

..og bedre skal det bli ved å involvere brukerne og gi dem innflytelse

Metode for kvalitetsforbedring beskriver en systematisk metode for å forbedre kvaliteten i sosial- og helsetjenestene. Dette heftet beskriver metoden i lys av å styrke brukeren.

Forord

Brukermedvirkning er stor og viktig ressurs i arbeidet med å forbedre kvaliteten i sosial- og helsetjenestene. I praksis kan det være utfordrende å utnytte denne ressursen. Å styrke brukerne er et satsningsområde innen Nasjonal helseplan (1) og nasjonal strategi for kvalitetsutvikling (2). Helsedirektoratet har bedt GRUK, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten om å skrive veiledere for å fremme de ulike dimensjonene ved kvalitet.

Arbeidet er utført i forkant av det nasjonale kvalitetsprosjektet *...med pasientens øyne...* som skjer på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund. Metoden prøves ut i dette prosjektet.

Veilederen består av tre deler:

- I del I presenteres Metode for kvalitetsforbedring for å involvere brukerne og gi dem innflytelse. GRUK har utarbeidet en generell metode for kvalitetsutvikling som ligger på nettstedet http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy (3). I denne veilederen er metoden tilpasset kvalitetsforbedring der målet er å styrke brukerne og gi dem innflytelse. GRUK har også beskrevet en rekke verktøy på dette nettstedet, som det vises til i denne veilederen.
- I del II presenteres fire eksempler. Eksempelene er hentet fra ulike deler av helsetjenesten og viser hvordan deres arbeid følger trinnene i prosessen. Disse eksemplene illustrerer at metoden bør tilpasses og kan utføres på mange måter i praksis.
- I del III presenteres andre eksempler på arbeid på å styrke brukerne. De kan gi gode ideer og inspirasjon i arbeidet med å styrke brukerne. Eksempelene representerer et mangfold og spenner fra små, enkle forbedringsprosesser til omfattende og kompliserte prosjekter. Ettersom metode for kvalitetsforbedring ikke var brukt i utgangspunktet i disse eksemplene, er det her valgt å plassere dem inn under det trinnet i metoden som det belyser best. Noen av eksemplene vil illustrere flere trinn i metoden.

Eksempelene har framkommet gjennom:

- en dialogkonferanse arrangert av GRUK på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund.
- parallellsesjonen om å styrke brukerne på den nasjonale kvalitetskonferansen ”...Og bedre skal det bli” i 2007.
- en arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedirektoratet som ga anbefalinger for å styrke brukeren (4).
- kontakter med organisasjoner og enkeltpersoner.

Eksempelene er skrevet av medarbeidere i GRUK i samarbeid med praksisfeltet. Tusen takk til alle som har bidratt! Vi i GRUK arbeider hele tiden med å utvikle metoder og forbedre arbeidet vårt, og i denne prosessen er vi avhengige av et samspill med dere. Vi ønsker oss derfor tilbakemeldinger på metoden og eksemplene, samt tips om flere gode eksempler på arbeid for å styrke brukerne – *...og bedre skal det bli!*

Trulte Konsmo
Prosjektleder

Michael de Vibe
Prosjektmedarbeider

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Seksjon for kvalitetsutvikling, GRUK

Innhold

Forord	1
Del I: Metode for kvalitetsforbedring ved å involvere brukene og gi dem innflytelse	3
Innledning.....	3
Brukermedvirkning på ulike nivåer.....	4
1. Forberede	6
Å erkjenne behovet for forbedring	6
Klargjøre kunnskapsgrunnlag og verdier	7
Forankre og organisere forbedringsarbeidet	7
2. Planlegge	9
Sette mål – hva ønsker vi å oppnå?	9
Måleverktøy - når er en endring en forbedring?.....	10
Kartlegge nåværende praksis	10
Planlegge forbedret praksis –	11
hvilke endringer kan iverksettes for å skape forbedringer?	11
Finne forbedringstiltak	11
3. Utføre	12
4. Kontrollere og evaluere	12
Tilstrekkelig forbedring?	13
5. Standardisere og følge opp	14
Standardisere ny praksis.....	14
Sikre videreføring.....	14
Spre forbedringene	14
Veien videre	15
Kilder og henvisninger	15
Vedlegg om brukermedvirkning	16
Oppnevning av brukerrepresentant	16
Økonomisk kompensasjon	17
Hva slags ansvar har du som brukerrepresentant?	18
Krav til brukerrepresentant.....	18
Del II: Eksempler på bruk av metoden	19
1. Klientstyrt behandling på Hagen behandlingssenheter.....	19
2. Bedret brukermedvirkning og samarbeid ved en akuttpsykiatrisk sengeavdeling	27
3. Bedre samarbeid med pårørende på Ottestad sykehjem.....	35
4. Brobygging på Notodden	41
Del III Eksempler som illustrerer arbeid for å styrke brukerne	47

Del I: Metode for kvalitetsforbedring ved å involvere brukene og gi dem innflytelse

Innledning

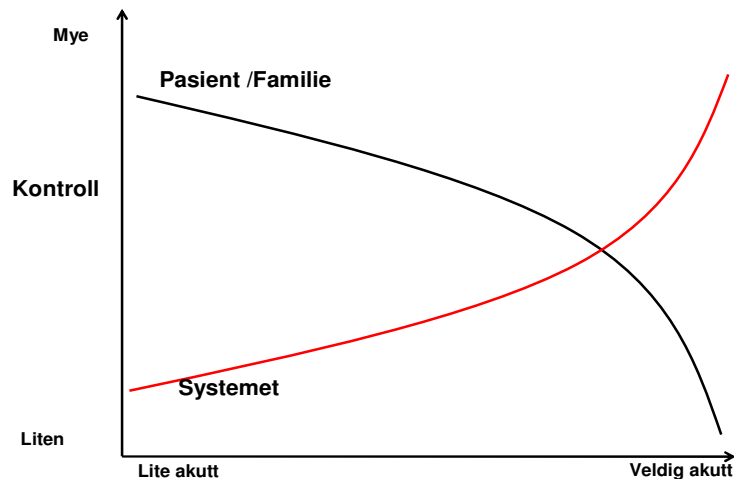
God kvalitet forutsetter at brukerens/pasientens erfaringer og synspunkter påvirker tjenestene. Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling (2) definerer brukere som personer som mottar tjenester direkte eller blir berørt av tjenestene indirekte slik som pårørende. God kvalitet innebærer at brukeren blir sett og tatt på alvor, og blir møtt på en menneskelig god måte.



Figur 1. Kvalitetsstjerne basert på Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring, ”..og bedre skal det bli”.

Brukere bør medvirke og ha innflytelse både i planlegging av tjenestene og i den daglige samhandlingen med personalet. Brukerne opplever hvordan tjenesten fungerer i praksis og kan derfor ofte komme med de beste forslagene til forbedringer av systemet.

Brukere/pasienter tar som regel selv avgjørelser når det gjelder egen sykdoms-/helsetilstand, slik figur 2 illustrerer (5). Eksempler på dette er om de tar medisiner som foreskrives eller legger om kosthold og livsstil. Det er derfor viktig å styrke brukerne slik at de kan fatte gode beslutninger. For å lykkes med dette må vi gi god informasjon, vise hvilke valgmuligheter som finnes og støtte brukerne i å velge det som er best for dem (6).



Figur 2. Hvem tar egentlig avgjørelsene i forhold til helse?
Kilde: Southcentral Foundation i Alaska (5)

I møte med bruker må den enkelte utøver anerkjenne brukernes innsikt i egen sykdom og livssituasjon. De kan ofte ha mer detaljkunnskap om sin egen tilstand enn utøveren. Brukere som er aktivt involvert i beslutninger om eget liv og helse, har bedre behandlingsresultater, forbruker mindre helsetjenester og fungerer bedre i hverdagen enn de som ikke er aktive (6).

Det er samtidig viktig å vise respekt for brukere som ikke ønsker å involveres i alle beslutningsprosesser. Brukerperspektivet innebærer en lydhørhet og tilrettelegging overfor dem som ikke selv kan eller ønsker å gi uttrykk for sine behov.

Praksisfeltet har kommet med følgende anbefalinger for å komme fra visjon til handlinger på dette området (4)

- Involvere brukerne aktivt i egen sak/behandling og i forbedring av tjenestene
- Videreutvikle og bruke metoder og verktøy for systematisk innhenting av brukernes erfaringer
- Styrke forskning og etterutdanning på brukeropplevelser og brukervedvirkning
- Styrke samarbeid med brukerorganisasjonene
- Lære opp brukere og ansatte i Individuell Plan

Dette er i tråd med Nasjonal helseplan (1) som beskriver en sterkere brukerrolle som en av seks bærebjelker som skal vektlegges i alle typer helsetjenester.

Brukermedvirkning på ulike nivåer

Brukermedvirkning er en rettighet nedfelt i lovverket og kan skje på ulike nivå:

- Individnivå brukes som betegnelse på samhandlingen mellom den enkelte pasient og helsepersonell som har ansvar for å følge opp pasientene.
- Tjenestenivå består av de enhetene hvor den praktiske utførelsen av tjenestene skjer. Ledelsen av disse kliniske eller operative enhetene har et særskilt ansvar for å involvere brukerne i forbedring av tjenestene.

- Systemnivå /styringsnivå. Tjenestene styres på et overordnet administrativt og politisk nivå; helsepolitiske føringer og prioriteringer gjøres her. Brukerorganisasjoner skal involveres på dette nivået.

De tre nivåene henger sammen og påvirker hverandre. Denne veilederen fokuserer på tjenestenivå; planlegging og forbedring av tjenester for grupper av brukere.

Her beskrives hvordan trinnene i metode for kvalitetsforbedring vil være, når man arbeider for å involvere brukerne og gi dem innflytelse.

1. Forberede

Som vist i figuren inneholder dette trinnet tre viktig elementer



Figur 3. Metode for kvalitetsforbedring; elementer i forberedelsesfasen

Å erkjenne behovet for forbedring

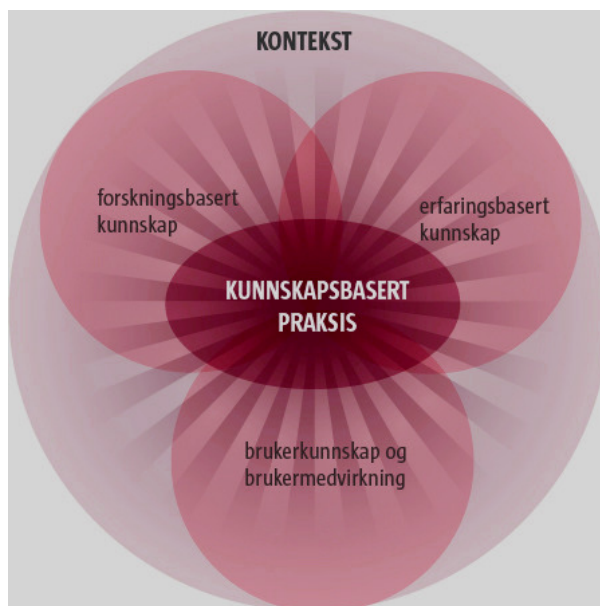
Erkjennelsen av behovet for å involvere brukerne i forbedringsarbeidet og gi dem innflytelse i utformingen av tjenestene kan komme som resultat av:

- innspill fra brukere, brukerråd eller brukerorganisasjoner
- undersøkelser av tjenestene gjennom spørreskjemaer / evalueringsskjema eller dialogkonferanser
- avviksmeldinger, uheldige hendelser og klager
- innspill fra ledere som tar sitt særlige ansvar for kvaliteten på alvor
- revisjon av enhetens kvalitetssystem
- innspill fra medarbeidere
- ytre krav eller forventninger; lovgiving, politiske krav

Deretter må det fattes beslutning om hvilke områder som bør prioriteres. Utgangspunktet for arbeid med kvaliteten på tjenestene er gjeldende lover og forskrifter, spesielt forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Forskriften stiller krav om at man systematisk innhenter brukernes erfaringer og bruker dette for å forbedre tjenestene. I forbedringsarbeidet er det fornuftig å starte med å forbedre tjenesteprosesser som er viktige, vanlige og vanskelige sett fra brukernes ståsted.

Klargjøre kunnskapsgrunnlag og verdier

Eksisterende kunnskap kan gi et godt beslutningsgrunnlag og gode råd i hvordan man kan forbedre praksis. Man må i utgangspunktet definere hvilke typer kunnskap som skal innhentes. Figuren under illustrerer at kunnskapsbasert praksis hviler på ulike typer kunnskap.



Figur 4: Elementer i kunnskapsbasert praksis.

Kilde: Gro Jamtvedt i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

- Erfaringer fra brukerne og deres preferanser er viktige å få fram.
- For å skape endringer er det også viktig å ha et bevisst forhold til hvilke menneskesyn og verdier som skal styre forbedringsarbeidet, og her er likeverd og respekt sentralt.
- I klargjøring av verdier og holdninger kan det være nødvendig å undersøke om kulturen i enheten støtter at brukerne skal involveres i forbedringsarbeidet.
- Det kan være nyttig å gjøre et litteratursøk i www.helsebiblioteket.no for å se om det er andre organisasjoner som har utført liknende forbedringsarbeid, eller kontakte virksomheter som man vet har gjennomført tilsvarende prosjekter. Videre bør man søke etter forskningsbasert kunnskap innen det aktuelle forbedringsområdet.

Forankre og organisere forbedringsarbeidet

Forankring av forbedringsarbeidet må skje i ledelsen, fagmiljøet og brukerorganisasjonene og andre interessenter som politikere og befolkning. I arbeidet med forankring og organisering av forbedringsarbeidet bør ledere og brukerrepresentanter:

- avklare gjensidige forventninger
- avklare hvem som bør delta i arbeidsgruppa i forbedringsarbeidet og hvilke roller de skal ha
- avklare i hvilken grad brukerne skal/ kan delta, om det er mulig å få dem med i arbeidsgruppen og hvor mange brukere som skal trekkes inn. Det anbefales å ha med to brukerrepresentanter, for at de ikke skal føle seg som "gisler" uten innflytelse. Se eget vedlegg om dette.
- avklare hvordan brukerne kan involveres på andre måter; for eksempel gjennom fokusgruppeintervju, utfylling av spørreskjemaer og/eller dialogkonferanser.

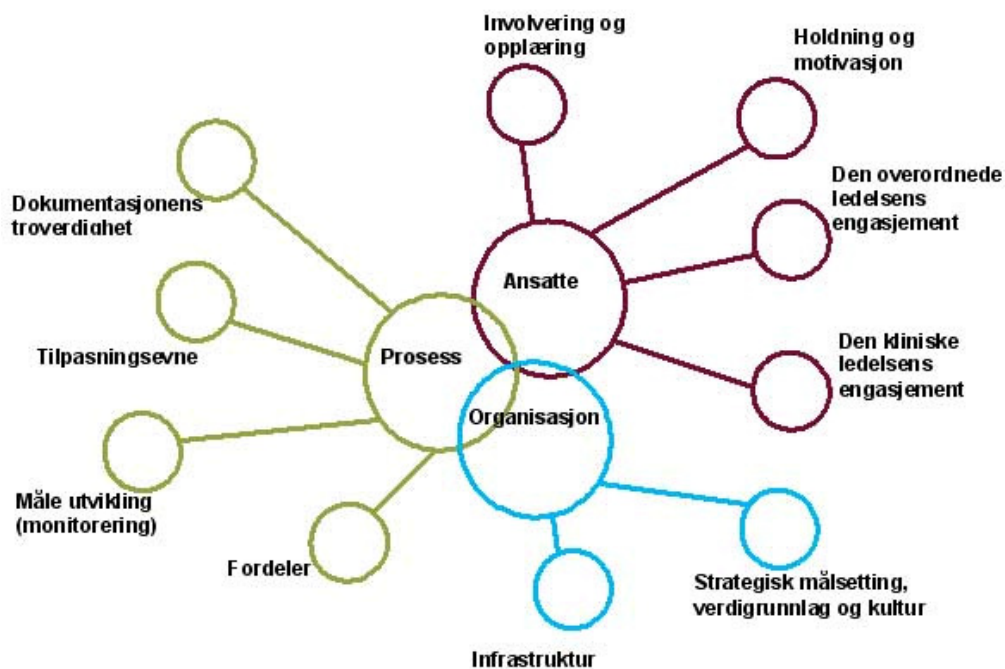
- avklare økonomisk dekning av utgifter i forbindelse med deltakelse i forbedringsarbeidet.
- avklare om forbedringsarbeidet er så omfattende at det bør nedsettes styringsgrupper/referansegrupper. I så fall bør brukerorganisasjoner være representert.

Toppledelsen og fagledelsens støtte er blant de viktigste suksessfaktorene for å lykkes med å gjennomføre og vedlikeholde forbedringsarbeidet.

Ledelsen må

- ha respekt for og lytte til de innspill som kommer fra brukerne, for å bidra til nytenking i organisasjonen.
- sørge for at organisasjonens verdier og i mål i virksomhetsplanen gjenspeiler betydningen av å involvere brukerne i forbedringsarbeidet.
- legge til rette for forbedringsarbeidet ved å sette av tilstrekkelig tid og ressurser
- involvere brukerne / brukerorganisasjonene allerede i forberedelsesfasen
- opprette en tverrfaglig arbeidsgruppe som er ansvarlig for å gjennomføre arbeidet, med deltakere fra alle enheter som er involvert i de prosessene som skal forbedres.
- bruke tid på å informere og involvere alle involverte/berørte/interessenter om forbedringsarbeidet, både før oppstart og underveis. Dette kan ofte gjøres ved å bruke allerede eksisterende møteplasser.

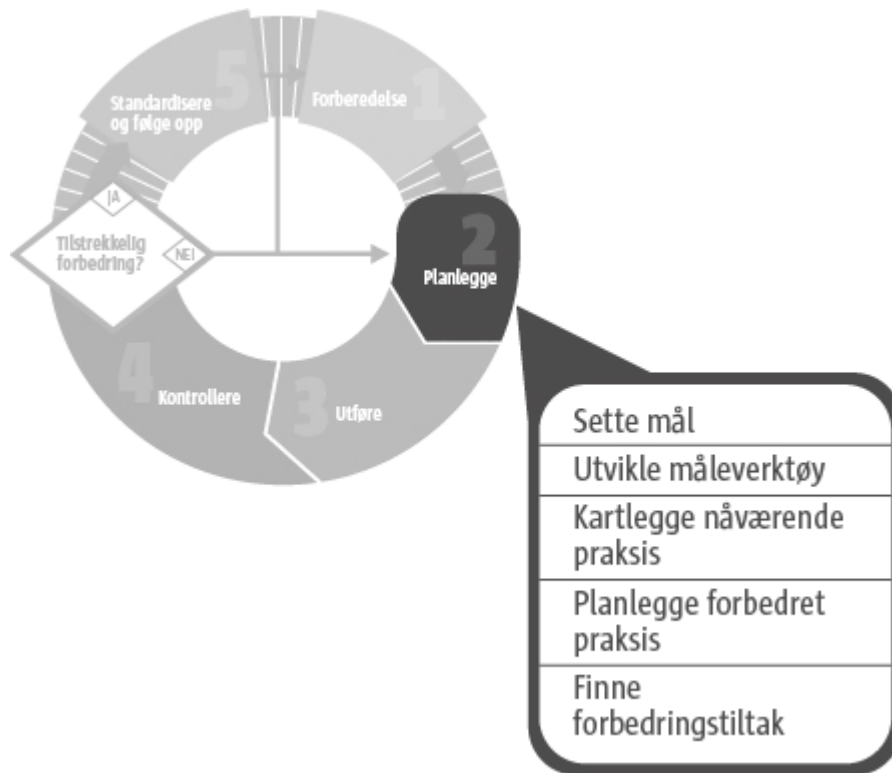
Gjennom forskning har man kartlagt de viktigste faktorene for å lykkes med forbedringsarbeid av pasientforløp (figur 5). Faktorene har blitt vektet i forhold til hverandre, slik at man kan se hvilke av faktorene som har størst innflytelse. Det er laget et verktøy for å vurdere i hvilken grad disse faktorene er til stede, samt en guide som beskriver hva man kan gjøre for å styrke de faktorene man skårer lavt på (9,10). Dette kan være nyttig å bruke allerede ved oppstart av forbedringsarbeidet.



Figur 5. Faktorer for å lykkes i gjennomføring og vedlikehold av forbedringer.
Kilde: NSH, Institute for Innovation and Improvement (9,10)

2. Planlegge

Som figuren viser inneholder dette trinnet også flere viktige elementer.



Figur 6. Metode for kvalitetsforbedring; elementer i planleggingsfasen

Sette mål – hva ønsker vi å oppnå?

Overordnede mål for forbedringsarbeidet bør settes sammen med brukerne/pårørende der det er mulig. Eksempler på mål kan være:

- Styrke brukernes selvfølelse og opplevelse av respekt og støtte
- Styrke brukernes medvirkning i forhold til beslutninger om eget forløp
- Bedre brukernes tilfredshet med informasjonen
- Styrke brukernes ansvar og oppgaver i egen behandling og oppfølging
- Skape tjenester som fremmer brukernes helse

Det er en prosess i seg selv å sette mål. De overordnede målene bør videreutvikles slik at de fyller følgende kriterier (SMARTE mål):

- **Spesifikke** - klar, konkret, entydig angivelse av forventet resultat - helst tallfestet.
- **Målbare** - man skal kunne vite om målet er oppnådd
- **Ansporende** - være utfordrende, gi mulighet for egenutvikling og inspirere til nytenkning
- **Realistiske** - oppnåelig i forhold til andre oppgaver og ressurser
- **Tidsbestemte** - angi når resultatet skal være nådd
- **Enighet om målet** - forankring i arbeidsgruppen, hos medarbeiderne og hos ledelsen

Jo tydeligere målene er, jo lettere er det å vite om de er nådd.

Måleverktøy - når er en endring en forbedring?

Det man velger å måle (måleindikatorer) må henge sammen med hvilke mål man setter for forbedringsarbeidet. Eksempler på måleverktøy kan være:

- Spørreskjema (3): Når målet er å bedre tilfredshet med informasjonen til brukerne, er det ofte naturlig å bruke et spørreskjema som fokuserer spesielt på dette. Man kan kombinere åpne spørsmål med å be pasienten krysse av på en skala som uttrykker grad av tilfredshet for total inntrykket. Kunnskapssenteret har en bank med ulike spørreskjemaer på www.kunnskapssenteret.no
- Skåringsskjema / sjekklister (3): Når målet er å bedre brukervedvirkning, kan man utvikle et program for brukervedvirkning. På bakgrunn av dette, kan man lage en sjekklister med tilhørende skåringsskjema for å måle i hvilken grad medarbeiderne følger programmet (programoppfyllelse).
- Brukerne kan også selv krysse av på en sjekklister for hva de har mottatt av behandling, for eksempel hvilken informasjon de har mottatt. Dette kan suppleres med evaluering av tilfredsheten med informasjonen.

Kvalitative metoder

Kvalitative metoder er ofte mer egnet for å få fram brukernes erfaringer og opplevelser.

Eksempler på dette er:

- Fokusgruppeintervjuer (3)
- Dialogkonferanser (3)
- Bruker spør bruker, som kombinerer fokusgruppeintervju og dialogkonferanser (3, beskrives også i del III, 14)
- Dybdeintervjuer av enkeltpersoner hvor man får fram utsagn som viser behovet for forbedring på et område eller betydningen av forbedringsarbeidet for brukerne.

Kartlegge nåværende praksis

Det er som oftest nødvendig å få en oversikt over dagens praksis for å vite hva som bør forbedres og hvordan nivået på kvaliteten på dette området er.

Et nyttig verktøy er flytskjema /prosesskart (3). Dette gir et felles oversiktsbilde av hvordan tjenestene fungerer og oppleves for brukerne. Det er også et velegnet utgangspunkt for å bevisstgjøre og finne forbedringsområder. Brukerne bør delta i denne kartleggingen. Det kan foregå på flere måter:

- Ansatte og brukere tegner flyten sammen og fokuserer på det området man har som mål for forbedringsarbeidet (for eksempel rett til medbestemmelse).
- Ansatte tegner forløpet og ber en gruppe brukere om å skrive ned hvilke følelser de fikk underveis i forløpet sitt på klistrelapper og klistre disse inn i flytskjemaet.
- Brukere kan også beskrive i hvilken grad de følte seg informert osv underveis i prosessen, avhengig av hva fokuset i forbedringsarbeidet er.
- Man kan låne noen brukere et videokamera og be dem filme viktige hendelser i forløpet sitt.

Kartlegging av dagens praksis kan også gjøres gjennom å bruke måleverktøy eller kvalitative metoder som ble nevnt i forrige punkt.

Hvis man planlegger en spørreundersøkelse om pasienttilfredshet (3) som en del av forbedringsarbeidet, bør man gjøre målinger før forbedringstiltakene iverksettes. Dette vil være nyttig av flere grunner:

- Man kan identifisere hvilke områder brukerne er minst tilfredse med og som derved bør forbedres.
- Man kan se om det er store variasjoner brukerne i mellom.
- Man kan videreutvikle målene for forbedringsarbeidet slik at de blir målbare.
- Man kan bruke utgangsdata og etterfølgende målinger for å vurdere om man lykkes i å få til virkelige (signifikante) forbedringer, eller om det bare er tilfeldige variasjoner i målingene. For å få til dette legges dataene etter hverandre i tidsserier og analyseres ved hjelp av Statistisk prosesskontroll (SPC). Dersom man bruker SPC til å fremstille dagens situasjon, vil man lettere kunne analysere dataene for å finne områder for forbedring. SPC er et gratis program og det finnes en norsk veileder i bruk av dette analyseprogrammet (3).

Planlegge forbedret praksis –

hvilke endringer kan iverksettes for å skape forbedringer?

Når man planlegger å iverksette tiltak for å forbedre praksis, er det viktig å søke i litteraturen og i praksisfeltet etter dokumentasjon for at planlagte tiltak virker. Dette bør gjøres på samme måte som er beskrevet under klargjøring av kunnskapsgrunnlaget og i figur 4. Dersom man finner solide holdepunkter for at tiltak vil være effektive, kan de innføres med større trygghet for at de vil gi ønsket resultat med forsvarlig ressursbruk.

Ofte er det mulig å forenkle arbeidsprosessene gjennom å fjerne unødvendige trinn og dobbeltarbeid. Ved å redusere antall trinn og involverte personer, vil man både spare ressurser og redusere muligheten for feil.

I planlegging av forbedret praksis er det også viktig å sikre at man utnytter både brukernes og de ulike faggruppens kompetanse maksimalt. Under utvikling av behandlingsprogrammer kan man diskutere hvilke oppgaver som bør utføres av hvilke yrkesgrupper, samt utvikle sjekklister for å måle at programmet følges. Sjekklisten vil også kunne fungere som en huskeliste og et nyttig utgangspunkt for opplæring av nye medarbeidere. Det er oftest fornuftig å gjennomføre en utprøving i liten skala (pilot) før hele virksomheten involveres.

Finne forbedringstiltak

Mens man kartlegger dagens praksis og eventuelt gjør målinger av denne, vil det gjerne komme fram ideer og forslag til hvordan prosessene kan forbedres.

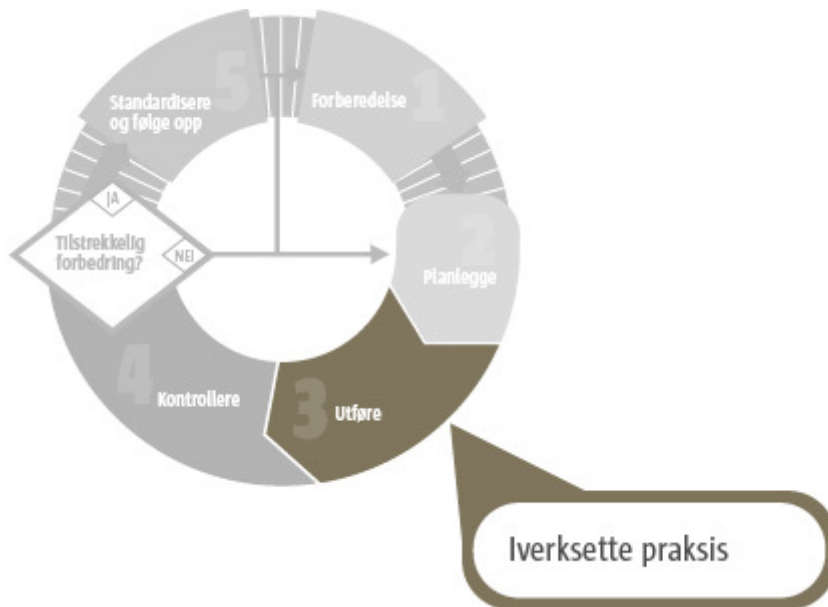
Forslag til endringer kan framkomme gjennom:

- Identifisering av de kloke grepene man allerede gjør og muligheter til å gjøre mer av dette gjennom Anerkjennende Intervju (Appreciative Inquiry - AI) (3)
- Kreative tankeprosesser / idédugnad (3)
- Man kan også hente ideer fra andre, som man tilpasser lokale forhold. (Se del II og III)
- Brukerne kan ofte komme med mange annerledes ideer, fordi de ikke er bundet til de strukturene som de ansatte i organisasjonen er. Brukerorganisasjoner kan også trekkes inn i dette arbeidet.

Sørg for at både brukere og medarbeidere som blir berørt av endringen har fått mulighet til å påvirke utformingen av forbedringstiltakene.

3. Utføre

Etter kartlegging og analyse av nåværende praksis, er det tid for å iverksette de forbedringstiltakene man har planlagt.



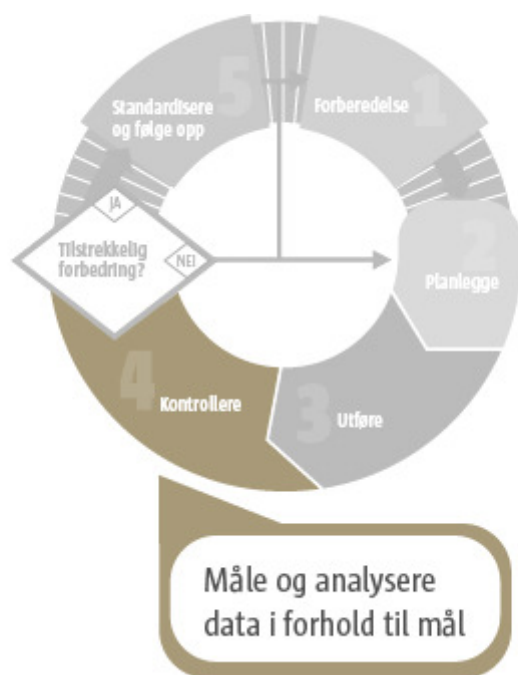
Figur 7: Metode for kvalitetsforbedring; utførelsesfasen

Det er viktig å prioritere de løsningene dere har størst mulighet til å lykkes med. Ofte setter man i verk flere tiltak parallelt dersom man er rimelig sikker på at disse vil forbedre tjenestekvaliteten. Følgende elementer er viktige ved iverksetting av ny prosess:

- God informasjon til alle involverte og nødvendig opplæring av personale og brukere før oppstart.
- Tydelighet i forhold til hvem skal gjøre hva og hvordan skal det gjøres.
- Tidsplan og aktivitetsplan for innføring av endringer. Dette bør sees i sammenheng med turnus, ferier osv.
- Infrastruktur som utstyr, materiell og hjelpemidler er på plass.
- Føring av en endringslogg, som viser når de ulike endringene er iverksatt, i hvilken grad endringene ble gjennomført i henhold til planen, og om det oppsto uventede hendelsen under veis.
- At ledelsen er klar til å følge opp for å forsikre seg om at iverksettingen skjer som planlagt.
- Sjekkliste eller andre typer målinger for å se om endringene følges.

4. Kontrollere og evaluere

I denne fasen undersøkes om målene er nådd eller om det er behov for ytterligere forbedringer.



Figur 8: Metode for kvalitetsutvikling; kontrollfasen

Hvis man har målt tilfredshet før tiltakene ble iverksatt, bør man gjenta målingene og analysere disse i tidsserier med SPC (3) for å kunne kontrollere om forbedringene er tilstrekkelig. Hvis man har laget et program for å styrke medvirkning eller informasjon, kan målinger av dette vise om det er oppnådd forbedringer, og om man har nådd ønsket grad av tilfredshet.

Som beskrevet under planleggingsfasen er det ofte viktig å benytte kvalitative metoder for å innhente erfaringer med den nye prosessen fra pasienter og medarbeidere.

Fokusgruppeintervjuer er en måte å gjøre dette på. Et annet eksempel er selvevaluerende spørsmål hvor brukerne og medarbeiderne deltar i evalueringen. Her kan man drøfte spørsmål som; hva var det vi ville oppnå, i hvilken grad har vi lyktes, hvordan vet vi det, hvordan kommer holdninger til uttrykk, hva er brukernes opplevelse, hva er medarbeidernes opplevelse osv.

Det er også viktig å være oppmerksom på uventede konsekvenser av forbedringsarbeidet som kan være mulig å måle. I forbedringsarbeidet som har som mål å styrke brukernes selvtilit og selvrespekt, har man for eksempel sett at forbruket av tjenester har sunket eller at man har kommet ut i arbeid etter mange år med uføretrygd (brukerforum). I Alaska overtok urbefolkningen eierskap og styring av helsetjenestene. Ved å bygge om tjenestene slik at de ivaretok sentrale verdier i kulturen, ble brukerne tilfredse. I tillegg falt forbruket av tjenester betydelig (6,7).

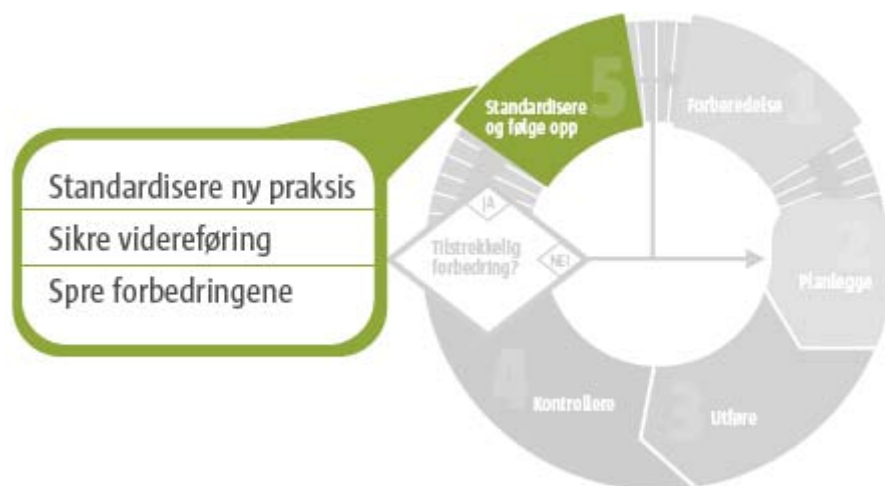
Tilstrekkelig forbedring?

Dersom forbedring av tjenestekvaliteten ikke er tilfredsstillende, må man gå tilbake til forberedelses- og planfasen.

Kanskje har forankring og organisering ikke vært god nok? Mange viktige tips om hvordan disse faktorene kan styrkes, er beskrevet i "En guide for fastholdelse af praksis" (10).

Viser utprøvingen har at målene bør justeres? Dersom målene står fast, velger man nytt forbedringstiltak, som så utprøves på samme måte. Kanskje viser målingene at man har nådd målet på visse områder, men ikke på alle, for eksempel at man glemmer å informere på et spesielt område. Da må man vurdere om innsatsen skal forsterkes eller om målene skal endres. Det er viktig at personalgruppen og pasientene er med å drøfte resultatene og blir enige om hvilke nye tiltak man eventuelt skal iverksette.

5. Standardisere og følge opp



Figur 9: Metode for kvalitetsutvikling; Standardisere og følge opp

Standardisere ny praksis

Dersom tjenesteprosessen nå fungerer tilfredsstillende, er det viktig å sikre at den følges. Man må også huske på å oppdatere prosedyrer og opplæringsprogram i tråd med den nye praksis, og markere at dette nå er innført som fast praksis.

Sikre videreføring

Det anbefales å fortsette nødvendige evalueringer en eller to ganger i året. Dette er fordi forbedringene lett avtar når fokuset på den nye tjenesteprosessen blir mindre.

Man må derfor med jevne mellomrom evaluere om praksisen fortsatt fungerer optimalt. Det er et lederansvar å sørge for at dette gjøres, samt at resultatene brukes i videre forbedringsarbeid.

Spre forbedringene

Dersom forbedringene har vært prøvd i liten skala med godt resultat, bør tiltakene prøves ut i større skala. Dersom resultatene fortsatt er gode, bør de spres til andre avdelinger og enheter med tilsvarende tjenesteprosesser. For å oppnå dette, bør det lages en spredningsplan når man starter forbedringsarbeidet.

Veien videre

Når den forbedrede praksis er stabil, er det tid for å velge et nytt forbedringsområde. På denne måten innføres kontinuerlig forbedring som den måten virksomheten utvikles og ledes på.

Kilder og henvisninger

1. Helse og omsorgsdepartementet: *Nasjonal helseplan (2007-2010)*
2. Sosial- og helsedirektoratet: *...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten (2005-2015)*.
3. http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy
4. Arbeidsgruppe nedsatt av Sosial og helsedirektoratet ifm innsatsområdet Å styrke brukerne http://www.ogbedreskaldetbli.no/Om_kvalitetsstrategien/Arbeidsgruppene
5. Sosial og helsedirektoratet, Veileder 1S-1502 2007. *Hvordan kommer vi fra visjoner til handling? Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene*.
6. Southcentral Foundation i Alaska www.southcentralfoundation.com
7. Konsmo, Trulte: *Et brukerstyrt helsevesen – og bedre har det blitt!* Artikkel på www.gruk.no
8. Gallefoss F, Bakke PS.: *Effekter av astmaopplæring i en randomisert, kontrollert undersøkelse*. Tidsskrift for den Norske Legeforening nr.28, 2002; 122: 2702-6.
9. Mahler, Gustavson and Evans: *Sustainability*, NSH (2007)
10. Center for Kvalitetsudvikling; *En guide til fastholdelse af praksis – vejledning og måleredskab* Oversettelse og tilpasning til danske forhold av *Sustainability*, Region Midtjylland, 2007. Kan bestilles for 150,- (eks moms + porto) på www.centerforkvalitetsudvikling.rm.dk, tlf 0045 87284911

Vedlegg om brukermedvirkning

Oppnevning av brukerrepresentant

Når det gjelder oppnevning av brukerrepresentant finnes det to ulike alternativer. Man bør gjøre en vurdering av fordeler og ulemper ved begge alternativene før valget tas.

Alternativ A

Teamene spør en pasient/tidligere pasient eller deres pårørende som har vist engasjement og har den nødvendige kompetanse/interesse i forhold til å delta i forbedringsarbeid.

Fordeler:

- Får en brukerrepresentant som har førstehånds kjennskap til enheten/virksomheten fra sitt ståsted.
- Oppnevningen vil være enklere, mindre byråkratisk og ta kortere tid.
- Bruker kortere tid på å bli kjent og trygge på hverandre hvis relasjonen er god på forhånd.

Ulemper:

- Representanten kan være så godt inne i systemet og så godt kjent at vedkommende vil ”tenke innenfor rammen”, dvs. ikke greie å ha den nødvendige distansen til det vedkommende selv har opplevd.
- Representanten kan være avhengig av tjenester fra enheten/virksomheten og dermed ikke greie/tørre å ha egne standpunkt som avviker fra ledelsens.
- Representanten vil mangle et eget ”støtteapparat” som kan gi innspill og feedback.

Hvis alternativ A velges, anbefales det sterkt å lage rutiner/system som veier opp for de nevnte ulempene.

Alternativ B

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) oppnevner representant gjennom sitt lokalapparat. Følgende saksgang kan velges:

1. Ta kontakt med FFO

På FFOs hjemmesider - www.ffo.no, ligger det kontaktinformasjon både på regionalt-, fylkes- og kommunenivå. På spesialistnivå har alle helseforetakene brukerutvalg som man kan henvende seg til. Alle kommuner er pålagt å ha brukerutvalg fra 1. januar 2008. Disse utvalgene mottar henvendelser om brukerrepresentasjon. På kommunalt nivå kan man også ta kontakt med kommuneadministrasjonen som har ansvar for å oppdatere kontaktinformasjon når det gjelder brukerrepresentanter.

FFO har utviklet retningslinjer og prosedyrer for brukerrepresentasjon, som disse anbefalingene bygger på.

2. Send en skriftlig forespørsel om oppnevning av brukerrepresentant (er)

Send en skriftlig forespørsel og be om å få forslag på 1-2 kandidater.

- Beskriv mål og hensikt med prosjektet.
- Beskriv den kompetansen som det er ønskelig at representanten har.
- Beskriv brukerrepresentantens ansvar/rolle i prosjektet.

- Be om at aktuelle brukerrepresentanter fyller ut FFOs ”Opplysnings skjema for brukerrepresentanter”.

Vær ute i god tid.

3. Velg ut kandidat(er)

Gå gjennom forslagene på brukerrepresentanter som har kommet, og les gjennom tilsendte ”Opplysnings skjema for brukerrepresentanter”. Hvilken person vil på best mulig måte kunne oppfylle hensikten og målene med prosjektet?

Fordeler:

- Representanten vil ha eget støtteapparat (medlemsorganisasjonen) som bl.a. kan gi kreative innspill, positive tilbakemeldinger/drøfte ideer samt ”kontrollere” at vedkommende holder seg til de spillereglene som er gitt.
- Sikrer at den oppnevnte representanten er egnet.
- Representanten kan se virksomheten og vurdere tjenestene med et ”utenfraperspektiv”.
- Representanten vil ikke ha bindinger/være avhengig av ledelse eller andre i virksomheten.

Ulemper:

- Representanten kjenner ikke virksomheten og de lokale forholdene. Men man kan sikre at den representanten som oppnevnes kjenner fag-/tjenesteområdet ved å spesifisere dette i henvendelsen til FFO.
- Oppnevning av representant gjennom FFO kan ta tid fordi det må gå gjennom formelle kanaler.

Uansett om det er alternativ A eller B som velges, bør FFOs ”Kjøreregler for brukerrepresentant” og ”Ansvar som brukerrepresentant” legges til grunn for brukerrepresentasjonen i teamene. Samtidig er det viktig å sikre at også resten av teammedlemmene ivaretar og lever opp til de sentrale prinsippene som skisseres.

Økonomisk kompensasjon

Det finnes ingen nasjonale retningslinjer når det gjelder økonomisk kompensasjon for brukerrepresentasjon. Det er imidlertid stort sett enighet om at alle dokumenterte utgifter dekkes for brukerrepresentanten når det gjelder reise, opphold og evt. tapt arbeidsfortjeneste. I tillegg får oftest brukerrepresentantene en møtegodtgjørelse. Størrelsen på denne varierer noe fra organisasjon til organisasjon, men ligger oftest på kr 375.- for møter opp til 4 timer og kr 750.- for møter som varer over 4 timer.

Hva slags ansvar har du som brukerrepresentant?

Kilde: FFO

- Som brukerepresentant må du innhente saksopplysninger, og sette deg inn i problemstillinger som skal diskuteres.
- Du bør delta aktivt og konstruktivt i kommunikasjonen, og du må se helheten og ikke ivareta særinteresser.
- Du bør også kunne se saken fra forvaltningens side, ikke bare fra et brukerperspektiv.
- Du bør ta kontakt med din organisasjon, FFO eller andre som har oppnevnt deg for å melde fra om behov for informasjon, opplæring og oppfølging. I tillegg må du rapportere til ditt eget styre.
- Du bør sette deg inn i forskrifter som gjelder for det fora du er representant i.
- Som brukerrepresentant må du bære fram brukernes perspektiver for å sikre at de ikke blir oversett eller uteglemt i beslutningsprosessene.
- Husk at du som brukerrepresentant er en ressursperson som kan konfrontere fagmiljøet uten å skape konflikt.

Krav til brukerrepresentant

FFOs brukerrepresentant:

- Må være representativ for gruppen.
- Må være personlig egnet.
- Må utføre vervet samvittighetsfullt.
- Må ikke miste ankerfestet - må ha bred kontakt funksjonshemmedes organisasjoner.
- Bør ha bearbeidet egne negative opplevelser.
- Må være løsningsorientert fremfor problemorientert.
- Se det positive fremfor det negative.
- Bør ha evne til å nedtone egne opplevelser.
- Bør kunne diskutere saker på et generelt nivå uten å fokusere på enkeltopplevelser.
- Må kunne sette seg inn i problemstillinger som skal diskuteres, og delta aktivt og konstruktivt i kommunikasjonen.
- Være klar over at man ikke representerer seg selv – som FFOs brukerrepresentant har man et verv på vegne av FFOs 67 medlemsorganisasjoner.
- Stille krav til organisasjonen om opplærings- og oppfølgingsrutiner.

Del II: Eksempler på bruk av metoden

1. Klientstyrt behandling på Hagen behandlingsenhet

Hagen Behandlingsenhet - Sykehuset Innlandet HF gir ulike tilbud til barn fra 6 til 12 år innen psykisk helse. Forbedringsarbeidet har pågått siden 1994 og handler om å endre vår tilnærming i terapi, fra en ensidig styring ut fra teori og terapeutenes foretrukne metoder, til en klient- og resultatstyrt praksis.

Trinn 1: Forberedelse

Erkjenne behovet for forbedring - kanskje kan vi spørre Steinar?

Steinar var en 8 år gammel gutt som hjalp oss til å innse at våre erfaringer og forforståelse alene ikke var nok i behandlingsarbeidet. Steinars forhold til terapeuter og barn var svært anstrengt og preget av mye uro med fysiske angrep og ødeleggelser av inventar. Etter hvert opplevde terapeutene at det gikk galt uansett tilnærming. Ved fysisk stopping økte utageringen, men samtidig måtte Steinar stoppes. I ulike fora ble det drøftet hva annet man kunne prøve i møte med gutten. ”Alt” hadde vært forsøkt. En forsiktig stemme blant terapeutene undret seg om vi kanskje kunne spørre Steinar til råds? Det var enighet om å prøve denne tilnærmingen. Steinar uttrykte forundring over at han ble spurt, men tok spørsmålene alvorlig og sa at han følte seg betydningsfull ved at hans tanker var ønsket. Han kunne vise terapeuten konkrete teknikker for hvordan han kunne bli holdt uten at det minnet han om tidligere traumatiske hendelser. Gjennomføring av endringene han beskrev ble et vendepunkt som fikk konsekvenser både for Steinar og for behandlingstilbudet på Hagen. Steinar ble personalets læremester i sin egen behandlingsprosess (1).

Klargjøre kunnskapsgrunnlaget

På Hagen behandlingsenhet har vi alltid bestrebet oss på å gi anerkjennelse og ivareta barnet. Men valg av behandlingsmetoder har vært styrt av teori og en sterk tro på standardiserte behandlingsmåter. Et viktig grunnlag for behandlingen var opplysninger hentet fra testing, utredning og beskrivelser fra fagpersoner. Klientens vurderinger ble sjelden etterspurt. Alle våre møter var uten klientdeltakelse. Vi trodde at vi som fagpersoner visste best hvordan hjelpen skulle utformes. Man var altså mer fokusert på å være trofast mot teoretiske metoder og modeller enn resultatene og klientens opplevelser.

Steinar viste oss hvor nyttig det var å inkludere hans forventninger og synspunkter i behandling, både ved planlegging og utførelse. Vi har nå utviklet en tilbakemeldingskultur som etterspør barns og foreldres opplevelse og erfaringer i hele behandlingsprosessen. Som vist gjennom forskning er kvalitet i behandlingsarbeid avhengig av at klienten har en positiv opplevelse av behandlingen (2). Det er derfor viktig å få klientens opplevelser om det vi gjør sammen fører til bedring. Våre erfaringer bekrefter dette. Klientens egne opplevelser inngår nå som et aktivt element i kunnskapsbasert praksis.

Forankre og organisere forbedringsarbeidet

Allerede i 1996 ble en virksomhetsplan med følgende verdiforankring laget; en tro på alles iboende helende krefter og et uttrykt ønske om å tydeliggjøre både barnets og foreldrenes stemme i behandlingsforløpet. Dette var ideologiske og verdibaserte holdninger som ble

sentrale i det videre forbedringsarbeidet. Vårt forbedringsarbeid har hatt en tydelig og stabil forankring i ledelsen. Forbedringsarbeidet ble startet opp av Andy Huggins, sterkt oppmuntret av den tids leder Inge Strand. Han ga sin tilslutning til et pilotprosjekt hvor økt medvirkning fra barnet og foreldre skulle prøves ut i praksis.

Foreldrenes og barnets deltagelse under behandlingsforløpet førte til nye ideer til utforming av tiltak. Tidligere var praksis at fagpersoner vurderte behov for enten dag eller døgniltak ut i fra opplysninger i henvisningen. Nå ble disse vurderingene gjort i samarbeid med barnet og foreldrene. Ledelsen støttet opp om fleksibel ressursbruk for å stimulere og legge til rette for tiltak som barnet og foreldrene opplevde som nyttig for dem. Nye kreative arbeidsmåter ble utprøvd, for eksempel ambulant jobbing hjemme hos klienten og på hjemmeskolen. I noen saker ble også flere tilnærminger kombinert i ett tiltak - for eksempel døgnplass i kombinasjon med familieterapi hjemme hos familien.

Med den nye praksisen som både hadde fokus på individ-, familie- og nettverk, oppstod det et behov for å tilegne seg mer kunnskap. Interne fagdager, ukentlige "fagtorg" og regelmessig undervisning ble iverksatt. Videreutdanning fikk en markert oppsving, samt deltakelse på eksterne kurs i USA hvor klientstyrt og resultatstyrt praksis var hovedtema. Å oppdatere fagbiblioteket ble også prioritert.

Trinn 2 Planlegge

Sette mål

Pilotprosjektet hadde som mål å fremme en praksis hvor barn og foreldre var endringsagenter i eget liv. Vi ønsket å legge til rette for en «feedbackkultur» som sikret klientstyring fra første kontakt. Både barnet og foreldrene skulle delta i planlegging og tilrettelegging av behandlingsprosessen. De skulle også inviteres til selv å evaluere underveis hvordan terapien virket – ble hverdagen bedre?

Utvikle måleverktøy

Studier dokumenterer at vi som behandlere ikke greier å forutsi hvordan klientene opplever nytten av terapien (2)! Vi startet derfor opp med å bruke evalueringsskalaer tilpasset fortløpende og systematisk innhenting av informasjon fra klienten. Tilbakemeldingen skjer ved hjelp av to ulike evalueringsskalaer som er utprøvd og validerte; Endringsskala hvor klienten gir tilbakemelding om bedring skjer, og samtalevurderingsskala hvor klienten gir sin tilbakemelding for hvordan den terapeutiske alliansen oppleves. Skalaene er hentet fra Institute for the Study of Therapeutic Change www.talkingcure.com (se vedlegg):

- *Endringsskala for barn ("CORS")*: Fylles ut av klient før en samtale. Barnet formidler sine opplevelser av hvordan det har det, mens foreldre gir uttrykk for hvordan de opplever barnets situasjon. Spørsmål om hvordan klienten har det med seg selv, i familien, på skolen og alt i alt.
- *Samtalevurderingsskala for barn ("CSRS")*: Brukes etter en samtale eller aktivitet og fylles ut av barnet. Spørsmål om de opplevde å bli hørt, om de likte tilnærmingen og om de ønsker å gjøre noe lignende neste gang.
- *Samtalevurderingsskala for voksne ("SRS")*: Brukes etter en samtale (eller aktivitet). Fylles ut av foreldre. Opplevde foreldre å bli hørt, hvor viktig var samtaleemnet for dem og passet tilnærmingen?

Skalaene fungerer på den måten at klienten krysser av på en linje fra 1 -10. Utfylling av skalaen tar et par minutter. Lav score indikerer at opplevde problemer dominerer i hverdagen og høy score motsatt. Resultatene (score) blir plottet inn i en graf. Grafen gir uttrykk for opplevde endringer hos klienten gjennom en viss periode. Ved å studere den grafiske fremstillingen sammen med klienten får terapeuten tilbakemelding om endringer skjer - og om de varer. Alt etter en kort tid får vi på den måten erfaring for om vi er på rett vei.

Kartlegge nåværende praksis

Det var ikke behov for å gjøre et grundig kartleggingsarbeid før igangsetting av pilotprosjektet, fordi det var tydelig at vi ikke hadde brukermedvirkning verken på system- eller individnivå. Tiltak ble igangsatt ut fra en erkjennelse av at vi ikke hadde brukerens medvirkning i noe ledd i organisasjonen.

Planlegge forbedret praksis

Klientens deltakelse - drøftingssamtalene og samarbeidsavtalen

Pilotprosjektet startet med å invitere foreldre i planlegging av sitt barns opphold på Hagen. De kunne velge mellom dag- eller døgntiltak. På det tidspunktet trodde vi at det var kun disse tiltakene som var aktuelle. Foreldre og barn deltok i det vi nå kaller drøftingssamtaler. Dette skjer før tiltak igangsettes. Her utforskes hva det ønskes hjelp til og hvordan hjelpen kan utformes. En samarbeidsavtale utarbeides med grunnlag i det som har fremkommet i drøftingssamtalene. Neste steg var å invitere foreldrene på behandlingsmøter.

Kompetanseutvikling for de ansatte

Parallelt med pilotprosjektet fikk de ansatte undervisning. Tema var systemisk tenkning og familierapi, samt det å lede møter med mange aktører tilstede. Etter hvert kunne de ansatte som var interesserte delta i det praktiske arbeidet som co – terapeuter og få egne erfaringer. Det ble gitt veiledning og oppfølging i saker hvor dette var ønskelig. Erfaringer fra pilotprosjektet ble kontinuerlig delt med de øvrige ansatte. Målet var at alle ansatte skulle anvende denne formen for tilnærming. Med gjennomført klientstyrt praksis i alle ledd i organisasjon kunne vi fremstå som troverdige i bestrebelsen i å ønske klienten aktiv med i egen endringsprosess. Etter hvert ble flere av miljøterapeutene og lærerne på Hagen interessert i den nye arbeidsmåten og deltok mer og mer.

Trinn 3 Utføre

Iverksetting av forbedringstiltak

Ved oppstart av pilotprosjektet var mange blant personalet skeptiske til ideen om å invitere foreldre og barn med i behandlingsprosessen. Reaksjonene vi fikk kan i ettertid beskrives best ved Gisela Hagemanns lov: Enhver ny ide` går gjennom tre faser; først latterliggjøring, dernest aktiv motstand, så aksept som en ren selvfølgelighet! Hvordan møtte vi skepsisen i vår egen personalgruppe? Forankring i den administrative og faglige ledelsen, samt at de ansatte som var interesserte og motiverte fikk være med å påvirke og gjennomføre endringstiltakene. På den måten fikk vi noen positive erfaringer som kunne deles med alle.

Vi startet med å ta evalueringsskalaene i bruk med foreldrene i 2001. I 2002 ble skalaene benyttet sammen med barna i miljøterapien. I dag prøver vi kontinuerlig ut nye metoder som kan tydeliggjøre barnets og foreldrenes stemme, og innfører det som praksis. Vi har flere metoder i vår verktøykasse. Metoden tilpasses klienten og ikke motsatt. Mangfold,

drøftingssamtaler med foreldre og barn, fleksible løsninger og variasjon i tilbudet er noen nøkkelord vi arbeider etter.

Trinn 4 Kontrollere

Vi følger med både på system- og individnivå når det gjelder brukermedvirkning. På systemnivå gjennomføres brukerundersøkelser. På individnivå skjer tilbakemelding fortløpende som en integrert del av behandlingsprosessen. Bruk av skalaer åpner for kontinuerlig evaluering, slik at tiltak og tilnærming raskt kan endres eller tilpasses underveis i et behandlingsforløp. Får klienten det faktisk bedre? Vi tilstreber åpenhet om resultater.

Måling av aktivitet

I løpet av en femårsperiode (1990-94) – før oppstart av pilotprosjektet med klientstyrt praksis, var det 18 barn som hadde et tilbud ved Hagen. Allerede etter oppstart av prosjektet i 1994 økte pasientgjennomstrømmingen. I 2000 var klientstyrt praksis etablert i alle ledd i behandlingsforløpet. I femårsperioden fra 2000 til 2004 hadde antall barn økt til 76. Dette betyr en økning i behandlingsskapasitet på vel 400 %. Behandlingstiden hadde blitt betraktelig kortere, med en gjennomsnittstid på 9 – 12 måneder. Den feedbackkulturen vi hadde etablert ga oss et bedre grunnlag for å vurdere sammen med foreldre og barn når behandlingen skulle avsluttes. Samtidig kom vi raskere i gang med tiltak som var virksomme for den enkelte. Tallene fra 2005 og 2006 viser fortsatt økning - 84 barn bare på disse to årene.

Vi planla ikke for økt effektivitet, men det har blitt en positiv tilleggseffekt av økt brukermedvirkning. Med en klientstyrt og resultatstyrt praksis, samt en fleksibel utnyttelse av våre ressurser, ser det ut til at vi er blitt mer effektive i behandlingsarbeidet. Innsatsen er intensiv i starten, men straks foreldre og barn opplever å mestre utfordringene, trappes behovet for tiltak ned. I denne perioden har Hagen lav terskel hvis foreldrene igjen har behov for økt kontakt.

Trinn 5 Standardisere og følge opp

Standardisere ny praksis

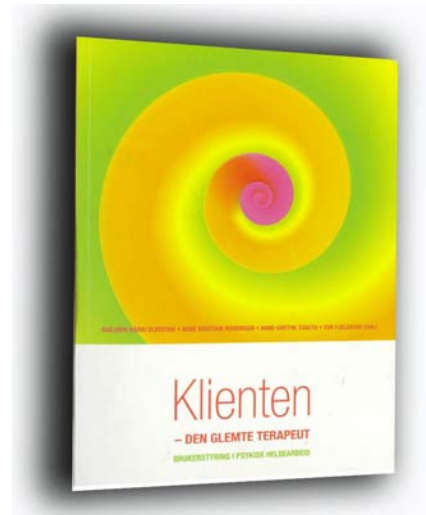
Skalabruken er satt i system på Hagen og er en naturlig del av alle møtepunktene mellom foreldre/ barnet og terapeut. Vi har også utarbeidet en veileder for organisering av vår nåværende behandlingsprosess. Hagen deltar i KOR - nettverket (www.r-bup.no).

Sikre videreføring

Vi er også opptatte av å sikre at praksisen følges gjennom fadderordning og opplæring av alle nyansatte. En senior terapeut følger den nyansatte i det terapeutiske arbeidet og gir veiledning.

Spre forbedringene

- På individnivå ved å invitere nettverk rundt barnet i endringsprosessen slik at de kan være vitne til endringer som skjer og støtte opp under denne tilnærmingen
- På systemnivå ved å delta i ulike fagfora og konferanser
- Enhetslederen deltar i divisjonens kvalitetsnettverk og kvalitetstråd hvor tema er forbedring av tjenestetilbudet
- Publisering av artikler og kapitel i boken: ”*Klienten - den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid (2007)*”.



Veien videre

Vi søker systematisk og fortløpende informasjon om hva klienten mener må til for at endring skal skje – hva som er god terapi for den enkelte. Hagen har kontinuerlige, parallelle forbedringsprosesser for at foreldre og barn kan delta aktivt i sine egne endringsprosesser. Ved brukerundersøkelser etter endt behandling kan det fremkomme behov for strukturelle endringer av tjenestetilbudet. Foreldre inviteres da med i utformingen av forbedringstiltak.

Kontaktpersoner:

Enhetsleder Tove Huggins og miljøterapeut Katja Saukkonen, tlf 62 33 26 81

Referanser

1. Ulvestad, A. K. m.fl. (red.) "Klienten - den glemte terapeut; brukerstyring i psykisk helsearbeid". Gyldendal, Oslo, 2007.
2. Lambert, Michael J. 2001, 2002. Brigham Young University, USA
3. Hubble, M., Duncan, B. & Miller, S. (red.) "The heart & soul of change – what works in therapy". American Psychological ass. Washington, DC. 1999.
4. Wampald, Bruce. "The Great Psychotherapy Debate". 2001.

Vedlegg

1. Skala for samtalevurdering – voksne
2. Skala for endringsvurdering – barn og unge
3. Skala for samtalevurdering - barn og unge

Session Rating Scale (SRS V.3.0)

Skala for samtalevurdering – voksne

Navn _____ Alder (År): _____
ID nr. _____ Kjønn: M / K
Samtale nr. ____ Dato: _____

Kan du gi en vurdering av samtalen i dag ved å sette et merke på linjene slik det best passer din egen opplevelse.

Forholdet mellom deg og terapeuten:

Jeg opplevde *ikke* at jeg ble hørt, forstått og respektert.

Jeg opplevde at jeg ble hørt, forstått og respektert.

Mål og tema:

Vi snakket *ikke* om det jeg ville snakke om, og arbeidet *ikke* med det jeg ville arbeide med.

Vi snakket om det jeg ville snakke om og arbeidet med det jeg ville arbeide med.

Tilnærming eller metode:

Terapeutens tilnærming passer *ikke* så godt for meg.

-----I

Terapeutens tilnærming passer godt for meg.

Generelt:

Det manglet noe i samtalen i dag.

-----I

Som helhet var samtalen i dag bra for meg.

Institute for the Study of Therapeutic Change

www.talkingcure.com

© 2002, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson

Child Outcome Rating Scale (CORS)

Skala for endringsvurdering – barn og unge

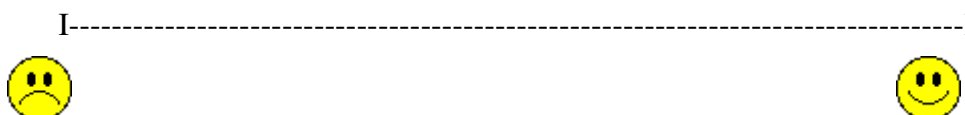
Navn _____	Alder (År): _____
ID nr. _____	Kjønn: M / K
Samtale nr. _____	Dato: _____
Hvem fyller ut skalaen? Kryss av: Barnet _____	Foresatt _____
Hvis foresatte fyller ut; hva er din relasjon til barnet? _____	

Hvordan har du det? Hvordan går det i livet ditt? Kan du å hjelpe oss å forstå ved å sette et merke på linjene nedenfor. Det går bedre jo nærmere du setter merket det blide fjeset, og det går dårligere jo nærmere du setter merket det sure fjeset.

Dersom du er foresatt, fyll da ut skalaen slik du tenker barnet har det.

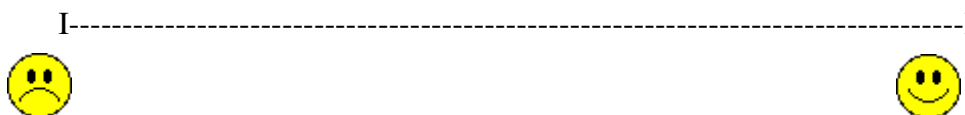
Meg selv

(Hvordan jeg har det)



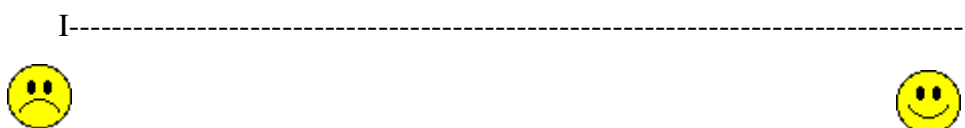
Familien

(Hvordan jeg har det i familien min)



Skolen

(Hvordan jeg har det på skolen)



Alt i alt

(Hvordan jeg har det alt i alt)



Institute for the Study of Therapeutic Change

www.talkingcure.com

© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, & Jacqueline A. Sparks

Child Session Rating Scale (CSRS)

Skala for samtalevurdering - barn og unge

Navn _____ Alder (År): _____
ID nr. _____ Kjønn: M / K
Samtale nr. _____ Dato: _____

Hvordan var det å være her i dag? Kan du sette en strek på linjene nedenfor for å vise oss hva du synes.

De hørte ikke så godt på meg.



Å bli hørt

De hørte godt på meg.



Det vi gjorde og snakket om var ikke så viktig for meg.



Hvor viktig

Det vi gjorde og snakket om var viktig for meg.



Jeg likte ikke det vi gjorde i dag.



Det vi gjorde

Jeg likte det vi gjorde i dag



Jeg ønsker å gjøre noe annet.



Alt i alt

Jeg håper vi kan gjøre noe lignende neste gang.



Institute for the Study of Therapeutic Change

www.talkingcure.com

© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, Jacqueline A. Sparks, & Lynn D. Johnson

2. Bedret brukermedvirkning og samarbeid ved en akuttpsykiatrisk sengeavdeling

Dette eksempelet er hentet fra en psykiatrisk akuttpost på Blakstad sykehus som deltok i et læringsnettverk i prosessforbedring i 2003-2004, ledet av GRUK. Post 4a hadde 12 plasser, hvorav 5 i egen skjermet enhet. På grunn av omstrukturering i opptaksområdet, ble dessverre denne veldrevne posten nedlagt ved prosjektets slutt. Eksempelet har imidlertid livets rett, fordi de utviklet et program for brukermedvirkning.

Forberedelse

Å erkjenne behovet for forbedring

Personalet brukte en fagdag som forberedelse til å delta i læringsnettverket. De hadde blant annet rollespill hvor noen spilte pasienter som ble intervjuet for å avdekke hvordan de trodde at pasientene så på posten. De opplevde at det var nyttig å sette seg i pasientens sted, samtidig som personalet ble kjent med intervjuguiden som de senere brukte til å måle pasienttilfredshet.

De diskuterte hvilke elementer i behandlingen som var viktigst å endre for å øke samarbeid innad og med pasientene, og valgte å starte med behandlingsmøtene. Behandlingsmøtet hadde en viss struktur, men var preget av mange avbrytelser. Det var uenighet om hva som skulle vektlegges og det ble sjelden tid til å trekke konklusjon fordi alle måtte løpe til neste møte. Pasientene visste sjelden at de skulle "tas opp", og fikk derfor ikke fremmet sine ønsker og behov i forhold til behandlingen. Personalet var frustrerte over hvordan man så på viktigheten av hverandres fag og kompetanse, og for at pasientene kanskje ikke fikk optimal behandling.

Klargjøre kunnskapsgrunnlaget og verdier

Avdelingen hadde valgt kognitiv terapi som felles plattform og mange av de ansatte hadde fått opplæring i dette. Verdigrunnlaget i avdelingen var i liten grad bevisstgjort, men kom frem senere i prosessen under tegning av flytskjemaet. Dette medførte mange viktige diskusjoner som var nødvendig i utviklingsarbeidet (se senere).

Forankre og organisere forbedringsarbeidet

Prosjektet var godt forankret hos ledelsen ved sykehuset og klinikken, og de deltok i en styringsgruppe, samt på en del av fellessamlingene. Avdelingen deltok sammen med 4 andre avdelinger ved samme sykehus i et 18 måneders læringsnettverk med fellessamlinger og regelmessig ekstern veiledning fra GRUK. Det deltok to brukerrepresentanter i læringsnettverket.

Avdelingens prosjektgruppe besto av 6 medlemmer, med avdelingssykepleier som prosjektleder og assisterende avdelingssykepleier som tilrettelegger med ansvar for skriving, motivasjon og undervisning av medarbeiderne og målinger. I tillegg deltok hjelpepleier, psykolog, sosionom og overlege.

Prosjektgruppen møttes 1 time hver uke. Det ble lagt stor vekt på å involvere personalet underveis gjennom:

- Avdelingsseminar før oppstart
- Tverrfaglige personalmøter hver 2-4 uke med hovedfokus på forbedringsarbeid

- Fagmøte med personalet hver uke
- Tverrfaglig veiledning det første året
- Internundervisning hver uke som også fokuserte på prosjektet

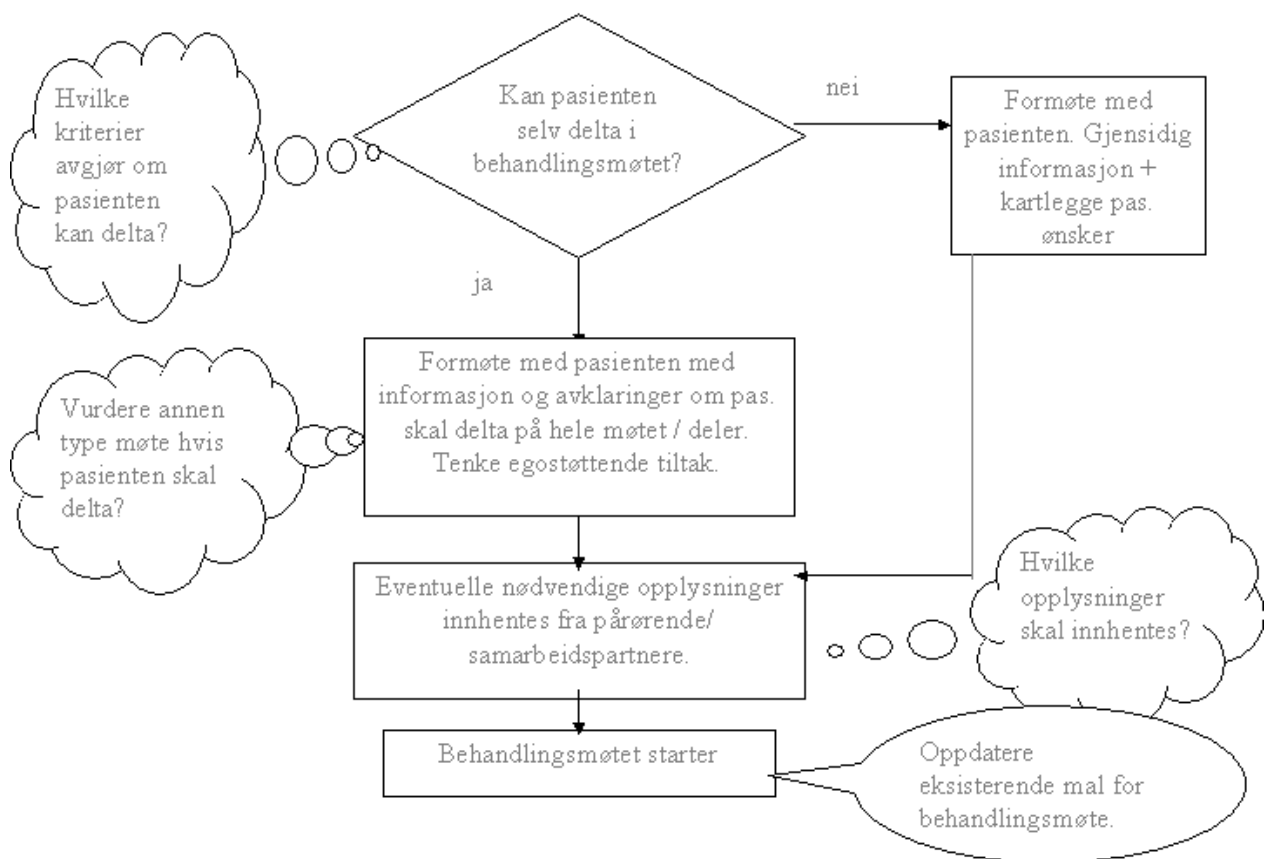
Planlegge

Sette mål

Prosjektgruppen satte følgende overordnede mål: Bedre samarbeid med hverandre og med pasientene gjennom bedring av behandlingsmøtene.

Kartlegge nåværende praksis og planlegge forbedret praksis

De tegnet et flytskjema hvor alle aktivitetene før, under og etter behandlingsmøtet framgikk. Et lite utsnitt av dette vises i figuren.



Det å tegne flytskjema sammen medførte en bevisstgjøring av egen praksis. Områder og prosesser med potensial for forbedring ble synliggjort. Samtidig fikk de fremhevet områder og aktiviteter hvor de var dyktige. I refleksjon med personalet ble mange spørsmål løftet fram og diskutert. Disse ble tegnet inn som skyer og eksempler på dette er: Hvordan ser vi egentlig på pasientene? Får pasienten medvirke i stor nok grad i utforming av behandlingsplanen og får de kopi av den? Hvordan kan man få fram hva pasientene mener og ønsker? Hvilke opplysninger skal innhentes? Hvorfor kalles noen for behandler og andre ikke? Er miljøterapi og kognitiv terapi behandling? Gjennom diskusjoner ble holdninger, verdier og faglig ståsted synliggjort i avdelingen.

Underveis dukket det også opp en rekke forslag til forbedringer som ble symbolisert som snakkebobler. Flytskjemaet ble hengt på oppslagtavle på vaktrommet og alle ansatte ble oppfordret til å skrive inn spørsmål og ideer i dette. Pasientene ble informert om prosjektet i gruppeterapitimer og oppfordret til å komme med innspill.

Gjennom diskusjonen av flyten for behandlingsmøtet, ble målsettingen tydeliggjort:
Å danne oss en tverrfaglig felles forståelse av pasienten gjennom en tverrfaglig drøfting av behandlingsopplegget, som skal danne grunnlaget for utarbeiding av en behandlingsplan i samarbeid med pasienten.

Utvikle måleverktøy

På bakgrunn av flytskjemaet ble det laget et program for behandlingsmøtet med en sjekklister, slik at man kunne måle programoppfyllelsen på møtene (se vedlegg 1). Tilrettelegger skulle krysse av for om punktene ble helt, delvis eller ikke gjennomgått – eller om de ikke var aktuelle for den enkelte pasient.

Man ønsket også å måle pasientens tilfredshet med et spørreskjema publisert i Statens Helsetilsyns utredningsserie 6-2001: Pasientstyrt forbedringsarbeid i psykiatriske sengeposter. Resultatet av 21 intervjuer viste at de var tilfredse med den respekten og støtten de mottok, men at de fikk medvirke i liten grad i egen behandling og de var ikke tilfredse med den informasjonen de fikk.

Utføre

Den første endringen man gjorde var å flytte tidspunktet for behandlingsmøtet for å unngå forkorting av møtet fordi det kolliderte med rapporten Det ble innført en klar struktur med tidsbegrensede innlegg. Mal for fremleggene fra miljøpersonalet og lege/psykolog ble bearbeidet, systematisert og satt opp punktvis (jmf vedlegg 1).

For å øke medvirkning i egen behandling ble det innført en forsamtale med pasienten, hvor de fikk informasjon om behandlingsmøtet. Der blir de også spurt om sine ønsker og mål, samt om de ønsket å delta i selve behandlingsmøtet eller bare formøtet. Få av pasientene ønsket å delta på behandlingsmøtet; de følte seg for syke og det var mange deltakere på møtet. Rett etter at møtet var avholdt, fikk de informasjon fra møtet av lege, psykolog eller sykepleier og endringer i behandlingsplanen ble drøftet med pasienten.

Kontrollere

Programoppfyllelsen ble målt på 17 møter. Målingene viste at personalet var blitt flinke til å følge opp på noen områder; for eksempel fikk de fram pasientens forventninger og mål på 75 % av møtene. Men pasientene var bare informert om behandlingsmøtet i 38 %, og individuell plan var bare vurdert i 56 %. Ettermøte med pasienten ble bare holdt med 13 %.

Tilstrekkelig forbedring?

Resultatene ble drøftet med personalet, som synes det var inspirerende å få denne tilbakemeldingen, men var enige om at det fortsatt var områder som måtte forbedres. De diskuterte også hvilket nivå av programoppfyllelse som er tilfredstillende, uten at man satte noe bestemt tall på dette. De fortsatte å bruke sjekklisten som en huskeliste.

Seks måneder senere målte man igjen 21 nye behandlingsmøter. Medianen for oppfyllelse var hevet fra 58 % til 75 %, og det synes de var bra. Forsatt var det noen områder de ikke var

gode nok på; men 65 % av pasientene var nå informert om behandlingsmøtet og det ble holdt ettermøte med halvparten av pasientene.

Personalet fortalte at de opplevde økt oppmerksomhet for hverandres kompetanse og bedre samarbeid mellom faggruppene. Dette kommer pasientene til gode, fordi det gir en bedre samlet behandling. Fra å jobbe flerfaglig på behandlingsmøtene hvor man var opptatt av sitt eget fags betydning, jobbet man nå i mye større grad tverrfaglig og samarbeidet bedre ut fra pasientenes behov.

Personalet tok tilbakemeldingene fra pasienten som mangel på medbestemmelse og informasjon på alvor og fortsatte forbedringsarbeidet på samme måte som den første gangen. Den neste prosessen de valgte å forbedre var pasientmedvirkning og informasjon gjennom pasientens opphold. Nå gikk alt lettere fordi de hadde fått mer erfaring. Et flytskjema som viste pasientens vei gjennom posten ble tegnet, med fokus på alle situasjoner hvor pasientmedvirkning og informasjon var aktuelt. Også dette flytskjemaet ble fylt med skyer som viste til spørsmål som måtte avklares gjennom faglige diskusjoner. På bakgrunn av dette arbeidet samt Pasientrettighetsloven, ble det laget et program for pasientmedvirkning og informasjon, se vedlegg 2.

Ut fra programmet lagde de sjekklister for pasientmedvirkning gjennom alle deler av oppholdet, se vedlegg 3.

Sjekklisten ble lagt sammen med papirene som skal fylles ut når det kommer en ny pasient. Slik oppnådde man at de brukes fra første stund. Sjekklisten ga mange aha-opplevelser for personalet, idet de blir minnet på alt pasientene har krav på av informasjon og som er lett å glemme. Ved avslutning av prosjektet var det kommet inn 11 fullt utfylte skjemaer, men disse ble ikke bearbeidet da sykehusledelsen vedtok å legge ned avdelingen på grunn av omstrukturering.

Standardisere og følge opp

Som et forsøk på å spre erfaringene fra dette prosjektet ble det skrevet en artikkel om forbedringsarbeidet:

Konsmo, Trulte og Westerheim Odd Magne; En praktisk og nyttig metode for å forbedre kvaliteten i Tidsskriftet Sykepleien nr 21/2003.

Arbeidet er ellers beskrevet i GRUKs rapportserie nr 2 - 2004: Prosessforbedring på Blakstad sykehus.

Vedlegg 1: Sjekklister Behandlingsmøtet

Vedlegg 2: Program for pasientmedvirkning

Vedlegg 3: Sjekklister for pasientmedvirkning

Vedlegg 1

SJEKKLISTE BEHANDLINGSMØTET	Ansvar:	Utført:(dato)	Ikke aktuelt:	Progr.oppf.(1-0,5-0)
Behandlingsplan i første samtale:				
Pasient informert om behandlingsmøte:				
Behandlingsplan utfylt før møtet:				
Behandlingsmøtet startet kl 08				
Fremlegg av miljøobservasjoner -7 min.				
Fremlegg anamnese -7 min.				
Drøfting -15min:				
Innhente opplysninger fra:				
Komparentopplysninger fra:				
Undersøkelser:				
Prøvesvar (undersøkelser/blodprøver) sett:				
Annen kartlegging:				
Utløsende faktor:				
Tentativ diagnose (ICD10)				
Eventuelle andre diagnoser:				
Mål for behandling i akuttavdelingen;				
Langsiktige mål:				
Tentativ utskrivningsdato:				
Medikamentell behandling				
Terapeutisk tilnærming:				
Kognitiv terapi:				
Pykodynamisk:				
Støttende tilnærming:				
Miljøterapi:				
Holdningsplan påbegynt.				
Gruppeterapi:				
Kognitiv Terapi:				
Kognitiv mappe:				
Aktiviteter:				
Suicidalvurdering/oppfølgingstatus,tiltak:				
Utgangstatus vurdert:				
Utagering/sikkerhet/skjermingsbehov:				
Fysioterapi:				
Tiltak rettet mot sosiale forhold:				
Varsling av samarbeidspartnere:				
A B C skjema sendt: (ring rundt det aktuelle)				
Individuell plan påbegynt:				
Tiltak ift barn:				
Avdelingssykepleier ledet møtet:				
Konklusjon/oppsummering v/overlege:				
Miniteam avt. I dag (utfylle beh.plan ferdig):				
Samtale med pasient i dag for tilbakemeld.:				
Evalueringsdato/nytt behandlingsmøte avtalt:				

PROGRAM FOR PASIENTMEDVIRKNING 4A

Overordnet mål: At pasienten får nødvendig informasjon og i størst mulig grad medvirker i egen behandling.

Delmål 1: På skala (0-10) økes medvirkning i egen behandling fra 5,3 til 7 innen utløpet av prosjektperioden.

Delmål 2: På skala (0-10) økes informasjon til pasienten fra 5,6 til 7,5 innen utløpet av prosjektperioden.

Innkomst:

- Spør pasienten om han ønsker at de som følger/pårørende skal være med inn i posten, være i posten en stund og evt. inviteres til å delta i litt av innkomstsamtalen med lege.
- Pasienten kan, hvis han har samtykkekompetanse, selv velge hvem han vil oppgi som nærmeste pårørende.
- Hvis pårørende ikke følger, informere pasienten om at det er vanlig at disse kontaktes.
- Avtale med pasienten hva som skal sies til de pårørende.
- Gi pasienten informasjon om hvilken paragraf han er lagt inn under, hva dette innebærer og hvorfor han ble begjært innlagt under denne paragrafen.
- Pasienten informeres om sin klagerett til kontrollkommisjonen og tilbys hjelp av personalet til å skrive denne.
- Undersøk om pasienten har barn og om de er ivaretatt.

Første døgn:

- Gi pasienten tilbakemelding på hvordan vi oppfatter hans psykiske og fysiske tilstand.
- Informer pasienten om husregler, utgangsavtaler, tilsynsgrad og lignende.
- Gi pasienten informasjon om behandlingstilbudet på posten og gi ham informasjonsbrosjyren. Denne skal inneholde navnene på hans miljøkontakter.
- Spør pasienten hvilke forventninger han har til innleggelsen, hva han trenger hjelp med og hvilke andre behov han har.
- Tilstreb at pasienten er med og fyller ut Behandlingsplanen i første samtale med en av postens leger/psykologer.
- Finne ut om pasienten bekymrer seg for ivaretagelsen av evt. barn, når han selv er innlagt.
- Finn ut om pasienten er bekymret for ivaretagelse av andre ting, for eksempel dyr, bil, økonomi.

Videre opphold:

- Den første virkedagen skal pasienten få vite navn på sin lege/psykolog under oppholdet.
- Gi pasienten informasjon om at han har rett til innsyn i egen journal.
- Informere pasienten om at vi skriver rapport om hans tilstand 3 ganger i døgnet. Fortelle hva som vektlegges i en rapport, og gi pasienten anledning til å komme med innspill. Avtale å lese rapportene sammen med pasienten, hvis dette er tilrådelig - og hvis pasienten selv ønsker det.
- Gi pasienten informasjon om behandlingsmøtet før dette holdes. Hva møtet inneholder, hvem som er tilstede og hvorfor møtet holdes.
- Pasienten skal oppfordres til å komme med egne synspunkter, ønsker og mål som formidles på behandlingsmøtet.
- Etter behandlingsmøtet skal pasienten ha informasjon om hva som ble diskutert, og ha anledning til å innvirke på forslag som ble fremmet angående hans videre behandlingstilbud.
- Pasienten skal ha kopi av behandlingsplanen i utfylt stand.

- Gi pasienten informasjon om hans tentative diagnose, hva denne innebærer og hvorfor den ble satt.
- Holdningsplanen utarbeides sammen med pasienten, så langt dette er mulig. Pasienten skal ha kopi av holdningsplanen.
- A,B,C-skjemaer fylles ut sammen med pasienten, slik at pasienten selv kan uttale seg om sine behov for hjelp/støtte etter utskrivelsen.
- Teamet rundt pasienten bør holde seg kontinuerlig oppdatert om pasientens forventninger, behov og ønsker.
- Pasienten bør få kontinuerlig informasjon om hva personalet mener om hans helsetilstand.
- Pasienten bør tilbys familiesamtale, evt barnesamtale og samarbeidsmøte med eventuelle andre hjelpere. Pasienten og personalet bør i samarbeid planlegge samtalen/møtets innhold.
- Pasienten tilbys samarbeide om å starte opp med sin individuelle plan.
- Pasienten får Kognitiv mappe for gjennomlesning og evt. oppstart av Kognitiv terapi.

Utskrivelse/evt. overflytning til annen post:

- Tilstrebe at pasienten får være med å planlegge sin utskrivelse/ evt. overflytning til annen post, at han får uttale seg om hva som må legges til rette.
- Pasienten bør gis anledning til å evaluere oppholdet. Hva som hjalp, hva ble en merbelastning? (Arkivere evalueringen i sykepleiejournal, for bruk ved eventuelt nytt opphold)
- Tilby pasienten veiledning for å finne sine varselsymptomer, slik at reinnleggelse kan forbygges.
- Pasienten informeres om hvilken diagnose som settes.

Vedlegg 3

SJEKKLISTE FOR PASIENTMEDVIRKNING PÅ 4A. DATO:		SIGNATUR:
Aktiviteter:	Programoppfyllelse Utført=2, Delvis utført=1, Ikke utført=0, Ikke aktuelt=9	Kommentarer:
Ved innleggelse:		
Pasienten spurt om pårørende skal være med inn:		
Pasient oppgitt nærmeste pårørende:		
Pasient informert om at pårørende kontaktes:		
Avtalt hva vi skal si til pårørende:		
Pasient forklart om § og grunn til innl etter denne:		
Pasient informert om klagerett til KK:		
Tilbudt hjelp til å klage:		
Spurt om pasienten har barn, om disse er ivaretatt:		
Første døgn:		
Pasient informert om sin psykiske tilstand:		
Pasient informert om sin fysiske tilstand:		
Pasient informert om husregler:		
Pasient informert om utgangsstatus:		
Pasient informert om eventuell oppfølgingsgrad:		
Pasient informert om postens behandlingstilbud:		
Pasient fått postens informasjonsbrosjyre:		
Navn på primærkontaktene oppgitt:		
Spurt pasienten om forventninger og om hva han trenger hjelp til:		
Behandlingsplan påbegynt sammen med pasienten i første samtale med lege/psykolog:		

Pasient spurt om bekymring for barn under innleggelsen:		
Pasient spurt om bekymring for andre ting (for eksempel dyr, bil, økonomi):		
Videre opphold :		
Pasient informert om lege/psykologs navn 1. virkedag:		
Pasient informert om rett til innsyn i journal:		
Pasient fått anledning til å komme med innspill til rapportene:		
Pasient informert om innsyn i rapporter:		
Pasient informert om behandlingsmøtets innhold:		
Pasient oppfordret til å komme med innspill til behandlingsmøtet:		
Pasient fått informasjon etter behandlingsmøtet:		
Pasient fått kopi av behandlingsplanen i utfylt stand:		
Pasient fått informasjon om tentativ diagnose:		
Holdningsplan utarbeidet i samarbeid med pasient:		
Pasient fått kopi av holdningsplanen:		
A,B,C-skjemaer fylt ut i samarbeid med pasient:		
Pasient spurt om forventninger, behov og ønsker:		
Pasient fått informasjon om hva personalet mener om hans helsetilstand:		
Pasient tilbudt familiesamtale:		
Pasient tilbudt barnesamtale:		
Pasient tilbudt samarbeidsmøte:		
Samtalen/møtets innhold planlagt i samarbeid med pasient:		
Pasient tilbudt oppstart av individuell plan:		
Pasient fått kognitiv mappe og evt tilbudt oppstart med kognitiv terapi:		
Utskrivelse/overflytting til annen post		
Har pasient vært med å planlegge utskrivelse/overflytting:		
Fikk pasient anledning til å evaluere oppholdet:		
Fikk pasient veiledning for å finne sine varselsymptomer:		
Pasient informert om hvilken diagnose som settes:		

3. Bedre samarbeid med pårørende på Ottestad sykehjem

Forberedelse

Å erkjenne behovet for forbedring

Ottestad sykehjem i Stange kommune består av to avdelinger med til sammen 48 plasser. Dette prosjektet fant sin inspirasjon på en fagdag ved en skjermet enhet for personer med demens våren 2002. Målet for dagen var å finne ut hvordan man best kunne tilrettelegge samarbeidet med pårørende på enheten i planleggingen av tjenestetilbudet til den enkelte beboer.

Personalet hadde selv valgt dette som tema, fordi de opplevde at samarbeidet med pårørende var preget av mye tilfeldigheter og de visste ikke helt hva de skulle snakke med de pårørende om. Noen av personalet ga uttrykk for at kontakten med pårørende ble ivaretatt av noen enkelte, at den var for personavhengig og derfor svært sårbar ved sykdom, når noen sluttet og lignende. Behovet for endring av praksis ble også forsterket ved at en del pårørende opplevde at de ikke fikk nok informasjon eller at de fikk motstridende beskjeder.

Klargjøre kunnskapsgrunlaget og verdier

Den tverrfaglige personalgruppen, med lang og solid erfaring fra omsorgsarbeid til mennesker med demens, ble enige om å bruke begrepet brukermedvirkning som innfallsvinkel til samarbeidet med de pårørende ved enheten. Ettersom personalet la svært så forskjellig innhold i begrepet brukermedvirkning, var det nødvendig å bruke en del tid på for å danne en felles forståelse. Personalet underviste hverandre og sendte rundt litteratur om brukermedvirkning, samtykkekompetanse, lovverk og samarbeid med pårørende.

Forankre og organisere forbedringsarbeidet

Etter hvert utviklet dette seg til et prosjekt med tittelen

“Demensomsorg - pårørendesamarbeid som et virkemiddel for brukermedvirkning”.

Ettersom det var et mål å endre eksisterende praksis, valgte arbeidsgruppen å bruke prinsipper for aksjonsforskning og refleksjonsgrupper i arbeidet. Aksjonsforskning kjennetegnes ved at forskeren (her: arbeidsgruppen) deltar i løsningen av praktiske problemer i samarbeid med andre (1) Refleksjonsgrupper defineres slik (2):

”En tverrfaglig pleiegruppe med veileder, som regelmessig kommer sammen for å dele og grunne på sine praksiserfaringer for derigjennom å øke sin kompetanse i kommunikasjon og samhandling med andre”

Ledelsen ved sykehjemmet har vært engasjert i arbeidet med Ottestadmodellen helt fra starten. De har vist en aktiv rolle i forhold til å tilrettelegge for kompetansetilføring; undervisning ved fungerende jurist i kommunen, muligheter til å dra på ekskursjon, samt tilrettelegge for fagdag hvor hele personalgruppen fikk mulighet til å delta. Det ble brukt vikarer til å dekke opp vaktene. Ledelsen har hele tiden vist at de har hatt tro på prosjektet og oppmuntret deltagerne. De har også bidratt til en smidig organisering i forbindelse med avviklingen av samtalene med pårørende i en hektisk hverdag.

Prosjektet ble ledet av sykepleier Morten E. J. Heia, som i forbindelse med sin videreutdanning i Aldring og eldreomsorg skrev prosjektoppgave om dette. Noe planlegging og koordinering av prosjektet ble derfor gjort i skoleregi, med veileder fra Høgskolen i Gjøvik.

Tidspunktene for gruppesamlingene ble planlagt slik at det ikke gikk utover noen av pasientenes aktiviteter. Møtene foregikk på kjøkkenet, slik at gruppen kunne hjelpe til ved behov. Smidighet fra alles side gjorde at det gikk.

På den første gruppesamlingen avtalte vi at prosjektleder skulle skrive referater i en dagbok. Disse kortfattede notatene var et nyttig grunnlag både for prosjektrapporten og utarbeiding av en veileder til planlagte samtaler med pårørende. Det ble også laget en prosjektplan og en enkel framdriftsplan - som virket disiplinerende på gjennomføringen.

De pårørende var ikke representert i arbeidsgruppa, fordi man først ville sette personalet best mulig i stand til å tilrettelegge for og gjennomføre samtaler med pårørende, og skape en felles forståelse av hva brukermedvirkning er.

For å sikre ivaretagelsen av samarbeidet mellom pårørende og de ansatte, oppnevnte ledelsen et sykehjemsråd. Dette er et rådgivende organ for daglig leder som skal sikre pasienten medbestemmelse og mulighet til å uttale seg ved endringer i boformen og kvaliteten på den. Rådet består av ni medlemmer, hvorav en er representant fra eldrerådet i kommunen. Rådet består videre av to ansatte, samt fem representanter for pårørende til de inneliggende pasientene.

Pårørende har blitt jevnlig orientert om modellen ved lederteam via sykehjemsråd og på informasjonsmøtene for pårørende. Via disse fora på systemnivå har de kommet med støtte og råd i det pågående arbeidet, som lederteamet har videreformidlet til arbeidsgruppa.

Planlegge

Sette mål

Målet med prosjektet var å tilrettelegge for planlagte samtaler med de pårørende slik at de sammen med de ansatte kunne tilrettelegge for et godt tilbud til den enkelte beboer - i tråd med sykehjemmets målsetting og Stange kommunes verdigrunnlag.

For å nå dette målet måtte man først sette de som skulle gjennomføre samtalene best mulig i stand til dette. Det ble oppnevnt en tverrfaglig sammensatt arbeidsgruppe på den skjermede enheten, som fikk i oppgave å utarbeide en mal for samtalene og en annen gruppe som skulle utarbeide et informasjonsskriv til de pårørende.

Kartlegge nåværende praksis og planlegge forbedret praksis

Det ble tidlig gjennomført en spørreundersøkelse blant personalet for å bevisstgjøre holdninger og praksis. Samtidig var det et forsøk på å synliggjøre og utnytte den betydelige tverrfaglige erfaring og kompetanse som allerede fantes blant personalet om samarbeid med pårørende og bruke dette som utgangspunkt for forbedringsarbeidet.

Undersøkelsen viste at personalet kunne bli bedre til å planlegge regelmessig samarbeidsmøter og være mer systematiske i å kontakte de pårørende, samt at samarbeidet var for ensrettet. Klarere ansvarsforhold og behov for mer kompetanse ble etterlyst. Det var 100 % oppslutning om undersøkelsen og personalet kom med mange konstruktive forslag som vitnet om engasjement; en nødvendig forutsetning i alt endringsarbeid. Forslagene til innhold

i en samtale ble sammen med relevant teori grunnlaget for utarbeidelsen av den første veilederen.

Å involvere personalet gjennom spørreundersøkelsen gjorde arbeidsprosessen åpen. Det ble også gitt kontinuerlig informasjon om arbeidet på enhetsmøtene, samt at det ble laget en informasjonsperm hvor personalet kontinuerlig kunne orientere seg om fremdriften av prosjektet. Etter hvert som innholdet i modellen ble utviklet ble det drøftet med personalet, samt i sykehjemsråd.

Utføre

Informasjonsskrivet og veilederen ble tatt i bruk på den skjermede enheten høsten 2002 og det ble gjennomført åtte samtaler. Organiseringen ble utviklet etter hvert. Det var nødvendig å lage et oppsett på hvem som skulle kontakte de pårørende, når og hvor samtalene skulle foregå, og hvem som skulle gjennomføre dem. Det var pasientens ansvarlige sykepleier og primærkontakt som gjennomførte samtalene. Etter hvert var det flere av personalet som sa at de følte seg tryggere på hva de skulle snakke med pårørende om når de hadde veilederen å holde seg til. Erfaringene var hele tiden gjenstand for faglige refleksjon i personalgruppen og fungerte som en rettesnor for justeringer av veilederen, og for hvordan samtalene skulle gjennomføres, samt for innholdet i innkallingsbrevet til de pårørende.



Pårørende får nå et tilbud om samtale en gang i året.

Det at få pårørende hittil har takket nei har virket inspirerende på hele personalgruppen.

Standardisere og følge opp

De gode erfaringene gjorde at lederteamet ved sykehjemmet i 2004 besluttet å innføre systematiske samtaler med de pårørende til resten av sykehjemmet. Det ble opprettet en ny arbeidsgruppe, bestående av en fra den opprinnelige gruppa på den skjermede enheten og to nye medlemmer fra de øvrige avdelingene. Denne gruppa fikk mandat til å systematisere samarbeidet med pårørende for hele sykehjemmet, og har revidert og videreutviklet den opprinnelige veilederen. Den har samling hver 6. uke og hvert medlem har ansvar for å holde sin avdeling oppdatert.

De utviklet en perm som er lett tilgjengelig for de ansatte på hver avdeling. Hensikten med permene er å:

- systematisere fagstoff og aktuell informasjon om samarbeid med pårørende.
- tilstrebe en oversiktlig fremstillingsform som er enkel å bruke i praksis.
- jevnlig oppdatere temasider.

Permen fokuserer på tre hovedfaser i arbeidet med de pårørende; innledningsfasen, samarbeidsfasen og oppfølgingsfasen. I dette ligger også føringer for hvem som skal gjøre

hva og til hvilken tid på de forskjellige enhetene. Det innebærer også informasjon om praktiske gjøremål og innkallingsbrev til de pårørende.

Innledningsfasen kjennetegnes ved at den skal dekke de pårørendes behov for informasjon straks etter at pasienten har kommet til sykehjemmet. Det tilstrebes at en planlagt samtale med de pårørende foretas innen 4 uker etter innkomst. Samtalen skal være praktisk rettet i forhold til pasientens grunnleggende behov, samt gi opplysninger om økonomiske forhold rundt innleggelsen. Personalet har sjekklister som kvalitetssikrer at informasjonen som blir gitt er dekkende. Selve samtalen foregår mellom ansvarlig sykepleier, primærkontakt, pårørende og eventuelt pasienten hvis dette er mulig.

Samarbeidsfasen er den dynamiske fasen i modellen. Pasientens primærkontakt, pasientansvarlig sykepleier og pårørende gjennomgår ulike tema som berører pasienten så lenge institusjonsoppholdet varer, for eksempel pasientens interesser. Videre avklares de pårørendes forventninger til samarbeid. Hva ønsker de selv å bidra med? Vil pårørende bli spurt om de vil delta på turer, arrangementer på sykehjemmet, følge til lege? Personalet må også kunne gi eksempler på hva de pårørende kan bli kontaktet om. Samarbeidet blir videre evaluert og de pårørende oppmuntres til å delta når det gjelder omsorgen for sine nærmeste.

Siste fase i modellen er **oppfølgingsfasen**, som preges av en gjensidig dialog mellom pårørende og personalet for å sikre god kvalitet i pleien til pasienten. Forhold som ikke fungerer tas opp til vurdering. Personalet og pårørende blir i mange tilfeller godt kjent etter en tid og oppfølgingen blir mindre formell.

Man arbeider kontinuerlig med å revidere og utvide materialet i permen og mener at dette vil sikre fleksibiliteten og dynamikken i modellen. Foruten 18 temasider med faktainformasjon, problematiseringer og litteraturhenvisninger, er det nå laget avsnitt om hvordan man bør forberede seg til samtale, invitasjonsbrev til pårørende, samt sjekklister ved innkomst. Tilbakemeldinger fra personalet viser at de bruker permen både som oppslagsverk og når de skal planlegge samtalene.

Det er også samlet relevant litteratur og laget en artikkelsamling om samarbeid med pårørende som er tilgjengelig på sykehjemsbiblioteket, for både personalet og pårørende.

Arbeidsgruppa gjennomførte et undervisningsopplegg for hele personalgruppen på sykehjemmet høsten 2004. Etter hvert har arbeidsgruppa fått en årlig fremdriftsplan hvor oppgavene fremgår. Prosjektgruppa utarbeider ved årets slutt en rapport om Ottestadmodellen til lederteamet, hvor det fremkommer hva som er blitt gjort, forslag til satsningsområder og en enkel fremdriftsplan for det kommende år.

Virksomhetsleder ved sykehjemmet inviterer også til et informasjonsmøte med alle pårørende på sykehjemmet to ganger i året. Ofte er det et spesielt tema som er utgangspunkt for møtet, for eksempel pårørendes medbestemmelsesrett eller gjeldende retningslinjer og lovverk

Evaluere

Sommeren 2006 tok daglig leder ved Ottestad sykehjem, Tove Nordli Selnes, kontakt med Høgskolen i Hedmark, institutt for sykepleiefag, med forespørsel om en mulig evalueringstudie. Man håper å identifisere potensielle forbedringsområder og gi føringer for hvor det er mest hensiktsmessig å sette inn videre innsats for å utvikle samarbeidet mellom personalet og pårørende. Evaluering startet i desember 2006 og avsluttes i april 2008.

For å evaluere arbeidet har man kombinert spørreundersøkelser og intervjuer.

Det ble gjort to **spørreundersøkelser** mot pårørende og ansatte:

- 50 anonymiserte pårørende.
- 30 fast ansatte som har gjennomført minst en samtale med pårørende til sin primærpatient.

Intervju

Alle som svarte på spørreundersøkelsen ble også spurt om de kunne tenke seg å delta i en oppfølgende intervjuundersøkelse. Informantene fikk gi sitt tilsagn til om båndspiller kunne benyttes under intervjuet. Hensikten med intervjuundersøkelsen var å utdype visse punkter i spørreundersøkelsen, for å få ytterligere informasjon om samarbeidet med pårørende.

Prosjektgruppen gjennomførte til sammen 10 intervjuer med 5 informanter fra hver gruppe. Prosjektgruppen valgte ut informanter fra spørreundersøkelsen med størst mulig sprik i tilfredshet med informasjon, samarbeid og oppfølging. Intervjuene er blitt gjennomført med hjelp av en tematisert guide som ble noe endret underveis og skrevet ut i anonymisert form.

Resultater

Evalueringen viser at personalets faglige bevissthet om samarbeid med pårørende har steget. Gjennom et mer strukturert og reglemessig samarbeid med pårørende har mange blitt bedre kjent med den enkelte tjenestemottakers ressurser og behov. Dette igjen har vært til stor hjelp i planleggingen av den enkelte persons omsorgstilbud.

Personalet har uttrykt stolthet over det som hittil er oppnådd, og positive tilbakemeldinger fra pårørende inspirerer til videre innsats både i forbindelse med gjennomføring av selve samtalen og i den daglige uformelle kontakten med de pårørende.

Pårørendes oppfatning av samarbeidet mellom dem og personalet bærer i hovedsak preg av å være godt. Det nevnes likevel områder som bør være gjenstand for forbedringer:

- Jevnlig tilbakemeldinger til pårørende, at avtaler følges opp av personalet og at personalet tar seg tid til å samhandle med pårørende. De pårørende ønsker å få en veileder tilsendt, slik at de kan forberede seg til samtalen og vite mer om hva de kan spørre om.
- Pasientenes behov for aktivitet oppleves som et forsømt område, og at pasientene blir for passive.
- Flytting av pasientene etter at de er kommet til sykehjemmet oppleves av pårørende som utilfredsstillende ved at de er lite planlagte, dårlig gjennomførte, og at de skaper for mye uro for pasientene.
- Pårørende gir uttrykk for at de ikke helt vet hva de skal medvirke i, og at de på flere områder opplever liten reell påvirkningsmulighet i behandlingen og pleien av pasientene. De er usikre på sin rolle som pårørende, fordi det ikke alltid blir formidlet av personalet hva de kan hjelpe til med. De vil nødvendigvis trække på grensene.
- Pårørende savner informasjon fra et tverrfaglig team rundt pasientene, spesielt fra tilsynslegen.

Mye kan løses med bedre kommunikasjon mellom pårørende og primærkontakt for pasienten. Pårørende mener at brukermedvirkning vil bli bedre ivarettatt med økt bemanning og tilrettelegging av små enheter.

Både pårørendes og personalets forslag til forbedringer er realistiske og konkrete, og vil bli innlemmet i en handlingsplan. Det er et klart mål at pårørende skal være med i den videre

utviklingen av Ottestadmodellen. Modellen vil i etterkant av undersøkelsen tilpasses resultatene i undersøkelsen, og utprøves på nytt.

Sikre videreføring og spre forbedringene

I prosjektet har man arbeidet for å styrke den samlede fagkompetansen. Dette gjør forhåpentligvis Ottestadmodellen mindre personavhengig og sikrer at modellen videreføres.

Erfaringene fra prosjektet så langt har vist at det er mulig å tilpasse materialet til avdelinger med ulike funksjoner. Arbeidsgruppa mener derfor at det har overføringsverdi til liknende helseinstitusjoner.

Prosjektledere

geriatrisk sykepleier Morten Heia, morten.heia@stange.kommune.no

geriatrisk sykepleier Anne Helen Rusdal Haugen, annehelen.haugen@stange.kommune.no

Henvisninger

1. Stabell, A.S. og Näsaelquist, K. (1999). Kompetanseheving og kvalitetsforbedring på sykehjem. Oslo. Høyskolen i Oslo.
2. Fagutvikling gjennom refleksjonsgrupper innenfor den kommunale hjemmetjeneste, Høgsskolen i Gjøvik`s rapportserie, 2003
3. Heia, M. (2003) Demensomsorg – Pårørendesamarbeid som et virkemiddel for brukervedvirkning. Prosjektoppgave fra en skjermet enhet for personer med demens.
4. Haugen, A.H.R., Heia, M., Sandvold, T., Ødbehr, L.S. (2008). Jo bedre vi er sammen. Ottestadmodellen – bryet verdt?

4. Brobygging på Notodden

Brobyggerprosjektet er et samarbeidsprosjekt hvor formålet er at tjenestemottakerne opplever tjenestene som helhetlige og koordinerte.

Prosjektet er knyttet til disse virksomhetene:

- Nopro; en arbeidsmarkedsbedrift på Notodden
- Notodden Arbeidssamvirke; en arbeidsmarkedsbedrift på Notodden som i løpet av prosjektperiode ble slått sammen med Nopro
- Notodden kommune, Psykisk helse
- NAV Notodden
- Notodden Distriktpsykiatriske senter (DPS), Blefjell sykehus HF
- Lærings- og mestringssenteret (LMS), Blefjell sykehus HF
- Brukerorganisasjonene

Forberedelse

Å erkjenne behovet for forbedring

Våren 2006 var ledere fra Nopro, Notodden arbeidssamvirke, Psykisk helse i Notodden kommune og DPS et samlet. Bakgrunnen var et ønske å videreutvikle samarbeidet og bedre koordinering av tjenester som gis til felles brukere på Notodden. Det hadde fra før eksistert en samarbeidsavtale mellom noen av virksomhetene, men denne hadde blitt liggende i en skuff og var ikke lenger et levende samarbeidsdokument.

Behovet for utvikling av et mer helhetlig tjenestetilbud er pekt på i ulike nasjonale utredninger og veiledere, samt Helsedialog; program for samhandling i helseregionen (1). Disse fokuserer på helhetlige pasientforløp, klargjøring av ansvar, at man setter av tid til samarbeid og deler kunnskap med hverandre. Dette er viktige forutsetninger for gode tjenester, som lederne ved de ulike virksomhetene ønsket å ta på alvor.

Klargjøre kunnskapsgrunnlaget og verdier

For at vi skal utvikle oss i forhold til det å være lærende organisasjoner, står brukernes erfaringer fra våre tjenester sentralt. Cato Wadel (2) definerer frontpersonale i en organisasjon som medlemmer som står i regelmessig kontakt med brukere. Brukere har komplementære roller i forhold til frontpersonalet. I vårt utviklingsarbeid har vi ønsket å benytte både brukernes og frontpersonellets erfaringer på en strukturert måte. Gjennom felles refleksjon, har vi ønsket å teste ut om vår samlede kunnskap om praksis kan avdekke gap i forhold til vårt overordna mål om å skape tjenester som er helhetlige og koordinerte.

Forankre og organisere forbedringsarbeidet

På det nevnte møtet ble det bestemt at prosessen skulle organiseres gjennom et prosjekt. Lærings- og mestringssenteret (LMS) ved Blefjell sykehus sluttet seg til samarbeidet. Ledelsesforankring av prosjektet ble sikret gjennom etablering av en *styringsgruppe* som besto av ledere fra de ulike virksomhetene. Brukerutvalget ved sykehuset rekrutterte en brukerrepresentant til styringsgruppa.

Videre ble et nedsatt en *arbeidsgruppe* som besto av ansatte fra de samme virksomhetene.

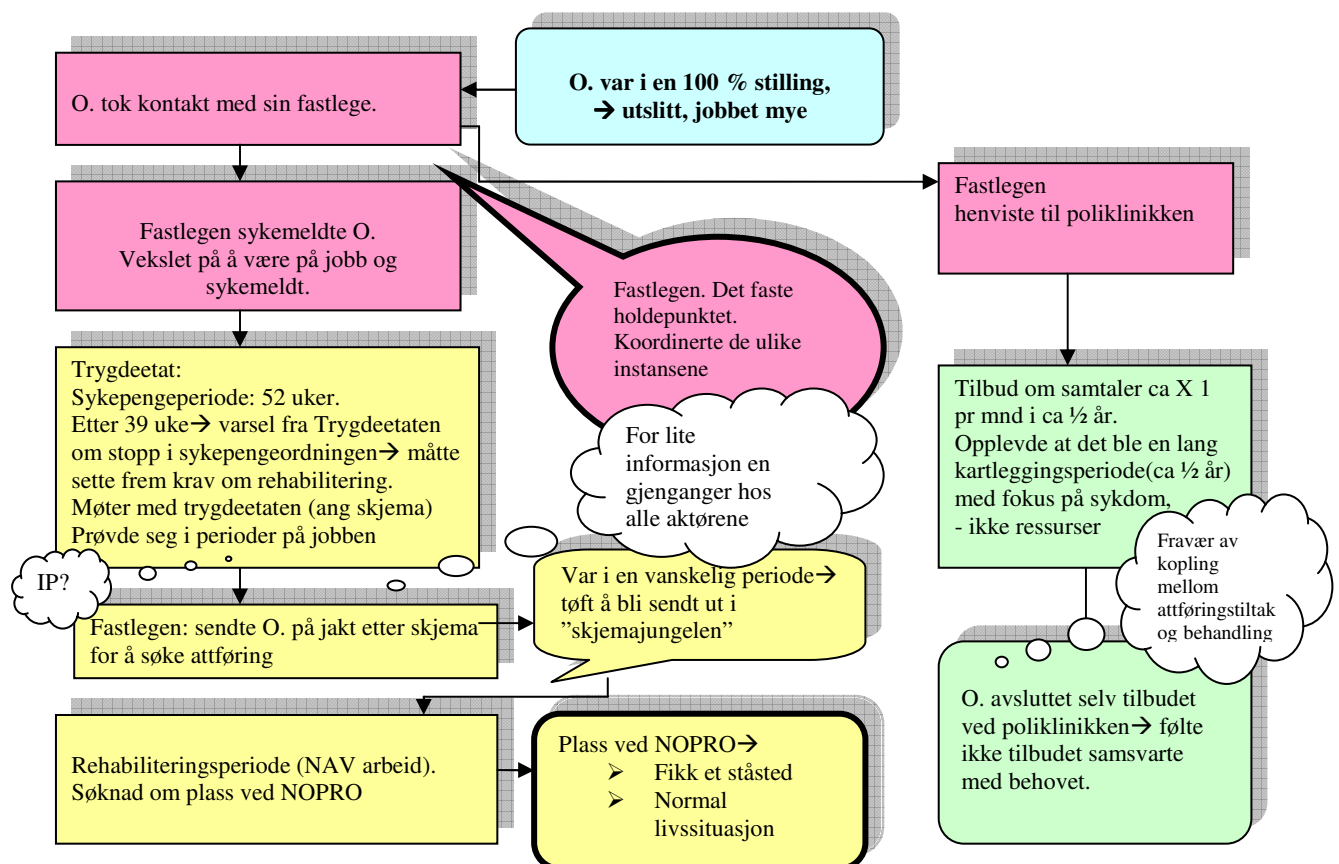
Når det gjaldt brukerrepresentasjon i arbeidsgruppa var det ønskelig med brukerne som hadde erfaringer fra å motta tjenester fra de ulike virksomhetene i prosjektet og samtidig hadde en forankring i en brukerorganisasjon. Dette viste seg vanskelig å forene. På et av arbeidsgruppemøtene ble det bestemt at Nopro skulle undersøke om de hadde mulige brukerrepresentanter som for tiden var arbeidstreningstiltak hos dem og som kunne tenke seg å delta i prosjektet. To brukere var interesserte i å delta, men ingen av dem tilhørte noen brukerorganisasjon. Lederen av Brukerutvalget ved Blefjell sykehus hadde en samtale med de to brukerne, før de ble godkjent som representanter i Brukerutvalget. Dette var en viktig klarering og forankring til Brukerorganisasjonene.

Styringsgruppa ba arbeidsgruppa om å kartlegge dagens praksis, finne forbedringsområder, utarbeide samarbeidsavtaler og komme med forslag til nye måter å samarbeide på.

Planlegge

Kartlegge nåværende praksis

For å få en oversikt over dagens praksis ble arbeidsgruppa bedt om å kartlegge pasientenes gang imellom aktørene. Arbeidsgruppa ønsket å benytte erfaringskunnskapen til de to brukerrepresentantene. De var villige til å dele sine erfaringer som kasteballer i systemet, for å hjelpe andre brukere. Begge brukerne fortalte sin historie til arbeidsgruppa; fra den første kontakten med fastlegen og veien videre fra instans til instans. Vi tegnet flytskjema ut fra de konkrete erfaringene hver av dem beskrev. Under ser vi hvordan det ene så ut:



Gjennom dette avdekket vi forbedringsområder både ved de ulike virksomhetene og i overgangen mellom de ulike tjenestene. Flytskjemaene ble analysert og drøftet både i arbeidsgruppa og styringsgruppa.

Dette ga oss følgende felles erkjennelse og utgangspunkt for forbedring:

- Vi kjenner hverandres tjenester for lite.
- Det er ofte slik at det enkelte tjenestestedet gir et godt tilbud til brukerne, men vi glemmer at brukerne ofte har sammensatte behov, som gjør at de trenger hjelp fra flere instanser.
- Ikke alle får Individuell Plan, selv om de har rett til det.
- Kommunikasjonen mellom instansene bør bedres.
- Det er behov for avtaler som beskriver samarbeidet.

Planlegge forbedret praksis og finne tiltak

• Samarbeidsavtaler

18. september 2007 undertegnet partene, inkludert brukerorganisasjonene, en gjensidig forpliktende samarbeidsavtale som gir alle et gjensidig ansvar på følgende områder:

- å kjenne til hverandres tilbud og informere brukerne om disse, ved at de ansatte i alle virksomhetene gjøres kjent med "Brobyggeren". Videre ved å synliggjøre tilbudene med en årlig "Åpen dag" ved hver av virksomhetene, hvor målgruppen er tjenesteyterne ved de enkelte virksomhetene i "Brobyggeren". Finne innpass for "Brobyggeren" i etablerte læringsnettverk internt i den enkelte virksomhet.
- å informere brukeren på et tidlig stadium og samarbeide med denne om supplerende og alternative tilbud.
- at vi i alle faser av et tjenestetilbud tenker kopling til andre arenaer, og spesielt med fokus på kopling helse, arbeid og aktivitet.
- å bidra til å styrke kunnskap og åpenhet i forhold til psykisk lidelse i de ulike virksomhetene.
- å sørge for at den psykiske helsesituasjonen til bruker er tema i samtaler med brukere.
- å benytte Individuell plan og andre aktuelle samarbeidsverktøy (eks samarbeidsavtaler). "Brobyggeren" arrangerer opplæring i Individuell Plan, både om selve verktøyet og hvordan det benyttes i samhandlingen.

Samarbeidsavtalen avtalesfester også faste *evalueringsmøter*, med følgende aktuelle temaer:

- Helhetlig behandlingstilbud - evaluering av samarbeidet/forbedringstiltak.
- Samarbeid/evaluering rundt samarbeidsverktøyet Individuell plan.
- Utprøving og evaluering av vedtatte samhandlingsprosesser, for eksempel innføring av felles meldeskjema og gjennomgang av samarbeidsprosesser som ikke har forløpt etter planen.
- Prosedyreutvikling, for eksempel utvikling av felles kartleggingsverktøy.
- Fagutvikling, hospitering og felles prosjekter.
- Identifisere risikofaktorer i sårbare samarbeidssituasjoner.

• Utarbeide en oversikt over de ulike tjenestene

Arbeidsgruppa fikk i oppdrag av styringsgruppa å utarbeide en oversikt over tjenestene til samarbeidspartene i prosjektet. Oversikten skulle omfatte hvordan tjenestene var organisert, hvilke tilbud som finnes og hvordan man tar kontakt med hverandre. Vi lagde en standardmal som vi innhentet informasjon ut fra. *Brobyggerkatalogen* ble sendt ut til de respektive virksomhetene og vi planlegger å legge katalogen ut på internett for å sikre lett tilgang av ajourførte opplysninger.

- **Utvikle felles forståelse og kultur**

For å spre og forankre prosjektets arbeid til alle ledere og ansatte, gjennomførte hele arbeidsgruppa en turné til alle virksomhetene, hvor vi informerte om prosjektet og fikk innspill og ideer til det videre arbeidet.

Det har også vært arrangert gjensidige besøk i hverandres virksomheter for andre medarbeidere, for å øke kunnskap om tjenestene og bli bedre kjent.

Arbeidsgruppa samlet også alle ledere, ansatte og brukerorganisasjoner til en felles

Brobyggerdag i januar 2008. Målet med dagen var å bli bedre kjent med hverandre. Vi hadde en kreativ innfallsvinkel i forhold til å spre ”Brobyggertanken”. Arrangementet ble lagt til en flott utstilling i Telemarksgalleriet, hvor brukerne hadde laget bilder, ord og skulpturer. En musiker fra Afrika og en fra Norge bidro til å bygge bro og fikk alle til å synge, danse og spille. - Det er farlig hvis vi tror at vi som står på scenen eier musikken, vi eier den sammen med dere, var budskapet deres - noe som var lett å overføre til våre tjenester.



Vi arbeidet i grupper på tvers av tjenestene med å lage visjoner for Brobyggerprosjektet.

På seminaret ønsket vi å formidle hvor viktig det er å samarbeide gjennom et rollespill. Ideene ble utarbeidet i en felles prosess i prosjektet, men selve manuset ble utarbeidet av en av brukerne i prosjektet og en ansatt ved DPSet. Stykket fikk fram brukerens opplevelse av å være kasteball mellom ulike tjenester, som var mer opptatt av kartlegginger og søknadsskjemaer enn av brukerens mål og behov. Her er et lite utdrag fra brukernes sluttmonolog:

”SLITEN, SLITEN.

Føler meg sliten.

Med all deres viten.

Kan DERE ikke korte ned tiden?

”SLITEN, SLITEN”

Jeg hører alle sier:

Vi må kartlegge din vei!

Hva nytte har jeg av det?

Kan DERE si meg det?



- **Utvikle felles skjemaer**

Vi planlegger også å utvikle et felles standardskjema for deler av kartlegginger, slik at vi ikke utsetter brukerne for unødige runder med spørsmål. Vi har innhentet alle kartleggingsskjemaene som blir benyttet ved de respektive virksomhetene og planlegger å utarbeide et fellesskjema som dekker basisspørsmålene i kartleggingene. Med brukernes

samtykke kan denne kartleggingen følge brukeren fra en instans i Brobyggersamarbeidet til neste.

- ***Få til gode vekslingssoner***

Vi har også planer om å se på mulighetene for å innføre overføringssamtaler, hvor bruker og saksbehandler eller terapeut fra aktuelle tjenester deltar.

Vi planlegger videre at hvert tjenestested skal tegne hvordan deres prosess med individuell plan foregår og at vi skal legge dette fram for hverandre. Ut fra dette vil vi bli enige om hvordan kontakten mellom oss skal foregå for å sikre at retten til Individuell plan blir ivaretatt på en god måte.

Kontrollere

Høsten 2006 gjennomførte vi en måling ved de ulike virksomhetene. Dette ble gjennomført i en fire ukers periode ved at alle ansatte som arbeidet i direkte kontakt med brukere registrerte hvor mange ganger de i løpet av perioden hadde tatt kontakt med andre virksomheter i "Brobyggeren" relatert til en bruker. En av svakhetene ved undersøkelsen er at vi ikke sikret oss svarprosenten. De innkomne dataene tyder imidlertid på at det fra psykisk helse(vern) er lite fokus på sysselsetting og arbeid. Blant de som har svart er det flere fra arbeidsmarkedsbedriften som tar kontakt med psykisk helse(vern) enn omvendt. Arbeidsmarkedsbedriften har naturlig nok mer kontakt med Trygd og Aetat, og til en viss grad sosialtjenesten (målingen ble gjennomført før NAV ble etablert). Denne enkle målingen understøttet vår antagelse om at det foregikk få kontakter fagfolkene imellom.

To år etter prosjektstart er tilbakemeldingene fra virksomhetene og brukerrepresentantene at Brobyggersamarbeidet har ført et større fokus på samarbeid, og det er også flere eksempler på økt grad av samarbeid som direkte kan knyttes til tiltak i regi av prosjektet.

Vi ønsker nå å gjennomføre en ny telling av antall kontakter mellom ansatte i de ulike virksomhetene, for å dokumentere om prosjektet har ført til økt kontakt.

Standardisere og følge opp

Gjennom samarbeidsavtalene og tilknyttede evalueringsmøter er Brobyggeren på god vei mot å standardisere samarbeidet. Arbeidet med å utvikle en felles forståelse og kultur er også nødvendige elementer i forbedringsarbeidet – og vi blir aldri ferdige med dette. Det er en kontinuerlig prosess som vi må holde fast i framover.

Vi vil arbeide videre med å utarbeide forslag til nye samarbeidsområder og -metoder, som vi eventuelt kan søke prosjektmidler til.

For å spre prosjektet og brobyggertanken har vi holdt innlegg på *Og bedre skal det bli konferansen* i 2007. Videre vil vi vise rollespillet vårt på åpningen av det nasjonale forbedringsprosjektet ... *med pasientens øyne*.

Høsten 2009 planlegger Blefjell sykehus HF en nasjonal brukerkonferanse, hvor Brobyggerprosjektet vil ha en naturlig plass. Hensikten er å sette brukervedvirkning på dagsorden og spre våre gode erfaringer med brukervedvirkning på dagsorden.

Erfaringer med å involvere brukerne i prosjektet

Vi har evaluert brukernes medvirkning i prosjektet gjennom et intervju med de brukerrepresentantene som deltar i prosjektet. Deres tilbakemelding var at de opplevde å bli tatt på alvor, de har følt seg som likeverdige og at deres stemme har påvirket de drøftingene og bestemmelsene som ble tatt.

- Det var ikke vanskelig å skulle fortelle historien sin for gruppa rundt bordet. Endelig noen som vil høre på meg også!

- Vi har fått muligheten til å fortelle om alt fra dag en. Det har vært tankevekkende og viktig det vi har sagt. Vi er ikke unike på noe slags vis der.

Hvordan opplevde dere at det dere sa var tankevekkende?

- Når vi fortalte, så ble det avbrudd og diskusjon om enkelttemaer. - Og da er det noe som har vekket reaksjoner rundt bordet”.

Prosjektleder Gunn Karin Rørvik, Gunn.Karin.Rorvik@blefjellsykehus.no

Referanser

1. Helsedialog, se www.helsedialog.no

2. Cato Wadel: *Læring i lærende organisasjoner*, ord.no 2002 ISBN13: 9788299178181

Del III Eksempler som illustrerer arbeid for å styrke brukerne

Oversikt over eksemplene

Erkjenne behovet for forbedring	48
1. Forbedring av informasjonsbrev	48
2. Dialogkonferanse for å få fram ideer	48
3. En fest å bli gammel på Lotte Plejehjem.....	50
Klargjøre kunnskapsgrunnlaget og verdier	51
4. Etterutdanning i brukervedvirkning	51
5. Brukerlærerskolen ved Lærings- og mestringssenteret på Blakstad	51
6. Verktøykasse for brukervedvirkning.....	52
7. Minoritetsbakgrunn og pasientopplæring.....	53
8. Et brukerstyrt helsevesen.....	54
9. Ressursgruppe av brukere ved Blefjell sykehus.....	55
10. Internasjonalt nettsamfunn for å dele brukerkunnskap	56
Forankre og organisere forbedringsarbeidet	57
11. Helsedialog – Program for samhandling i helsetjenesten	57
12. Oppstart og drift av Lærings- og mestringssenter med hjelp av brukere	57
13. Forebyggende livs-café	58
Kartlegge nåværende praksis	59
14. Bruker spør bruker	59
15. Fra belærende til lyttende kvalitetsutvikling	60
16. Brukerne på Klyvetunet styrer aktivitetstilbudet	60
17. Rollespill for bedre rutiner	61
Planlegge forbedret praksis / finne forbedringstiltak	63
19. IT støtte til bedre kommunikasjon og samhandling	63
20. Likemenn driver veiledningskontor for hørselshemmede.....	64
21. Miljøbasen gir hverdag med jobb og mening.....	64
22. Organisering som styrker pasientene	65
23. Stressmestring gjennom oppmerksomhetstrening og selv-akseptering.....	66
24. Kroppskunnskaping - et brukerbasert program for å styrke helsefremmende prosesser ved langvarig sykdom og skade	66
25. Å komme seg - Pasientformulert rehabilitering	67

Erkjenne behovet for forbedring

1. Forbedring av informasjonsbrev

Ringerike sykehus hadde fått flere tilbakemeldinger om at informasjonsbrevene til nye pasienter ikke var gode nok. Brukerrådet ved sykehuset kontaktet ledelsen med forslag om å forbedre brevene og påpekte betydningen av gode og forståelige brev. Direktøren nedsatte en arbeidsgruppe som bestod av informasjonskonsulent, avdelingsleder, representant for inntakskontoret, samt en bruker.

Gruppen utviklet følgende krav til alle brev som skal sendes ut:

- Lettfattelig innhold
- Gjenkjennbare standard formuleringer og oppsett
- Ikke for mange fremmedord
- Avtaler skal være konsist formulert med dag, tid, sted, navn på legen
- Hvis du skal møte et annet sted enn f. eks poliklinikk, må dette stå.
- Hvis pasienten ikke kan komme – må det stå hvor beskjed skal gis.
- Telefonnummer til noen som kan gi mer informasjon
- Komme klart frem hva avtalen gjelder
- SMS-påminnelse
- Hyggelig formuleringer
- Ikke unødvendig informasjon
- Tydelig hvem som er avsender
- Helst kun en side
- Medisinsk informasjon kan evt. lages som tilleggsark/vedlegg
- Informasjon om rettigheter som ikke må stå på selve brevet, skal stå i ”orientering til pasienten”
- Revisjonsdato i undertekst (hvis mulig)

Deretter forbedret gruppen alle brev fra de ulike avdelingene. Man begynte med de brevene som det sendes ut flest av først, da alle avdelingene har mange ulike typer brev som sendes ut.

Kontaktperson: Inger Wiig Pedersen, medlem av brukerutvalget på Ringerike sykehus HF
ingjpede@online.no

2. Dialogkonferanse for å få fram ideer

Helse Øst og sentralt Brukerråd arrangerte 3. mars 2005 en dialogkonferanse med temaet ”Brukererfaring for å bedre kvaliteten”. Ett av forslagene som kom frem var at helsepersonell i forbindelse med utskrivningssamtaler alltid skal spørre pasientene om de vil ha med seg kopi av epikrisen. Dette ble et viktig innspill til oppstart av prosjektet *Epikrise til pasient* i Helse Øst.

Til sammen tre avdelinger deltok i prosjektet. To avdelinger kom fra Akershus Universitetssykehus HF, og en avdeling var fra Sykehuset Asker og Bærum HF. Ingen av disse avdelingene hadde som rutine å gi eller sende epikrisen til pasienten på den tiden prosjektet startet opp.

Målene i prosjektet var:

- å sikre at pasientene får god informasjon og blir mer involvert i behandling og oppfølging.

- å bidra til kortest mulig epikrisetid - senest innen sju dager (nasjonal frist).

I løpet av en 2-måneders periode fikk ferdigbehandlede pasienter fra de tre sykehusavdelingene tildelt sin epikrise ved utreise dersom de ønsket det. I prosjektperioden ble i alt 711 pasienter utskrevet/ferdigbehandlet fra de deltagende avdelinger. I helt spesielle tilfelle, dersom medisinsk ansvarlig ikke fant det tilrådelig, fikk ikke pasienten dette tilbudet.

Pasientene mottok epikrisen på en av to måter:

- utlevert som del av informasjonen ved utskrivningssamtalen
- tilsendt hjem så snart den var ferdig skrevet

Så og si alle pasienter som fikk tilbudet ville ha kopi av epikrisen. 143 (20 %) pasienter ble telefonintervjuet. 90 % svarte at det i noen eller stor grad var nyttig å motta epikrisen. 94 % ønsket å motta epikrisen ved en eventuell senere anledning.

Som et resultat av prosjektet økte alle avdelingene andelen epikriser som ble ferdig utskrivningsdagen eller andre dag. Før prosjektet var 6 % av epikrisene ferdig utskrivningsdagen, mens det i prosjektet økte til 52 %. Totalt 92 % av pasientene fikk utskrivningssamtale. Utskrivningssamtalen gir pasienten mulighet til å medvirke til at epikrisen blir så korrekt som mulig. At avdelingene har klart å overgå det nasjonale kravet – senest innen syv dager, gjør dem i stand til å møte behovet for pasientinformasjon på en mer effektiv måte.

- Galgerud Karin, *Prosjekt Epikrise til pasient – gode erfaringer fra en alderspsykiatrisk avdeling*, Demens & Alderspsykiatri vol.11 - nr . 3 – 2007
- <http://www.aldringoghelse.no/Tidsskriftet/pdf/Artikkel%20D&A%203-07.pdf>
- Trumpy J. *Bør pasientene automatisk få kopi av sin epikrise?* Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122:394-6, http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=489706
- Wathne CT, Fossen Ø *Prosjektrapport Epikrise til pasienter*. (2006) Rapport nr 7. Hamar: HelseØst RHF.

3. En fest å bli gammel på Lotte Plejehjem

I et gammelt kråkeslott av en villa på Frederiksberg i København holder Lotte Plejehjem til. 23 pleietrengende beboere og 21 ansatte som lever på en helt annen måte enn på andre sykehjem. Det hele startet med at bestyrer Thyra Frank stilte seg et enkelt spørsmål en dag i 1989: «Ville jeg plassert mine foreldre på dette sykehjemmet?» - Det gikk med et sjokk opp for henne at hun måtte svare nei. Hun kunne heller ikke tenke seg å ha det sånn selv når hun ble gammel. Så samlet hun alle sine ansatte og stilte dem det samme spørsmålet. De var enige om skape et sykehjem de selv kunne tenke oss å bo på. Alle de ansatte skrev ned hva de synes burde gjøre annerledes og denne listen med de ansattes forslag ble den første manualen for det nye Lotte.

Fra nå skulle Lotte være et hjem og ikke en institusjon, hvor de ansatte er gjester. De kvittet seg med uniformene og stengte personalrommet for å få slutt på følelsen av «oss» og «dem og heller være sammen med beboerne hele tiden.

Beboernes ønsker og behov er styrende for arbeidet, ikke systemer eller vaktplaner som skal gå opp. Beboerne får legge seg og stå opp når de vil. Måltidene er lagt opp etter hva slags mat beboerne liker og ønsker seg. Pårørende og andre gjester spiser sammen med dem og man serverer gjerne vin. Det er et mål at ingen lenger skal sitte i en rullestol og stirre tomt i luften. Det er ulike hyggelige tilbud om kveldene. Verdighet og respekt er nøkkelord, og derfor følger de beboerne hyppig på toalettet - også om natten. Dette har medført at behovet for både sovemedisin og bleier nesten har forsvunnet.



I løpet av veldig kort tid var hele atmosfæren på hjemmet forandret, til glede for både beboere, pårørende og ansatte. De pårørende kommer på besøk mye oftere fordi det er så hyggelig å være der. Sykefraværet blant de ansatte falt fra 13-15 % til ca 1 % – det laveste i hele Danmark. Dette sparer de mange penger på, som de bruker til å reise på årlige sydenturer - høydepunker både for de eldre og de ansatte.

Bestyrerens personalpolitikk er også viktig: Har personalet det bra, så har beboerne det bra – så enkelt er det, sier Frank. Personalet er heart-hunted (ikke head-hunted) ut fra sin evne til å vise omsorg og skape «stjernestunder» for beboerne.

<http://www.nrk.no/programmer/tv/puls/1.1314155>

Klargjøre kunnskapsgrunnet og verdier

4. Etterutdanning i brukervedvirkning

N.K.S. Kløverinstitusjonene as har laget en 10 timers etterutdanning for alt personale for å øke brukervedvirkning. Hensikten er at de ansatte skal ta brukernes kunnskap og kompetanse med i alle vurderinger, og hviler på en erkjennelse av at holdningsendring er nødvendig. NKS sitt strategiske mål er å bli best på brukervedvirkning, og etterutdanningen er et nødvendig første skritt. Utdanningen er tverrfaglig og brukere er både forelesere og deltakere. Den består av 5x 2 timer med følgende tema:

1. Hva er brukervedvirkning? Brukerorientering og brukerstyring.
2. Hvorfor brukervedvirkning? Brukervedvirkning i et faglig og menneskelig perspektiv.
3. Brukervedvirkning på individnivå. Holdninger, makt, etikk, hva kan endres og hvordan? Kritiske suksessfaktorer.
4. Brukervedvirkning på systemnivå. Holdninger og makt. Reelt samarbeid. Lærings- og mestringsfokus.
5. Verktøy for økt brukervedvirkning. Brukerundersøkelser, panel, samtaleskjema, telefonundersøkelse med mer.



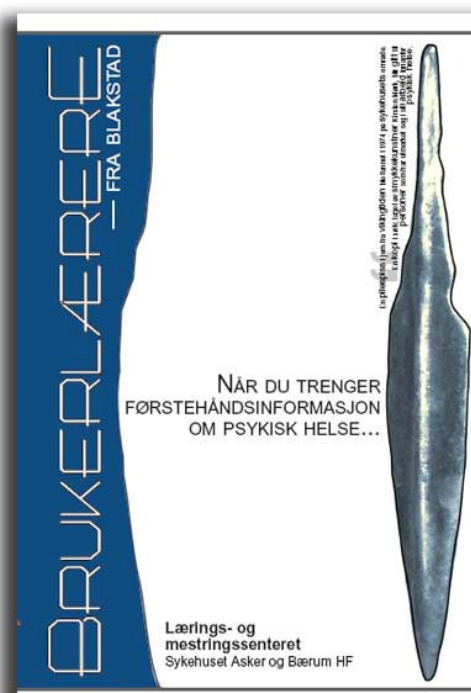
Etterutdanningen beskrives på www.kloverinstitusjonene.no

5. Brukerlærerskolen ved Lærings- og mestringscenteret på Blakstad

Ved Brukerlærerskolen lærer brukerne å formidle kunnskap om psykiske lidelser til fagfolk, studenter, pårørende og til andre brukere. De bruker sin egen erfaring med å leve med en psykisk lidelse og egne møter med behandlingsapparatet som bakgrunn for undervisningen. Fokus er på hvordan historien kan formidles for å være til hjelp for andre. Skolen setter fokus på ressurser og kompetanse som brukerne sitter inne med.

Opplegget har utviklet seg gradvis siden 2002 og er blant annet inspirert av en dansk modell - "Kolbøttene". I 2005 fikk Brukerlærerskolen midler fra Stiftelsen Helse & Rehabilitering til et 2-årig prosjekt ledet av en Brukerlærer fra det første kullet.

Deltakerne møtes annen hver uke gjennom et helt skoleår og opplegget legger til rette for en prosess preget av modning, vekst og utvikling. Undervisningen gir faglig påfyll, bevisstgjøring på



rollen som brukerlærer og kunnskap om formidlingsteknikker. Til undervisningen brukes eksterne forelesere, fagpersoner og brukere tilknyttet Brukerlærerskolen. En vesentlig del av metodikken er å arbeide med egne historier. Hver enkelt fremfører sin historie og får tilbakemelding på form, innhold og fremføring. Gjennom denne prosessen blir den enkelte bevisstgjort på hva en ønsker å fortelle og på hvilken måte historien kan formidles for å være til hjelp for andre. Et sentralt prinsipp er at brukere og fagpersonell er likeverdige samarbeidspartnere.

Erfaring har vist at Brukerlærerskolen er av stor betydning for den enkelte elevs personlige vekst og utvikling. Rollen som brukerlærer gir økt selvfølelse og selvspekt. Opplevelsen av å mestre oppdrag gir en viktig erfaring i å takle utfordringer, en effekt som også sprer seg til andre områder i hverdagen. For mange har det også stor betydning å komme inn i brukerlærer-fellesskapet, ha noe fast å gå til og oppleve å yte noe som er verdifullt i samfunnet.

Fagfolk tilknyttet brukerlærerskolen gir uttrykk for at de opplever det lærerikt og utviklende å jobbe tett sammen med brukerne, og at dette gjør noe positivt med deres egne holdninger. Ute på oppdrag har Brukerlærerne fått mange positive tilbakemeldinger. Ikke minst andre brukere har gitt tilbakemelding på at det betyr mye å høre foredragsholdere som vet hva psykiske lidelser er ut fra egne erfaringer, og som kan videreformidle sine mestringsstrategier. Brukerlærernes erfaringer kan være med å bedre tjenestetilbudet, fjerne fordommer og skape et åpnere samfunn.

Kontaktperson: Vigdis Nome, prosjektleder. Vigdis@formic-nome.no

6. Verktøykasse for brukermedvirkning

Brukerforum i Stange og Hamar kommuner, har gjennom prosjektet "Myndiggjøring og medvirkning" utarbeidet et opplæringsprogram for brukermedvirkning, der personer som selv har brukererfaring lærer opp både brukere og tjenesteutøvere.

Opplæringsprogrammet er kalt en "Verktøykasse for brukermedvirkning", og består av en DVD og et veiledningshefte. Det retter seg både mot brukere og tjenesteutøvere. Målet er å bidra til kunnskap, metoder, ideer og inspirasjon for hvordan brukere kan lære opp og styrke hverandre i hva brukermedvirkning er, og hvordan det kan og bør praktiseres.



Hensikten med opplegget er å styrke brukerne slik at de får økt selvtillit, tør å stå fram og hevde sine meninger og blir bevisst sine ressurser, muligheter, rettigheter og plikter. Brukere lærer også opp tjenesteapparatet i hva brukermedvirkning er, hvordan det kan og bør praktiseres, og hvordan det bør tilrettelegges for mennesker med psykiske lidelser. For tjenesteapparatet handler det om en bevisstgjøringsprosess for å sikre at brukermedvirkning blir en realitet på alle nivåer.

Prosjektet har blitt støttet økonomisk av Sosial- og helsedirektoratet og Stange og Hamar kommuner. Det har vært et samarbeid mellom de respektive kommunene, Mental Helse i begge kommuner, Mental Helse Hedmark og Høgskolen i Lillehammer - avdeling for helse- og sosialfag. I Brukerforum har det deltatt personer med brukererfaring og personer med fagkompetanse. Disse har gått inn i et likeverdig samarbeid om utvikling av kunnskap og metoder for brukervedvirkning. Brukerforum Stange og Hamar, har bestått av prosjektleder som er ergoterapispesialist i psykisk helse, 10 personer med brukererfaring, hvorav tre personer har hatt lederansvar for å sikre at brukerstemmen kommer tydelig fram, en person med kompetanse innenfor psykodrama, kommunikasjon og organisasjonsutvikling, og en fagperson med kompetanse i empowerment fra Høgskolen i Lillehammer. Tre av deltakerne i Brukerforum er ansatt i Mental Helse Kompetanse for å reise rundt å lære opp personer med brukererfaring til å spre opplæringen.

Kontakt: Mental Helse Kompetanse i Skien www.mentalhelse.no
kompetanse@mentalhelse.no telefon: 35 58 77 00
Prosjektleder Kårhild Løken karhild.loken@stange.kommune.no

7. Minoritetsbakgrunn og pasientopplæring

Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom (NKLMS) har en stor oppgave med å bygge opp og støtte et nettverk av Lærings- og mestringssentre (LMS) i hele landet, som skal bidra til at sykehusene kan ivareta sine lovpålagte oppgaver knyttet til pasientopplæring. Et LMS har fire hovedfunksjoner.

- Tilgjengelig møteplass og samarbeidsverksted
- Senter for kursvirksomhet for brukere (pasienter og pårørende)
- Bidrag til at helsepersonell kan bli bedre til å lære fra seg
- Aktivt informasjonssenter med tilgang på internett

Læringsmodellen ved LMS bygger på at ”planlegging, gjennomføring og evaluering av læringstilbud skal skje i *likeverdig samarbeid* mellom fagpersonell og erfarne brukere”. Erfarne brukere, det vil si pasienter og pårørende som vet hvordan det er å mestre sykdommen i hverdagen, sitter inne med kunnskaper som er viktige bidrag til læring og mestring for andre som senere har kommet i samme situasjon.

Ved å likestille brukere og fagpersoner i planleggingen av et læringstilbud kan resultatet påvirke både organiseringen (for eksempel valg av tid og sted), samt innholdet i tilbudet.

Å møte pasienter/ brukere gir nye utfordringer hele tiden. Hvis pasienten i tillegg har en annen kulturbakgrunn og ikke snakker samme språk som helsearbeideren, er utfordringene enda større, ikke minst for pasienten. Prinsipielt er det liten forskjell på nordmenn og innvandrere, knyttet til mestring av sykdom. Det som hjelper den ene hjelper gjerne også den andre. Men av og til har man ulike måter å forstå sykdom på, og det kan være visse utfordringer som er større for noen grupper enn for andre.

Uansett hvor pasient eller pårørende kommer fra, må vi som helsearbeidere bestrebe oss på å se hele personen, og ikke gå ut fra at han har noen spesielle egenskaper fordi han er fra Norge eller et annet land. Hvis en behandlingsform lykkes for to personer fra India, er det ikke sikkert den egner seg for neste person fra India. Det er flere faktorer som kan spille inn som alder, utdanning, familieforhold, opphav fra by/landsby osv. Mennesker er forskjellige uavhengig av minoritetsbakgrunn eller ikke.

Hvis det for eksempel skal arrangeres et diabeteskurs for pakistanske kvinner, må kurset planlegges sammen med pakistanske kvinner som har erfaring med å mestre sin diabetes hos seg selv eller som pårørende. Dette for å unngå en del fallgruver og tilrettelegge tilbudet slik brukerne ønsker det.

Det er viktig å tenke utradisjonelt og nytt! Det er altfor lett å ty til gamle undervisningsformer, selv om disse ikke tidligere har ført til læring. Læringstilbudet blir rutinemessig evaluert etter gjennomføringen. Dette må avtales i planleggingsgruppen. Både skriftlig og muntlig evaluering kan være aktuelt, fordi ikke alle kan lese eller skrive.

For å lese mer om erfaringer og eksempler fra NK LMS og andre som arbeider med å få til lærings og mestringstilbud for minoritetsspråklige, kan du bestille følgende hefte gratis fra NK LMS: ”Minoritetsbakgrunn og pasientopplæring”. Send mail til: katrine.torkelsen@aker-sykehus.no eller logg deg inn på vår nettside: www.mestring.no og last det gratis ned.



8. Et brukerstyrt helsevesen

Southcentral Foundation (SCF) er en helseorganisasjon i Alaska som eies og styres av urbefolkningen. Man definerer alle som tilhører ulike urbefolkningsgrupper som brukere, enten de er friske eller syke. På få år har de skapt et helsevesen som i dag er et forbilde for hele verden. De har løst kjente utfordringer på nye måter som vi kan lære av.

Noe av det første SCF gjorde da de tok over ansvaret for helsetjenestene var å utvikle en felles visjon:

Et urbefolknings-samfunn som opplever følelsesmessig, fysisk, mental og åndelig velvære.

De utviklet også følgende misjon (oppdrag):

Arbeide sammen med urbefolkningen for å skape velvære gjennom helse- og relaterte tjenester.

Visjon og misjon er igjen operasjonalisert ned til tre følgende hovedprinsipper som alle ansatte må forholde seg aktivt til:

1. *Delt ansvar.* Vi verdsetter å arbeide sammen med den enkelte, familien og samfunnet. Vi ivaretar den enkeltes verdighet. Vi arbeider i fellesskap for å skape velvære og deler ansvaret med dem som tjenestene er til for.
2. *Velvære for familien.* Vi ser familien som kjernen og brukerne bestemmer selv hvem familie er for dem, ut fra hvem som betyr noe for dem. Vi arbeider for å fremme velvære - som går ut over



fravær av sykdom og forebygging av sykdom. Tjenestene bygger på og styrker kulturen til urbefolkningen.

3. *Forpliktelse til kvalitet.* Vi vil gi brukerne de beste tjenestene og arbeider derfor med kontinuerlig kvalitetsutvikling. Tjenestene formes ut fra det som er best for brukeren. Vi vil ha optimal tilgjengelighet uten ventetid og et sømløst system med integrerte tjenester i kommuner og på sykehus.

De har et bredt repertoar av ulike måter å få fram brukernes erfaringer og ønsker på - og bruker dette til å videreutvikle tjenestene. For eksempel ønsket brukerne at de skulle få time på dagen og at alternativ behandling skulle inkluderes i tjenestene – og slik har det blitt!

Les mer om deres arbeid og resultater på www.gruk.no og <http://www.southcentralfoundation.com>

9. Ressursgruppe av brukere ved Blefjell sykehus

Psykisk helsevern ved Blefjell sykehus HF ønsker å ta målsettingen om reell brukermedvirkning på alvor, men har også erfart hvor mange spørsmål som oppstår når man skal gjøre målsettinger til virkelighet. Klinikken har de siste åra fått økende bevissthet på at brukere skal være likeverdige parter i ulike samarbeidsprosjekt mellom kommunetjenesten og spesialisttjenesten, de deltar i planlegging, gjennomføring og evaluering av kurstilbud til pasienter og pårørende gjennom Lærings- og mestringssenteret, og brukerkunnskap skal supplere fagkunnskap på fagdager, seminar og i internundervisning. For tiden har klinikken også en brukerkonsulent ansatt i stab i psykiatrisk klinikk på arbeidstrening gjennom NAV.

Psykiatrisk klinikk har erfart at det kan være vanskelig å få brukere med i prosjekt når de trenger dem, og prosjekter kan ha kommet godt i gang før brukerne endelig er på plass, noe som er veldig uheldig. Klinikken ønsket derfor å skaffe seg en mer permanent ressursgruppe, slik at de har noen å spørre når de trenger dem og som er villig til å samarbeide med dem.

Ideen ble godt mottatt i brukerutvalget ved Blefjell sykehus, og man drøftet hvilke brukerorganisasjoner som skulle være representert. Man landet på de største brukerorganisasjonene som hadde fylkeslag i Telemark og Buskerud, dvs. Mental Helse, LPP og ADHD-foreningen. Det var dessuten behov for brukerkompetanse angående rus, og Landsforbundet Mot Stoffmisbruk (LMS) og Rusmisbrukernes Landsorganisasjon (RIO) ble derfor invitert.

Invitasjonen gikk til fylkeslagene for de ulike organisasjonene der Klinikken presenterte sine målsettinger og behov. De ba hver organisasjon oppnevne (helst) to representanter og en vara. Denne ressursgruppa er godkjent av brukerutvalget ved sykehuset og klinikken kan ta direkte kontakt med representantene fra de ulike organisasjonene ut fra behov. Dette har medført at avdelingssjefene har oversikt over ressursgruppa og at man i størst mulig grad benytter disse representantene.

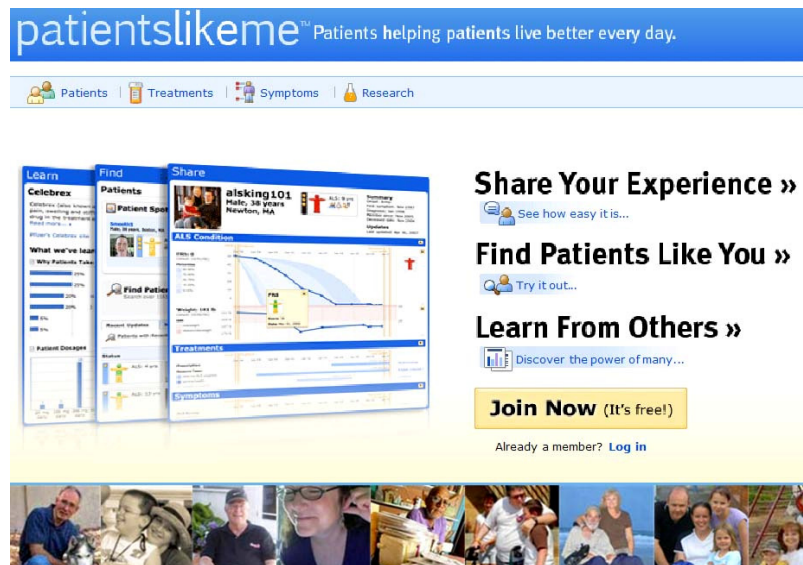
Det har ennå ikke vært noen systematisk evaluering, noen deltar nok mer enn andre, men inntrykket er at det har blitt en bedre stabilitet ang brukermedvirkning. Gjennom Lokalsykehusprosjektet, som omfatter både somatikk og psykisk helsevern, vil man vurdere å utvide ressursgruppene til også å omfatte somatikkens brukerorganisasjoner.

Kontaktperson: Anne Kvalheim, spesialkonsulent opplæring/prosjektstøtte
Psykiatrisk klinikk FoU-avdelingen, anne.kvalheim@blefjellsykehus.no

10. Internasjonalt nettsamfunn for å dele brukerkunnskap

PatientsLikeMe (PLM) er et gratis nettsamfunn hvor pasienter kan legge inn detaljerte data om egen sykdom, symptomer, behandling og effekt av tiltak. På nettstedet kan pasienter fra hele verden komme i kontakt med hverandre, slik at de kan dele erfaringer om sykdom og effekt av behandling.

Nettstedet ble etablert i 2004 og var opprinnelig ment som en ressurs for pasienter med amyotrof lateral sklerose (ALS) for å kunne dele informasjon om symptomer og behandling. I dag har nettstedet egne seksjoner for multipel sklerose, Parkinsons sykdom og HIV. Siste tilskudd under utvikling er en seksjon for psykisk helse.



Sofistikert programvare sørger for at informasjonen pasientene legger inn fortløpende blir systematisert, behandlet og fremstilt i oversikter. Slik kan pasienten følge med på sin individuelle sykdomsutvikling og på forventet behandlingsresultat.

Pasientene kan blant annet legge inn:

- Sykehistorie inkludert diagnosedato og symptomdebut
- Medikamentbruk inkludert startdato, sluttdato og dose
- Symptomerfaringer inkludert lokalisering, intensitet og varighet

Gjennom å samle og systematisere dataene bygger PLM opp en unik kunnskapsdatabase. Ikke ubetydelige CNNMoney.com rangerte nylig tjenesten som nummer 7 på sin prestisjetunge liste over 15 selskaper som vil forandre verden. PLM er også kåret til "Top Health IT innovator" for 2007.

Nettstedet opprettholder driften ved at farmasøytisk industri og forskermiljøer betaler for å få tilgang til informasjonen.

Les mer på: <http://www.patientslikeme.com>

Forankre og organisere forbedringsarbeidet

11. Helsedialog – Program for samhandling i helsetjenesten

Helse Sør RHF og Kommunenes interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) står bak Helsedialog, et langsiktig program for samhandling mellom kommuner, helseforetak og pasienter. Programmet ble vedtatt av styret i Helse Sør RHF og KS fylkesstyret i Agder, Buskerud, Telemark og Vestfold i 2005.



Hovedmålet med programmet er å bedre samhandling mellom kommuner, helseforetak og pasienter. Visjonen er at samhandlingen skal preges av likeverd, respekt og tillit. Det var en langvarig prosess å utvikle programmet, hvor man la stor vekt på å skape god forankring både gjennom prosjektorganisasjonen og metodevalget. GRUK hadde en sentral rolle i utviklingen av programmet.

Det ble bygget opp en omfattende prosjektorganisasjon med styringsgruppe, prosjektgruppe, sekretariat og referansegruppe. Brukerrepresentanter deltok både i prosjektgruppen og referansegruppen.

Programmet ble utviklet og forankret gjennom at man avholdt fylkesvise dialogkonferanser hvor man fokuserte på deltakernes beste erfaringer med samhandling (etter metoden Appreciative inquiry). I hvert fylke ble det rekruttert 10 ressurspersoner, hvorav to var fra brukerorganisasjoner og resten fra sykehus, kommuner og allmennlege. Disse bidro i forarbeidet med å spre informasjon, utvikle intervjuguider, rekruttere deltakere til dialogkonferansene, samt fungerte som gruppeledere på dialogkonferansen. Alle ressurspersonene fikk opplæring i metoden som skulle brukes.

Det var ca 100 deltakere på hver av de fylkesvise dialogkonferansene, hvorav brukerne hadde 15 plasser. Ressurspersonene som representerte brukerne hadde samlinger før dialogkonferansen med brukerrepresentantene, for å hjelpe dem til å forberede seg. Programmet fokuserer på definerte områder for samhandling innenfor individfeltet, tjenestefeltet og styringsfeltet. Helsedialog blir videreført i Helse Sør-Øst.

På www.helsedialog.no kan man lese programmet og konsekvenser av dette.

12. Oppstart og drift av Lærings- og mestringssenter med hjelp av brukere

Ringerike sykehus HF planla oppstart og drift av et Lærings- og mestringssenter (LMS) ved hjelp av brukerne. Prosessen startet i 2000, og var sykehusets første erfaring med å ha brukerne så aktivt med i utviklingen av tjenestetilbudet.

Erkjennelsen av behov for forbedring kom på bakgrunn av at pasientenes liggetid på sykehus ble kortere og kortere, og kunnskap om at dette kunne være vanskelig for pasienter med kroniske sykdommer. De har ofte et behov for å lære mer om sykdommen og mestre hverdagen etter endt sykehusopphold. Behovet for et Lærings- og mestringssenter vokste

frem. Hvordan kunne vi få til dette i samarbeid med brukerne? Brukerorganisasjonene ble invitert til åpne møter for å få høre hva de hadde av behov og ønsker og hva de kunne bidra med i et LMS-senter. Brukerorganisasjonene var svært positive, og bl.a. opptatt av at plasseringen av sentret skulle ha en lett tilgjengelig adkomst ift buss. Dette medførte at LMS ble lagt til hovedvestibulen, og at et annet alternativ lenger unna ble forkastet.

Brukerne kom med mange nyttige innspill, blant annet i forhold til pasienters behov for å få informasjon og hjelp til å bearbeide informasjonen etter utskrivelsen. Gjennom en av brukerrepresentantene søkte og fikk vi midler via Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO). I januar 2003 ble Lærings- og mestringssenteret åpnet.

I dag er sentret en viktig del av sykehusets totale behandlingsskjede og nå innbakt i sykehusets ordinære budsjett. Brukere er viktige bidragsytere i utvikling, gjennomføring og evaluering av kurs i forhold til hjertesvikt, Kols, diabetes etc.

Kontaktperson: Margareta Jacobsen, Seniorrådgiver margareta.jacobsen@ringerike-sykehus.no
<http://www.ringerike-sykehus.no/?M=P&folderid=20>

13. Forebyggende livs-café

I Jönköping fylke i Sverige har man stor suksess med å invitere grupper med pensjonister til å lære forbedringsmetoder for å forebygge sykdom og styrke egen livskvalitet.

Pilotprosjektet ble initiert av Sveriges Kommuner og Landsting og Qulturum (utviklingsenheten i Landstinget i Jönköping).

De 24 deltagerne over 65 år var medlemmer i to pensjonistforeninger. Deltakerne møttes på en livs-café seks ganger i løpet av åtte måneder. På den første samlingen lærte de om PDSA-sirkelen; en enkel metode for kvalitetsutvikling som de kalte *livshjulet*. Det handler om å bryte innlærte mønstre, bli bevisst på mulige forbedringer, gå fra ord til handling og gjøre forandringer i eget liv som utgjør en forskjell. Deltakerne arbeidet med følgende områder:

- mat og drikke
- sikkerhet
- sosiale nettverk
- fysisk aktivitet

De 24 deltakerne har overtatt konseptet og sørger selv for at dette arbeidet sprer seg.
<http://www.lj.se/passionforlivet>

Prosjektet er inspirert av arbeid for å forebygge fall hos eldre gjort i England av Improvement Foundation. (www.improvementfoundation.org)



Kartlegge nåværende praksis

14. Bruker spør bruker

Bruker Spør Bruker er en kvalitativ tilnærming for å innhente og dokumentere brukernes erfaringer med helsetjenesten. Brukere som selv har erfaring med psykisk lidelse, gis opplæring i fokusgruppeintervju og engasjeres for å intervju andre brukere om deres erfaringer og opplevelse av kvalitet. Derav *Bruker Spør Bruker*.

Resultatet av intervjuene blir deretter brukt som grunnlag for dialog mellom tjenesteytere og brukerne. Metoden ble utviklet i prosjektet "Kvalitetsforbedring gjennom brukererfaring" (1997-2000) som ble finansiert av daværende Helse og sosialdepartementet. Metoden har senere blitt prøvd ut flere steder i landet.



Bruker spør bruker har blitt evaluert gjennom prosjektet "Undring og dialog" ledet av Kårhild Husom Løken i Stange kommune. I tillegg til *Bruker spør bruker* gjennomførte man også en kvantitativ, skriftlig spørreundersøkelse, og evaluerte disse opp mot hverandre. Konklusjonen var:

1. Brukerundersøkelser kan være et godt verktøy for å involvere brukerne og deres organisasjoner i kvalitetsutvikling av tjenester i kommunene, forutsatt at de gjennomføres som en del av en helhetlig *kvalitetsutviklingsprosess*.
2. En sentral del av kvalitetsarbeidet er prosessen med *undring og dialog* der alle berørte parter har mulighet til å delta i vurdering og oppfølging av resultatene fra undersøkelser.
3. Brukerundersøkelser kan bidra til *styrking* av brukeren og brukerorganisasjonene lokalt og bidra til å vitalisere lokaldemokratiet.
4. Kvalitetsutvikling av tjenester må forankres i ledelsen og trekkes inn i det daglige arbeidet med kvalitetshjulet og andre verktøy som har fokus på kontinuerlig kvalitetsforbedring.
5. Man bør være tydelig på hvilken agenda man har for å gjennomføre undersøkelser, om det er fordi det er et krav for sentrale myndigheter, om det er for kun å måle tilfredshet eller om det er for å vitalisere brukernes ressurser og invitere dem inn i en prosess som både kan fremme deltakelse, demokrati og kvalitetsutvikling.
6. Man bør være kritisk til hva man får ut av standardiserte, skriftlige spørreundersøkelser og være spesielt oppmerksom på at for den mest hjelpetrengende gruppa, ser denne type undersøkelse ut til å være minst egnet.
7. Bruker Spør Bruker er en metode som i særlig grad kan bidra til å få fram "de laveste stemmene".
8. Bruker Spør Bruker stiller en del krav til den organisasjonen som skal gjennomføre undersøkelsen, i form av organisering og tilretteleggelse for deltagerne.
9. Det må settes i gang opplæringsprogram for å utdanne folk med brukererfaring til å kunne gjennomføre Bruker Spør Bruker lokalt.

På www.brukererfaring.no kan man lese mer om metoden og opplæringen i den. Man kan også laste ned rapporten *Undring og dialog*.

15. Fra belærende til lyttende kvalitetsutvikling

Ved føde / barsel avdelingen på Kongsvinger sykehus hadde man som mål å involvere brukerne og gi dem innflytelse for å sikre god kvalitet på tjenestene. Personalgruppen ble involvert for å skape en kultur som fremmer kontinuerlig kvalitetsforbedring.

Behov for forbedring blir fanget opp på tre ulike måter:

- De har utviklet et enkelt spørreskjema hvor de spør om pasientenes opplevelser i forhold til det tilbudet de har fått, og om de har forslag til forbedringer. De ber også pasientene skåre totalinntrykket på en skala fra 1-10. Avdelingssjefen gjennomgår alle spørreskjemaene og kontakter dem som skårer 7 eller lavere og har oppgitt navnet sitt (frivillig). Pasienten er svært tilfredse med tilbudet og av 318 evalueringsskjemaer i 2007 var det bare 6 som har skåret 7 eller lavere.
- Ved utskrivning gjennomgår jordmor / lege og pasient hele forløpet, og her fanges ofte de med negative opplevelser opp. Erfaring viser at disse mødrene sjelden fyller ut spørreskjemaet og det er desto viktigere å innhente deres erfaringer.
- Klager som formidles i ettertid via primærhelsetjenesten.

Avdelingssjefen kontakter alle disse kvinnene. Gjennom samtalen lytter hun til deres erfaringer, som hun bringer tilbake til avdelingen, slik at de kan iverksette tiltak så hendelsene ikke gjentar seg. Hun registrerer alle negative tilbakemeldinger som avvik og lager en handlingsplan som evalueres regelmessig. Hun tilbyr også en skriftlig beklagelse, men dette ønsker nesten ingen av pasientene.

Se forelesning med Avdelingssjef Ruth Svarstad på *Og bedre skal det bli – konferansen 2007*
<http://media01.smartcom.no/Microsite/start.aspx?eventid=2277>

16. Brukerne på Klyvetunet styrer aktivitetstilbudet

Klyvetunet i Skien er et kultur- og aktivitetssenter som har en høy grad av brukermedvirkning når det gjelder utvikling og gjennomføring av aktivitetstilbudet. De har ca 500 medlemmer, hvorav 80 er frivillige. Senteret har 3 stillinger som har ansvaret for å organisere det hele og trekke inn frivillige. Senterkoordinator er aktivtør. Senteret er åpent for alle over 18 år som ikke er i jobb. Alle trenger nettverk og et slikt tilbud har stor betydning for livskvaliteten.



Alle nye medlemmer får en samtale hvor de blir spurt om hvilke interesser de har. Svarene føres inn i et dataprogram, som gir oversikter over hvor mange som ønsker de ulike tilbudene. Alle blir også spurt om de vil være frivillige. Disse bidrar ift de ulike tilbudene, matservering med mer.

Det er nedsatt en arbeidsgruppe med 8 medlemmer / frivillige, som legger opp programmet hvert halvår i samarbeid med lederen av Klyvetunet. De tar utgangspunkt i oversikten over hvor mange som ønsker de ulike tilbudene når de avgjør hva de skal satse på av arrangementer osv.

- Ulike typer kurs, for eksempel i spansk, data, dans, trim, skriving. Kusene drives av innleide eksterne lærere og deltakerne betaler en kursavgift.
- Faste, selvstyrte klubber med egen kontaktperson; for eksempel i snekring, trim, lese-ring, steinsliping, porselensmaling, kor mfl.
- Faste arrangementer; for eksempel underholdning på torsdager med dans. Etter ønske fra brukere som ikke liker å gå ut om kvelden, startes nå dette også på formiddagen. Frivillige byr opp til dans. De har også kulturuke hver vår og jevnlig kulturkafe.

Tilbudene blir skriftlig evaluert sammen med brukere og frivillige, og det videre tilbudet tilpasses ut fra dette.

Kontaktperson: Senterkoordinator Linda Bjørge, 35504920
http://www.origo.no/-/venue/show/1329_klyvetunet-kultur-og-aktivitetssenter

17. Rollespill for bedre rutiner

Ved Sanderud sykehus på Hamar, Sykehuset Innlandet - HF har de tatt i bruk rollespill for å forbedre rutiner ved innleggelse og utskrivning.

I tre år har psykiatrisk avdeling A3 brukt rollespill ca en gang i måneden for å se på rutiner i forbindelse med innleggelse og utskrivning. Hver gang har fire ansatte ved Sanderud sykehus og fire representanter fra Mental Helse Hedmark deltatt. Begge er ekspertgrupper med ulik ekspertkompetanse.

I den første perioden byttet ansatte og brukerrepresentanter roller, før de spilte innleggelsessituasjonen. Det tok tid å bli kjent, men etter en innledende periode, fant de sammen ut at bytte av roller ikke var nødvendig. Alle kunne spille seg selv. Alt skjer spontant. Etter en knapp time evalueres rollespillet. Deltakelsen av ansatte går på omgang slik at flest mulig skal få sjansen til å være med på dette. De har også gjennomført rollespill i større format der store deler av personalgruppen er med som tilhørere.

Metoden har gitt de ansatte mange aha-opplevelser. Det har ført til endring av holdninger og kultur i avdelingen og forandring av rutiner. Det har også vært medvirkende til at avdelingen nå har gått over til å bli en 5-døgnspost som har stengt i helgene. Dette fordi brukerrepresentantene har fremhevet betydningen av jevnlig kontakt med hjemmet mens man er innlagt til behandling. Den frigjorte personalressursen er omdisponert til mer kveldsbemannning, og dermed mer meningsfylt aktivitets- og behandlingstilbud på kveldene.

Kontaktpersoner: Mental Helse Hedmark, Liv Christophersen
Psykiatrisk sykepleier Johnny Sandaker, 40841113, j-sandak@online.no
Metoden ble omtalt i Mental helses Sinn og Samfunn i 2006.

18. Voksne for barn

Voksne for Barn (VfB) er en landsomfattende frivillig medlemsorganisasjon som arbeider for å fremme barn og unges psykiske helse. Vårt oppdrag er å tale barn og unges sak når og hvor det trengs. Dessuten ønsker vi å bidra til at barn og unge blir hørt direkte i ting som angår dem. Metodene for å få frem de unges meninger er blant annet basert på erfaringer fra ”Participatory Learning and Activity” (1) Det følgende illustrerer vårt arbeid:

Kongsberg Voksenpsykiatriske avdeling (VPA), Blefjell sykehus HF har siden 2002 arbeidet med å innføre barneperspektivet som en naturlig del i arbeidet med voksne brukere som er foreldre. Når de skulle evaluere dette arbeidet tok de kontakt med VfB for et samarbeid om å involvere brukerne, som et komplement til den ordinære evalueringen. Kongsberg VPA og VfB besluttet å invitere foreldre og unge med erfaring fra psykisk helsevern til høring. Målet var å hente fram erfaringer, behov og ønsker, som utgangspunkt for videre utvikling og forbedringer. Resultatet fra undersøkelsen ville være en del av det totale evalueringsarbeidet for å bidra til ivaretagelse av barneperspektivet i psykisk helsevern for voksne.

Målgruppe for undersøkelsen var ungdom med foreldre som har vært eller er brukere av psykisk helsevern. Deltagerne ble rekrutterte gjennom foreldre, via ansatte i ungdoms- og videregående skole, skolehelsetjeneste og helsestasjon

Høringen foregikk i en gruppe med 10 deltagere, fra 09.30 -16.00.

Prosessen ble lagt til rette av representanter fra VfB i samarbeid med ansatte fra VPA, helsestasjon og skole.

De overordnede tema for høringen var å få fram barn og unges erfaringer fra å ha en mor eller far som er psykisk syk, hvilke behov og ønsker de har, samt forslag til tiltak for å ivareta dem. På bildet



lager deltagerne en eske. Hensikten er å illustrere hva man viser utad og hva man bærer på innsiden, og kanskje aldri gir uttrykk for, når mamma eller pappa er psykisk syk.

I forkant av høringen inviterte vi ansatte i 1.linjetjenesten i sykehusets opptaksområde for å diskutere hva man ønsket å få vite mer om og hvordan man ville bruke det som ville komme frem i høringen. Vi diskuterte også hvordan man best kunne nå ut med invitasjonen og hvordan man burde følge opp ungdommene som ville delta på høringen.

Etter høringen ble ansatte i både 1. og 2. linjetjenesten invitert til å møte noen av ungdommene som deltok. Ungdommene presenterte gruppens arbeid og ønsker. Deltagerne på disse møtene mente at det som ble presentert fra høringene var meningsfull informasjon og kunnskap som de ville bruke i sitt arbeid med denne gruppen barn og unge. Et av de mest konkrete ønskene ungdommene kom med var et tilbud om samtalegrupper for unge i denne situasjonen. Dette er nå en fast og etablert virksomhet i regi av psykisk helsevern for voksne, i samarbeid med flere relevante aktører, og er et direkte resultat av høringen.

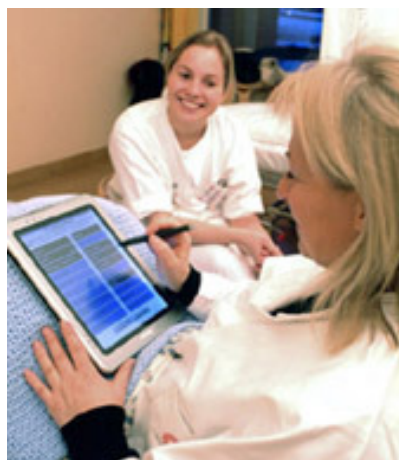
Fagkoordinator/Programleder Karin Källsmyr karin@vfb.no www.vfb.no www.oppvekstbanken.no

1. M. Sanner, E. Dønnestad, ”Kreativ. 40 kommunikasjonsøvelser for å la ulike grupper barn & unge medvirke”, Redd Barna, 2001

Planlegge forbedret praksis / finne forbedringstiltak

19. IT støtte til bedre kommunikasjon og samhandling

Senter for pasientmedvirkning på Rikshospitalet er et forsknings- og utviklingscenter som har utviklet innovative IT-verktøy for å styrke pasientenes innflytelse, kunnskap, mestring og eierskap i forhold til egen behandling. Løsningene hjelper helsepersonell til å skreddersy behandlingen til hver enkelt pasient. Verktøyene, som er utviklet i samarbeid med pasienter og underbygget med solid forskning over mange år, viser betydelig forbedring av behandlingskvaliteten ut fra pasientenes perspektiv og er i ferd med å endre måten helsepersonell møter og kommuniserer med pasientene på.



Et av verktøyene er *Choice* som hjelper pasientene med å formidle sine symptomer, problemer og prioriteringer for hjelp til helsepersonell. Spørsmålene i dataprogrammet er tilpasset den enkelte pasientgruppe. Ved å klikke på områder der de har problemer, får de opp mer spesifikke symptom / problembeskrivelser hvor de kan velge det som er mest relevant. Når pasienten er ferdig lager programmet en oversiktlig utskrift av symptomene og problemene, rangert i prioritert rekkefølge, som brukes som utgangspunkt for dialogen med helsepersonell. Erfaring viser at helsepersonell fanger opp tre ganger så mange problemer ved hjelp av dette verktøyet. Behandlingen blir mer effektiv og pasientrettet. Pasientene får mulighet til å forberede seg til konsultasjonen, får større kunnskap og innflytelse, og mestrer helseproblemene bedre.

Programmet er foreløpig bare tatt i bruk ved noen kreftavdelinger på Rikshospitalet hvor det også er integrert med den elektroniske pasientjournalen. Programmet vil lett kunne tilpasses til flere grupper pasienter, men er dessverre foreløpig ikke fritt tilgjengelig.

Et annet verktøy for kreftpasienter er *WebChoice*. Hensikten er å hjelpe kreftpasienter med å mestre sin sykdom og hverdag bedre gjennom:

- et skreddersydd hjelpemiddel for å rapportere, prioritere og overvåke egne symptomer og problemer
- oppdatert forskningsbasert informasjon om konkrete tiltak og muligheter, spesielt tilpasset hver enkelt pasients symptomer og problemer
- mulighet til å stille individuelle spørsmål til kreftsykepleier via epost
- web-ressurser med aktuell informasjon og støtte spesielt for kreftpasienter og deres familier
- diskusjonsforum for kreftpasienter, der pasientene kan dele kunnskap og erfaringer med hverandre

Senteret har også utviklet et interaktivt dataprogram *Sisom* (si det som det er) som hjelper barn med kreft til å sette ord på plager og bekymringer via bilder og animasjon.

Kontaktperson: Forskningssjef Cornelia Ruland, tlf 23 07 54 60

<http://avd.rikshospitalet.no/syf/>

20. Likemenn driver veiledningskontor for hørselshemmede

Hørselshemmedes landsforbund tilbyr sine medlemmer kurs for å bli likemenn.

Likemannsarbeid er et viktig tiltak for å fremme brukermedvirkning: Pasienter med erfaring og kompetanse på et område hjelper andre pasienter til mestring og et mer selvstendig liv. På kurset lærer de blant annet mye om høreapparater og hjelpemidler.

I Porsgrunn har hørselslaget åpnet veiledningskontor for hørselshemmede. 2 -3 timer tre ganger i uken er det åpent for råd, veiledning, små reparasjoner av apparater, tinnitushjelp med mer. De veileder også i forhold til rettigheter og gir hjelp til å finne tekniske hjelpemidler. De som ikke kan komme til veiledningskontoret blir tilbudt gratis hjelp hjemme eller på sykehjem. Tilbudet er til stor nytte og bidrar til at høreapparatene ikke havner i skuffen. Det er mange som sliter med tilvenning til høreapparat. De har ca 30 besøk i uka, fordelt på fire hørselshjelpere.



Hørselshjelpere i Porsgrunn: Bak: Gerd Fossnes, Frazier LaForce, Foran: Margaret Hewitt, Anne-Marie

Tilbudet avlaster Hørselssentralen ved Sykehuset

Telemark, som får frigjort tid. Hørselshjelperne samarbeider med audiopedagog og audiografer på sykehuset, og med hørselsansvarlige på Hjelpemiddelsentralen, NAV. De samarbeider også med kommunen om et prosjekt for å kartlegge rehabiliteringsbehovet hos høreapparatbrukere.

Anne-Marie Frøland, marie-f@online.no

21. Miljøbasen gir hverdag med jobb og mening

Lederne i Lenvik kommune erkjente at personer med rusavhengighet og psykiske lidelser falt utenfor alle NAV tilbud. Prosjektet *Miljøbasen* ble startet opp for å gi disse personene arbeidstrening og en mer meningsfull hverdag og sosiale ferdigheter. Prosjektet målsetting var også å redusere rusmiddelmissbruk og utvikling av psykiske lidelser hos personer mellom 25 og 40 år. På sikt håpet de å kunne tilby en type skoloring slik at noen kunne få fagbrev. Ledelsen innledet et tett samarbeid med psykisk helsevern, sosialtjenesten, Bygg og eiendomsetaten i kommunen, dagsenteret, NAV og en representant for brukerne. De opprettet en miljøbase på dagsenteret to halve dager i uka, og brukerne fikk arbeidsoppdrag fra Bygg og eiendomsetaten.

For å lykkes var det viktig at brukerne selv definerte innholdet i prosjektet. På denne måten ble miljøbasen et ledd i arbeidet med å sikre økt brukermedvirkning. De bidro med sine erfaringer og ønsker for hvordan driften av basen skulle organiseres. Den praktiske delen av prosjektet er i stor grad knyttet til en "miljøbase" i kjelleren på Finnsnes dagsenter. Her samles brukerne i prosjektet to halve dager i uken og kan innta lunsj sammen med andre som oppsøker dagsenteret. Det holdes ofte møter med brukerne om hvor veien skal gå videre i prosjektet.

Brukerne har fått arbeidsklær med kommunal logo og en bil til disposisjon. De løser oppgaver innen vedlikehold og dette gir en følelse av å gjøre noe nyttig som gir resultat.

Miljøbasen ble registrert som en frivillig organisasjon i Brønnøysundregisteret. Betaling for oppdrag/dugnad blir betalt inn til miljøbasen, og kommer brukerne til gode i form av "lønn" og felles sosiale arrangement. Miljøbasen kan jobbe for opptil kr 150 000 pr år. Antall brukere øker stadig, og de som begynte først har nå blitt arbeidsledere.

Vi har erfart at når brukerne opplever mestring i miljøbasen, går behovet for andre tjenester ned, og kan opphøre helt i perioder. En av som har vært stabil lenge i basen er nå motivert til å starte i en ordinær jobb på deltid. Det viser at miljøbasen kan være tilbudet som får frem ressurser i mennesker med denne typen problematikk.

Vi planlegger å søke Miljøbasen godkjent som opplæringsbedrift slik at den registreres som eget foretak i Brønnøysund registret. Da vil brukerne bli ansatt og betale skatt. I tillegg ønsker vi å videreutvikle tilbud for kvinner, og evt. starte en brukbutikk.

Kontaktperson: Stein Egil Lorentsen, psykiatritjenesten DMS 9306 Finnsnes
stein.egil.lorentsen@lenvik.kommune.no

22. Organisering som styrker pasientene

En kirurgisk avdeling i Karlstad i Sverige slet med velkjente problemer: Liggetiden var gått ned, pasientene var blitt sykere, sykepleiere var uerfarne, personalet opplevde stress og det var høy turnover. Målinger viste at pasientene var lite tilfredse med informasjon og medbestemmelse. Sykepleierne brukte bare 35 % av tiden sin ute hos pasienten og legene var helt nede i 18 %.

Dette var bakgrunnen for at man la om arbeidet til pasientnære tjenester ("patientnære vård"):

- Sykepleierens arbeid ble flyttet ut til pasientene og det ble opprettet åpne arbeidsstasjoner med PC og medisinalt i tilknytning til pasientenes rom.
- En resepsjonist passer telefonen og avlaster sykepleierne med administrativt arbeid.
- Rundt hver pasient opprettes mikroteam som består av pasienten, sykepleier, lege og andre yrkesgrupper som er viktige for den enkelte pasient.
- Daglige møter mellom pasienten og teamet erstatter visittunden. Her benyttes PC og projektor og man gjennomgår journal og prøvesvar i mikroteamet.



Slagordet er *Ingen ting om meg uten meg*. Erfaringene viser at nesten alle pasientene deltar i mikroteamet – gjerne med familien. Organiseringen styrker pasienten til å ta ansvar for egen helse. Pasientene føler seg tryggere og ringer 30 % mindre etter hjelp.

Pasientnær organisering ble utviklet på slutten av 80-tallet ved Henry Ford Hospital i Detroit i USA og er nå også på vei inn i Norge.

Kontaktperson: Marianne Inde: Patientn rmre v rd. Hur går man? Utvecklingsstaben, Landstinget i Värmland, 2006 www.liv.se/pnv

23. Stressmestring gjennom oppmerksomhetstrening og selv-akseptering

Oppmerksomhetstrening er en metode med dokumentert effekt på helse og livskvalitet. Den er relevant for alle som en helsefremmende metode. Den har vært i bruk siden 1979 og i USA har mange tusen pasienter og helsepersonell tatt den i bruk. Ut fra den helsefremmende og stressreducerende effekten kan den være nyttig som komplementær behandling for mennesker med kroniske sykdommer. Allmennlege / seniorrådgiver Michael de Vibe i GRUK har prøvd dette ut på pasienter plaget med stress og kroniske sykdommer. Gjennom forskning har han dokumentert god effekt, og for dette arbeidet har han fått legef reningens kvalitetspris.



Essensen i metoden er styrking av oppmerksomheten på det som skjer. Man utvikler evnen til å *være* til stede i nuet uten å kritisere eller dømme seg selv. Denne *selv-akseptering* reduserer stress og tillater kropp og sinn å komme i balanse gjennom sin evne til selvregulering. Aksept er det sterkeste virkemiddel for endring og vekst som mennesker.

Trening av oppmerksomhet skjer ved bruk av enkle fysiske og mentale øvelser med fokus på kropp og pust, samt overføring av våken oppmerksomt nærvær til aktiviteter i hverdagen. Alle erfaringer aksepteres med åpenhet og nysgjerrighet. Det øves i å se på egne reaksjoner på det som skjer og finne nye måter å møte stressende og vanskelige situasjoner i livet.

En veileder for hvordan man kan lære dette på egenhånd kan lastes ned på www.gruk.no under stressmestring.

24. Kroppskunnskaping - et brukerbasert program for å styrke helsefremmende prosesser ved langvarig sykdom og skade

Forskningsprosjektet innebærer et nært samarbeid mellom brukere, forsker og helsepersonell. Det handler både om *nye organiseringsformer* og å utvikle hjelpemidler for å *arbeide relasjonelt med brukermedvirkning*. Det handler også om å utvikle nye begrep, teorier og modeller som hjelper oss å sette brukeren i sentrum.

Teorien og modellen om Kroppskunnskaping er bygd opp på basis av pasienters erfaringer med å håndtere langvarige helseplager over tid. Brukermedvirkning er derfor implisitt i teorien og modellen og en forutsetning for anvendelse av tenkningen i praksis. Begrepet defineres på følgende måte: Kroppskunnskaping er en prosess for utvikling av personlig kunnskap om egen kropp, mestring, helse og velvære (Heggdal, 2008). I det aktuelle forskningsprosjektet, anvendes begrepet Kroppskunnskaping som ramme for et nytt pasienttilbud der pasientene inviteres til å arbeide med egne helsefremmende prosesser.

De ulike delene av forskningsarbeidet kan enkelt skisseres som:

1) Programutvikling, 2) Utprøving og datasamling og 3) Dataanalyse og revisjon av program.

Ad 1. Programutvikling: Brukerne har definert problemer og utfordringer de står overfor og formidlet hva de trenger for å mestre og for å komme seg. I tråd med visjonen om brukermedvirkning og myndiggjøring er pasientens erfaringer og begreper nå grunnlaget for utforming av et nytt tilbud i spesialisthelsetjenesten.

Brukerne har deltatt i utformingen av tilbudet ved at de har deltatt i work-shop der teorien, modellen, ideer om opplegg for organisering og materiell har vært diskutert. Videre gjennom å gi konkret tilbakemelding på materiell under utforming. Tilbudet innebærer at personer som sliter med mestring av langvarige helseplager, inviteres til å dele sine erfaringer og til å utforske sine helsefremmende ressurser. Det er hvordan personene *forstår og håndterer* plagene som vektlegges. Bevisstgjøring rundt *hva som gjør plagene verre og hva som fremmer bedring*. Programmet er dialogbasert og sikrer at pasienter og helsepersonell deler sin kompetanse. Tilbudet fungerer derfor brobyggende mellom pasienters erfaringskunnskap og helsevesenets spesialistkunnskap, og er i tråd med lærings- og mestringssentrenes filosofi. Ad 2) Utprøving: Til sammen ble 56 pasienter inkludert i utprøvingen av det nye tilbudet. Alle ”kursdeltagerne” lever med ulike kroniske lidelser. To sykehus og tre kliniske settinger i Helse Sør-Øst er anvendt som arenaer for utprøving og forskning. Dette er Lærings- og mestringssenteret og medisinsk poliklinikk ved Diakonhjemmet sykehus, og Rehabiliteringsavdelingen ved Sykehuset Innlandet HF, Gjøvik. Tilbudet er utprøvd på tvers av diagnosegrupper, kjønn og alder (voksne), og brukerne har vært aktivt deltagende i evaluering av innhold, metodikk og resultat.

Den foreløpige analysen av datamaterialet viser at det nye pasienttilbudet bidrar til å fremme brukermedvirkning og rehabilitering gjennom bevisstgjøring og anvendelse av personens ressurser, og at Kroppskunnskaping egner seg som ramme for å arbeide relasjonelt med brukermedvirkning i forskjellige kliniske kontekster.

Prosjektleder: Dr polit. Kristin Heggdal. Diakonhjemmet sykehus.
Finansiering: Helse Sør-Øst.

Kristin Heggdal: Kroppskunnskaping – pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser, Gyldendal Akademisk 2008 (utgis i juni), www.kroppskunnskaping.no (operativ innen 1. september 2008).

25. Å komme seg - Pasientformulert rehabilitering

Brukere og studenter er to grupper som bør involveres i forbedringsarbeid og dette prosjektet er et vellykket eksempel på dette.

Studentene ved Høgskolen i Telemark hadde gjennom flere prosjekter kartlagt og evaluert brukernes erfaringer og tilfredshet ved DPS Porsgrunn. Som så mange andre steder etterlyste brukerne bedre informasjon og medbestemmelse.

Dette var bakgrunnen for at Mental Helse Porsgrunn, Porsgrunn kommune, Høgskolen i Telemark og Sykehuset Telemark HF avd. DPS Porsgrunn gikk sammen om et prosjekt, hvor målet var å utvikle tjenestetilbud basert på brukernes egne ønsker og behov.

Via dagspressen ble det utlyst tre 20 % stillinger der en søkte etter medarbeidere med brukererfaring. 53 personer søkte stillingene og tilsetting skjedde etter ordinære

ansettelsesprosedyrer. Ansvarlig for utlysning og tilsetting var prosjektets leder og leder av Mental helse, Porsgrunn.


Gjennom prosjektet fungerte brukarmedarbeiderne som likeverdige kollegaer til kommunalt tilsatte, høgskoletilsatte, sykehusstilsatte og studenter. Brukemedarbeiderne kartla brukerbehov ved hjelp av metoden *Bruker spør bruker* (3). Som verktøy til denne samtalen har vi utviklet et ressursfokusert verktøy; fargestjernen. Den gir de som blir intervjuet rom til selv å definere hva som er viktig i deres liv. Dette i motsetning til en evaluering hvor vi skulle definert spørsmålene, og dermed bestemt hva som er viktig i et menneskets liv.

I samarbeid med sine øvrige prosjektkollegaer utviklet, realiserte og evaluerte brukemedarbeiderne ulike pasientformulerte tjenestetilbud. Blant annet ble det igangsatt gågruppe, avspenningsgruppe, livsstilsgruppe, matlagingskurs, og ikke minst ble det etablert en kafé som brukerne selv driftet. I samtlige av disse tilbudene hadde brukerne stor medinnflytelse på tilbudets innhold, og i enkelte av tilbudene fungerte også brukemedarbeiderne som kursledere. Totalt deltok over 50 brukere i prosjektets ulike tiltak.

Sentralt for prosjektets suksess var faktorer som:

- Gjensidig forpliktelse og involvering fra alle involverte parter
- Etablering av et lærings- og arbeidsmiljø som fokuserte mer på tilhørighet enn på konkrete resultater
- Tildeling av arbeidsoppgaver som signaliserte tiltro til den enkelte bruker.
- Mulighet til å takke nei til tildelte oppgaver uten at en av den grunn mister retten til deltakelse
- Utvikling av tilbud som hadde sitt utspring i pasientformulerte behov, og ikke i kliniske hensikter

Prosjektleder Marian Van der Mejde, marian-van-der.meijde@sthf.no
Tangvald-Pedersen O (red). "Å komme seg": *Pasientformulert rehabilitering*. HiTnotat nr 2/2008, som kan fås ved henvendelse til Høgskolen i Telemark, avdeling for helse og sosialfag. Olav.Tangvald-Pedersen@hit.no



Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Seksjon for kvalitetsutvikling - GRUK

Postboks 7004, St. Olavs plass

N-0130 OSLO

Telefon: 35 57 47 00

Telefaks: 35 57 47 09