forankring og implementering av pasientvennlige pasientforløp mellom ulike nivå i helsetjenesten er spennende, men også en omstendelig prosess. Her er det snakk om endringer både i måten vi tenker og gjør ting på; et paradigmeskifte. Vårt endringsarbeid går noe langsommere enn forventet i det nasjonale prosjektet. Vi er svært glade for de endringer og det samarbeidet vi nå er i gang med, og ønsker derfor ikke la tidsskjema presse den positive fremdriften. Vi er fortsatt i en aktiv fase av prosjektet. Nå er målearbeidet ferdig forberedt og gjennomføringen startet. Planen er at vi i september / oktober kan skrive en sluttrapport.

Forberede

Samarbeidsklimaet mellom Kløveråsen (spesialisthelsetjenesten) og Bodø kommune var i januar 2008 ganske dårlig. Årsaken var en pasient som utfordret oss på begge nivåer i forhold til sin adferd, - slik mange pasienter i vår målgruppe gjør. Omstendigheter omkring denne pasienten avslørte også store mangler i forhold til samarbeidsprosedyrer og ansvarsdeling mellom 1. og 2. linjetjenesten. Frustrasjoner hos helsepersonell på begge plasser gav seg utslag i problemfokusering og åpenbar mistillit. Pasienten og dennes pårørende ble utsatt for unødvendige belastninger på grunn av manglende samarbeid. Grunnlaget for forbedringer var åpenbar.

Vi hadde møtet med ledelse på Kløveråsen og i Bodø kommune både før og etter søknaden om deltagelse i prosjektet ble sendt, for å avklare forventninger til prosjektet og til hverandres utbytte og bidrag. Vi har hatt god toppledelsesstøtte i begge organisasjoner, både i forhold til ressurser og positive tilrop. Da Kløveråsen inviterte Bodø kommune med i prosjektet tenkte vi at brukermedvirkningen var ivaretatt. Som en del av spesialisthelsetjenesten i Helse Nord definerer vi både pasienter, pårørende og kommunalt helsepersonell som våre brukere. Vi tenkte dessuten at det ville bli vanskelig å få pasienter eller pårørende fast med i prosjektgruppa; - men det var heldigvis feil! I juni 2008 inviterte vi syv pårørende som hadde erfaring med både Kløveråsen og Bodø kommune til dialogmøte. Alle takket ja og vi fikk nyttige innspill som blant annet ble avgjørende for valg av mål i prosjektet. På dette møtet rekrutterte vi også en representant for de pårørende, som har vært svært viktig i dette prosjektet

Planlegge

Prosjektgruppas brukerrepresentant har deltatt på lik linje med de andre deltagerne. Hun har blant annet vært en aktiv pådriver for at gruppa skulle avklare og utforme en felles forståelse for brukermedvirkning. Definisjonen har blitt slik: *"Brukermedvirkning er en realitet når brukeren får delta sammen med og på lik linje med fagkompetansen i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak. Gjennom respekt for hverandres ståsted og kunnskap kan de utfylle hverandre og sammen utvikle gode tjenester"*

Felles personalmøte mellom Vollsletta sykehjem og Kløveråsen, ble arrangert i september 2008 og ble en suksess med gruppearbeid og oppsummering i en engasjert personalgruppe. I begge møtene ønsket vi å fokusere på mulighetene i stedet for begrensningene.

Vi lagde også mål for vårt samarbeidsprosjekt:

Pasienten skal få en bedre hverdag, - der han bor.

Delmål:

- Helsepersonell på Vollsletta sykehjem, Kløveråsen og pårørende har økt kompetanse på behandling og tiltak på sykehjemmet for personer med demens og adferdsmessige og psykiatriske symptomer.
- Kommunikasjon mellom tjenesteutøverne og pårørende er styrket til beste for pasienten.
- Samarbeidet mellom tjenesteutøverne på de ulike nivå er styrket, forpliktende og fleksibelt.
- Samarbeidet ved prosjektet slutt er integrert og forankret slik at det overføres videre.

Iverksette praksis

Spesialisthelsetjenesten må være der pasienten bor og sette personalet i stand til å ivareta pasienten der han bor. Vollsletta sykehjem har fått to kontaktpersoner på Kløveråsen. Disse gjør seg kjent på sykehjemmet gjennom hospitering. Det er utarbeidet en prosedyre for dette konkrete samarbeidet. Kløveråsen vil i prosjektperioden jobbe spesielt med utprøving/ testing av denne modellen, slik at personalet på sykehjemmet opplever at det er raskt og enkelt å få hjelp. Personalet på Vollsletta hospiterer ved Kløveråsen, for å øke forståelsen for deres måte å jobbe på og øke kompetansen om pasientens tilbud på de ulike nivåene. Ved å gjennomføre disse tiltakene tror vi at det i mye mindre grad enn før vil bli nødvendig å flytte pasienten mellom nivåene.

Kontrollere

Slik skal målingene gjennomføres:

- Adferdsregistrering av fire pasienter som skal gjennomføres to ganger; først før kontakt med Kløveråsen (Uke 7 -12.), så etter 8 uker. Inklusjonskriterier for pasientene er at de har plass på Vollsletta sykehjem, og at man trenger hjelp fra Kløveråsen. Pasienten må ha pårørende som er involvert og samtykker til deltagelse.
Intervju med pårørende til de fire pasientene blir foretatt av representanten for pårørende i mai 2009.
- Fokusgruppeintervju med personalet på Vollsletta sykehjem og personalet fra Kløveråsen gjennomføres i mai 2009.

Alle resultatene vil bli lagt fram på et felles personalmøte. Vi vil også ha et nytt dialogmøte med pårørende for å informere og be om tilbakemelding på de tiltak vi har iverksatt.

Standardisere og følge opp

Dersom vi kan konkludere med at våre nye samarbeidsprosedyrer oppleves som forbedring av de involverte, vil disse gjelde for samarbeidet mellom Vollsletta sykehjem og Kløveråsen framover. Personalet på Vollsletta sykehjem tilføres kompetanse i forhold til de ulike pasientene som vil få konsekvenser også for andre pasienter. Personalet på Kløveråsen får økt kompetanse på å tilrettelegge tiltak for pasientene der han bor. Vi ønsker også å videreføre vår positive erfaring med at brukerrepresentant har vært med under utarbeidelse av tiltakene, slik at brukervedvirkning skal prege utvikling av og samhandling om tjenestene våre på begge nivå.

Vi planlegger å spre vår modell i samhandlingen mellom Kløveråsen og andre sykehjem i fylket vårt. Det blir derfor viktig at denne modellen er kjent for virksomhetsledere, demenskoordinatorer og avdelingslederne på Kløveråsen, slik at den velges som løsning der dette kan være hensiktsmessig.

- Vi har skrevet brev til helseministeren om vår erfaringer og fått hyggelig respons.
- Vi har laget en foreløpig plan for hvor og hvordan vi vil spre våre erfaringer: Helsekonferansen viste film om oss på plenumsframlegg mai 2009
- Kløveråsenseminaret, årlig seminar om demens for ca 140 demensarbeidere fra hele Nordland, juni 2009.
- Årlige samhandlingsseminaret Nordlandssykehuset / Salten 2009 kommunene Ledersamling for demensteamene i Nordland
- Arrangere eget spredningsseminar Høst 2009 Delta på nasjonalt spredningsseminar Høst 2009
- Faglig artikkel.

Læring

Det viktigste vi har lært er at vi har alt å vinne på å samhandle med brukerne, og det kommer godt til uttrykk i vår definisjon av brukermedvirkning:gjennom respekt for hverandres ståsted og kunnskap kan vi utfylle hverandre og sammen utvikle gode tjenester....” Gjennom en slik forståelse må vi nødvendigvis endre noen holdninger, og samtidig har vi erfart at det åpner for kreativitet og kvalitetsforbedring. Vi er også styrket i vår tro på at ved å dele hverandres kunnskap mellom tjenestenivåene, gjør vi hverandre -og tjenestene våre -gode.

Prosessen i selve prosjektet og i prosjektgruppa har gått lett, vi har laget vår egen fremdriftsplan som har vært håndterbar i forhold til virksomhetene ellers. Prosjektleder har hatt avsatt tid, og fungert både som koordinator og sekretær. Prosjektgruppa har vært positivt deltagende.

Mål og tiltak i prosjektet ble raskt tydelig, men vi har brukt veldig mye tid på å finne frem til hvordan vi best skulle gjøre målingene. Det har også vært en stor utfordring å overføre prosjektgruppas engasjement til ledelse og ansatte, slik at endringene blir vedvarende.

Prosjektet har medført mange ringer i vannet og inspirert oss til å jobbe med en flere ideer:

- Utarbeide kurspakke for helsepersonell: Pårørende til personer med demens – hvordan komme dem i møte som hjelpere
- Utarbeide et adferdsregistreringsskjema der fokus er på positiv adferd / trivsel
- Ny prosedyre for pårørende samtale ved innkomst på sykehjemmet
- Fokus på tannhygiene
- Pårørende brosjyre: ” Hvem, hva, hvor – med demens i Bodø kommune

Filmen kan lastes ned på www.Helsekonferansen.no

Randi.andreassen@bodo.kommune.no