

Prosessforbedring i Hurdal kommune

Pleie- og omsorgsetaten

Prosjektnavn:
Prosessforbedring i Hurdal kommune
Pleie- og omsorgsetaten

Oppdragsgiver:
Hurdal kommune
Ved pleie- og omsorgsjef Torge Øverli
Prosjektperiode:
April 2002 – juni 2003

Prosjektleder / hovedansvarlig for rapporten:
Trulte Konsmo
Prosjektmedarbeider
Michael de Vibe
Stiftelsen GRUK
Nedre Hjellegate 1
3724 Skien

tlf. 35 58 40 40
firmapost@gruk.no
www.gruk.no

SAMMENDRAG

Det har i lengre tid vært store utfordringer innenfor pleie- og omsorgsetaten i Hurdal kommune. På denne bakgrunn ble det bestemt å starte opp et læringsnettverk i prosessforbedring i samarbeid med Stiftelsen GRUK.

I læringsnettverket har medarbeidere fra 5 enheter i etaten fått undervisning og veiledning i prosessforbedring. De har lært å kartlegge og forbedre sentrale arbeidsprosesser, samt å dokumentere resultatene.

Til tross for at rammene for prosjektet ikke har vært ideelle, har man oppnådd mange viktige ting. Det har vært en bevisstgjøring av verdier og spesielt har det dreid seg om tydeliggjøring av brukerfokus og samarbeid med pasienter og pårørende. Videre har man erfart at man kan lykkes i å øke kvaliteten i tilbudet til pasientene - til tross for at man har gjennomgått ytterligere nedskjæringer.

Uklare forventninger fra pårørende er erstattet med systematiske samtaler og invitasjon til samarbeid; noe som har vært svært vellykket. Man har fått en raskere og bedre saksgang i forhold til søknader om tjenester fra etaten, noe som også gjør arbeidsprosessen mer oversiktlig og skaper trygghet for de ansatte. Man er i gang med å forbedre dokumentasjonen for arbeidet sitt. Et negativt selvbilde hos ansatte i etaten er på god vei til å bli snudd til et positivt selvbilde.

Selv om forbedringsarbeidet har vært rettet mot begrensede områder, har det skjedd viktig læring som vil kunne utnyttes i den videre utviklingen av etaten.

SAMMENDRAG	2
1.0. INNLEDNING	6
1.1. Bakgrunnen for prosjektet	6
1.2. Hensikt og mål	7
1.3. Prosessforbedring.....	8
1.4. Læringsnettverket i Hurdal.....	9
2.0. BEDRE TILBUD FOR BEBOERNE	12
2.1. Botilbud for funksjonshemmede.....	12
2.2. Organisering av forbedringsarbeidet	12
2.3. Begrunnelse for valg av prosess	12
2.5. Beboer Ole.....	13
2.5.1. Mål	14
2.5.2. Oles dag før og nå	14
2.5.3. Tiltak	14
2.5.4. Registreringer	16
2.5.5. Resultater.....	16
2.6. Beboer Per.....	17
2.6.1. Mål	17
2.6.2. Pers dag før og nå.....	17
2.6.3. Tiltak	17
2.6.4. Registreringer	19
2.6.5. Resultater.....	19
2.7. Læringsutbytte – innsikter	19
2.8. Veien videre	20
3.0. RIKTIGERE OG RASKERE SAKSGANG I TILDELING AV TJENESTER.....	21
3.1. Sykepleieteamet	21
3.2. Organisering av forbedringsarbeidet	21
3.3. Begrunnelse for valg av prosess	21
3.4. Mål for forbedringsarbeidet.....	21
3.5. Beskrivelse av prosessen	22
3.6. Forbedringstiltak.....	23
3.7. Registreringer	24
3.8. Resultater	24
3.9. Læringsutbytte – innsikter	25
4.0 BEDRE DOKUMENTASJON	27
4.1 Hjemmetjenesten.....	27
4.2 Organisering av forbedringsarbeidet	27
4.3 Begrunnelse for valg av prosess	28
4.4 Mål for forbedringsarbeidet.....	28

4.5 Beskrivelse av prosessen	28
4.6 Forbedrings tiltak.....	29
4.7 Resultater	30
4.8 Læringsutbytte – innsikter	30
5.1. Sykehjemmet i Hurdal	32
5.2. Organisering av forbedringsarbeidet.....	32
5.3. Valg av innsatsområder og begrunnelser.....	33
5.4. Beskrivelse av prosessen	33
5.5. Mål for forbedringsarbeidet.....	35
5.6. Forbedringstiltak.....	35
5.6.1. Systematiske samtaler med beboer og pårørende	35
5.6.2. Aktivisering.....	36
5.6.3. Dokumentasjon.....	36
5.7. Målinger og resultater	36
5.7.1. Samtaler med beboere og pårørende	36
5.7.2. Aktivisering.....	37
5.7.3. Dokumentasjon.....	38
5.8. Læringsutbytte - innsikter	38
6.0. EN MER MENINGSFULL DAG FOR BEBOERNE	40
6.1. Demens avdelingen	40
6.2. Organisering av forbedringsarbeidet.....	40
6.3. Begrunnelse for valg av prosess	40
6.4. Mål for forbedringsarbeidet.....	40
6.5. Beskrivelse av prosessen	41
6.6. Forbedringstiltak.....	42
6.7. Resultater	43
6.8. Læringsutbytte - innsikter	43
7.0. KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER.....	44
VEDLEGG	46

1.0. INNLEDNING

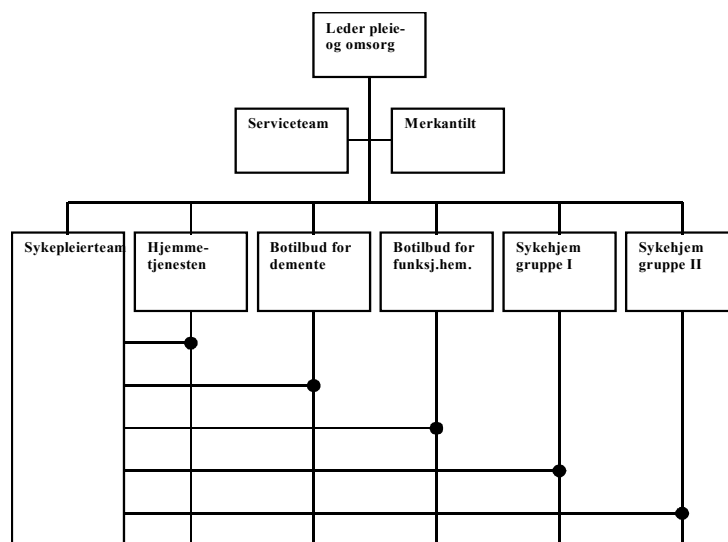
av pleie og omsorgssjef Torge Øverli og prosjektleder Trulte Konsmo

1.1. Bakgrunnen for prosjektet

Det har i lengre tid vært store utfordringer innenfor pleie- og omsorgsetaten i Hurdal kommune. Ledere har kommet og gått, og tilsyn har avdekket avvik som har fått medienes søkelys. Kommunestyret satte høsten 2001 i verk prosjektet *Kvalitet og Nivå*, som et forsøk på å møte disse utfordringene. Resultatet fra dette prosjektet var en rekke aktiviteter som skulle gjennomføres for å sikre bedre og mer kostnadseffektive tjenester til innbyggere i Hurdal kommune. Disse aktivitetene var prosessforbedring, etablering av et internkontrollsystem (IK-Helse), igangsetting av en systematisk dialog med brukerne, utvikling av tjenestebeskrivelser og opplæringsplaner, styrking av hjemmesykepleien og etablering av en frivillighetssentral. Man innførte dessuten en *ny organisasjonsmodell* fra høsten 2001. I den nye organisasjonen er etaten inndelt i følgende grupper:

- hjemmetjenesten, som består av hjemmesykepleie og hjemmehjelp
- botilbud for demente
- botilbud for funksjonshemmede
- sykehjemmet er inndelt i to grupper

Hver gruppe ledes av en gruppeleder som er hjelpepleier, mens sykepleierne er trukket ut i en egen gruppe som kalles sykepleieteamet. Noe av hensikten med denne organiseringen var å frigjøre sykepleiernes tid, slik at de kan brukes til sykepleiefaglige oppgaver og ikke til å sikre vakter og annen type administrasjon. Gruppene er selvstendige og tilkaller sykepleier etter behov. Det er likevel slik at hver gruppe har en dedikert sykepleier i sykepleieteamet som er sykepleiefaglig ansvarlig. Januar 2002 ble leder av sykepleieteamet ansatt og februar 2002 ble ny sjef for pleie- og omsorgsetaten ansatt.



Figur 1. Den nye organisasjonsmodellen i etaten

Innkjøringen av den nye organisasjonsmodellen har vært svært utfordrende, og det har vært mye frustrasjon på grunn av opplevd uklarhet rundt ansvar og oppgaver. Det er heller ikke å legge skjul på at flere har vært uenige med denne typen organisering.

Prosjektet *Kvalitet og Nivå* hadde som nevnt anbefalt at man burde sette brukeren i fokus og styrke kvaliteten på tjenestene gjennom kontinuerlige kvalitetsforbedringer. Det ble derfor besluttet å starte opp et læringsnettverk i prosessforbedring, ledet av Stiftelsen GRUK.

Stiftelsen GRUK – Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten – arbeider for å utvikle metoder for å forbedre tjenestene pasientene mottar, og lærer opp ledere og medarbeidere til å ta disse metodene i bruk. Prosessforbedring er en metode som opprinnelig kommer fra næringslivet, men som GRUK har tilpasset til ulike deler av helsetjenesten. GRUK har erfaring med metoden fra psykiatriske og somatiske sykehus, i forhold til medikamenthåndtering på tvers av etater i kommuner, og på tvers av den akuttmedisinske kjeden. Når det gjelder kommunehelse-tjenesten for øvrig, har GRUK tidligere bare vært inne i en kommune. De ansatte i pleie og omsorgstjenesten i Hurdal må derfor sies å være pionerer i forhold til å ta i bruk prosessforbedring, og dette prosjektet har gitt mange viktige erfaringer.

Som en innledning til prosjektet med prosessforbedring ledet GRUK et seminar hvor alle de ansatte i pleie og omsorgsetaten deltok, og hvor temaet var *organisasjonens historie*. Hensikten med dette var å få fram hvor mangfoldig historien deres er, øke forståelsen for hverandre og utvikle en felles plattform. Videre var det viktig å få fram hva man kunne lære av hendelsene, få hjelp til å legge noe bak seg og bygge videre på det som var positivt.

Det kom tydelig fram at den ustabile ledelsen og negative oppmerksomheten har gitt grobunn for mye intern misnøye. Mange hadde opplevd seg uthengt i media på en urettferdig måte og hadde behov for å bearbeide dette og legge det bak seg. Samtidig kom det fram mye positivt samhold.

Seminarer viste at personalet hadde

- behov for stabilitet og forutsigbarhet
- behov for å styrke selvtillit, fellesskap, samhold og helse
- et ønske om å få fram alt det flotte de gjør
- mange flotte medarbeidere som ønsker å gjøre en god jobb sammen
- et ønske om veiledning og kurs

De ansatte opplevde seminaret som viktig og positivt. Videre ga seminaret verdifull innsikt både for den nyansatte pleie- og omsorgssjefen, Torge Øverli, og for GRUKs prosjektleder Trulte Kongsmo.

1.2. Hensikt og mål

Hensikten med læringsnettverket i prosessforbedring var å lære personalet å drive systematiske og kontinuerlige kvalitetsforbedringer for å heve kvaliteten i alle ledd i tjenesteproduksjonen. Ledergruppa i pleie og omsorgsetaten består av alle gruppelederne, samt pleie- og omsorgssjefen. De utdypet hensikten slik i sin handlingsplan:

Vi skal med brukerne i fokus kartlegge, forbedre og måle effekten av forbedringer på viktige arbeidsprosesser i pleie- og omsorgsetaten, slik at:

- brukere og medarbeidere opplever at tjenestetilbudet forbedres

- det blir satt et faglig forsvarlig tjenestenivå som er realistisk i forhold til de ressurser som er tilgjengelig
- politikerne opplever at krav og retningslinjer overholdes innenfor gjeldene økonomiske rammer

Ledergruppa satte videre fokus på viktige elementer som måtte følge forbedringsarbeidet. Et sett med fremgangsfaktorer ble utarbeidet:

For å lykkes med prosessforbedring i pleie- og omsorgsetaten skal arbeidet kjennetegnes ved:

- involvering
- kompetanse
- dedikert tid til forbedringsarbeidet
- kommunikasjon

Innen 31.12.2004 skulle man nå følgende mål:

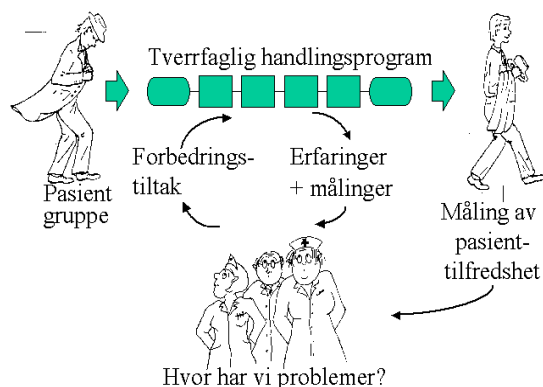
Tjenesten preges av helhetlige vurderinger, brukermedvirkning og forebyggende tiltak

Innen 1.6.2003 skulle man ha kartlagt og forbedret prioriterte arbeidsprosesser.

1.3. Prosessforbedring

Fokus i prosessforbedring er oftest de prosessene beboere / pasienter gjennomgår når de mottar ytelse. Det vanligste er å forbedre prosessene som en pasientgruppe mottar, men man kan også bruke metoden på *individnivå* for å forbedre tilbudet til en enkelt pasient. Man kan begrense seg til å se på en liten del av en slik prosess (for eksempel aktivisering) eller man kan se på hele behandlingstilbudet pasienter mottar, på tvers av tjenestestedet og etater. Og endelig kan man bruke prosessforbedring til å forbedre indirekte arbeidsprosesser (støtteprosesser), slik som dokumentasjon eller ledelse.

Forbedringsarbeidet drives av de som er ansvarlige for det tilbudet pasienten mottar, i tråd med prinsipper om kvalitetsledelse. De velger selv hvilken prosess de vil forbedre og setter mål for arbeidet. Deretter avdekker de den praktiske kunnskapen som finnes mer eller mindre eksplisitt og systematisk, ved å tegne et *flytskjema* hvor alle aktivitetene i prosessen framgår. Personalets erfaringer gjør at de vet mye om hvor i prosessen de har forbedringsmuligheter. De områdene de ut fra erfaring vet kan være problematiske, kan undersøkes ved at de gjør forskjellige målinger. Det kan for eksempel være *programoppfyllelse*, det vil si i hvilken grad de aktivitetene som prosessen skal bestå av virkelig følges opp i praksis. Andre vanlige målinger er ulike former for tidsmålinger, målinger av pasienttilfredshet, måling av behandlingsaktivitet eller ikke ønskede hendelser som for eksempel uro. På bakgrunn av disse dataene iverksetter de forbedringstiltak, som de igjen måler - og dermed dokumenterer - effekten av. Se figur 2.



Figur 2:
Prosessforbedring

Målet med prosessforbedring er å forbedre ulike sider ved kvaliteten. Verdens helseorganisasjon definerer *kvalitet* som høy faglig standard, minst mulig skader og bivirkninger, høy pasienttilfredshet, god tilgjengelighet og kontinuitet i tjenesten, samt god ressursutnyttelse. Statens helsetilsyn legger til enda en dimensjon; at ressursene skal fordeles rettfærdig. Det er viktig at alle disse dimensjonene ivaretas. Det hjelper ikke å bedre en av disse, hvis kvaliteten på en annen blir dårligere.

1.4. Læringsnettverket i Hurdal

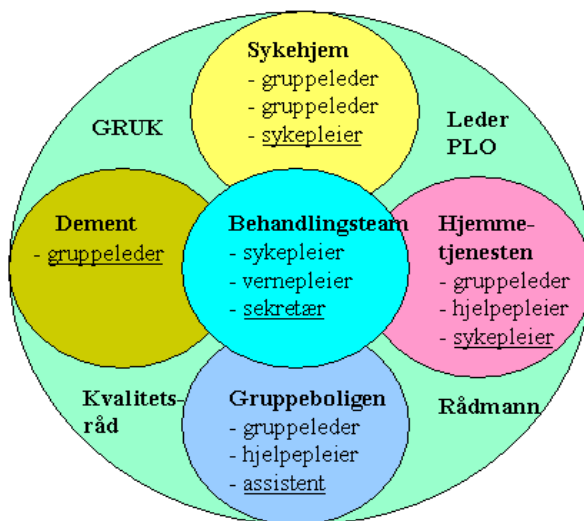
Prosjektet startet med at pleie- og omsorgsjefen forankret prosjektet i Hurdal kommune og i egen ledergruppe. Hele prosjektet ble presentert for rådmannen som mente dette var et godt initiativ for å bedre kvaliteten i etaten. Likeledes ble prosjektet forankret i ledergruppa. Flere i ledergruppa følte at prosjektet kom litt tidlig, det var mange nye ledere og mye som skulle på plass i den nye organisasjonen. Samtidig lå det krav om kostnadsreduksjoner over etaten. Pleie- og omsorgsjefen vurderte allikevel at det var riktig å starte i april, slik at man kom i gang før sommeren. Han mente dette ville gi de ansatte en positiv opplevelse av å kunne forbedre, selv om kostnadene skulle reduseres. I tillegg var alle avvikene fra fylkeslegen med på å sette fortgang i prosessen. I ettertid ser pleie- og omsorgssjefen at organisasjonens endringskapasitet ble overskredet.

Opplæringen og veiledningen av de ansatte i prosessforbedring har foregått gjennom et læringsnettverk. Det ble besluttet av følgende enheter skulle delta i nettverket:

- Sykehjemsavdelingene
- Botilbud for demente
- Botilbud for funksjonshemmede
- Hjemmetjenestene
- Sykepleieteamet

Fra hver enhet ble det opprettet *en troika*, som i utgangspunktet skulle bestå av gruppelederen og to medarbeidere, hvorav en fikk ansvar som *tilrettelegger*. For å sørge for at forbedringene ble faglig forsvarlige, ble den andre medarbeideren i troikaen hentet fra sykepleieteamet. Det har vært mye turbulens og mange problemer knyttet til denne sammensetningen. Det skyldes til dels

sykefravær og endringer i personalsammensetninger. Dessuten viste det seg at to av gruppene (botilbud for demente og botilbud for funksjonshemmede) valgte forbedringsområder hvor det ikke var nødvendig å ha med sykepleiere. Det var da lite hensiktsmessig å ha sykepleiere med i disse gruppene. Gruppen fra hjemmetjenesten besto i utgangspunktet av både hjemmehjelpere og hjemmesykepleiere. Siden de valgte et forbedringsområde som bare angikk hjemmesykepleierne, var det ikke naturlig å ha med hjemmehjelperne allikevel.



Figur 2. Den endelige sammensetningen av læringsnettverket. Tilretteleggerne er understreket.

Pleie og omsorgssjefen satte av midler til å leie inn vikarer, slik at tilretteleggerne kunne frikjøpes ½ -1 dag i uka for å gjøre målinger, skrivarbeid osv. De øvrige medarbeiderne har blitt involvert gjennom personalmøter og internundervisning.

Når det gjelder *ledelse av læringsnettverket*, har dette foregått i et nært samarbeid mellom prosjektleder Trulte Konsmo i GRUK og pleie- og omsorgssjef Torge Øverli. Pleie og omsorgssjefen hadde erfaring med prosessforbedring og veiledning fra sin tidligere arbeidsgiver, Telenor. Dette har gjort at han har kunnet være ansvarlig for gjennomføringen av flere samlinger. På denne måten har etaten fått utnyttet egne ressurser mest mulig og det har også bidratt til en god forankring.

Kvalitetsrådgiver Gudny Fløttum fra Fylkeslegen i Akershus har også deltatt på de fleste samlingene. Fordi pleie og omsorgssjefen i Hurdal er ingeniør og ikke sykepleier, har det vært ekstra verdifullt å ha kvalitetsrådgiveren med for å sørge for at det faglige skulle bli ivaretatt på en forsvarlig måte. Hun har bidratt med verdifull kunnskap om lover, retningslinjer med mer, samtidig som hun har lært å veilede i prosessforbedring. I tillegg har en medarbeider til fra GRUK, lege Michael de Vibe, også deltatt på et par samlinger.

Opplæringen i læringsnettverket har vart i 15 måneder, og i løpet av denne tiden har deltakerne forbedret minst en sentral prosess i sin egen praksis og har dokumentert resultatene. Veiledningsformen i læringsnettverket har vekslet mellom plenum / gruppe / individuell. Læringsnettverket har skapt en ny felles area hvor man har kunnet lære av hverandre på tvers av enhetene og dette har bidratt til å bedre samarbeidet mellom tjenestene.

Følgende aktiviteter har inngått i læringsnettverket:

Oppstartseminar: Her ble det gjennomgått teori om prosessforbedring og troikaene begynte på arbeidet med å velge prosess og kartlegge den i flyskjemaer. Oppstartseminaret foregår vanligvis over to dager med en ukes mellomrom, men av økonomiske årsaker ble det her skåret ned til bare en dag. Dette gjorde at oppstarten ble mer frustrerende enn nødvendig, og at man kom langsommere i gang. En del av frustrasjonene var rettet mot uklarheter i forhold til roller, noe som dels hang sammen med den nye organisasjonsmodellen.

Opplæring i data for tilretteleggerne ble gitt av pleie- og omsorgssjefen og en sekretær. Vi erfarte at det var en stor terskel for mange av tilretteleggerne å lære seg dette, og ser i ettertid at denne opplæringen skulle vært mer grundig.

En måned etter opplæringsseminaret hadde vi det første av 4 *erfaringsseminarer*. Her la troikaene fram sitt arbeid og fikk tilbakemelding og veiledning på dette.

Måneden etter det første erfaringsseminaret ble det første *veiledningsseminaret* for tilretteleggerne avholdt. På disse samlingene har det blitt undervist og veiledet i utvikling av måleverktøy og bruk av disse. Det har til sammen vært avholdt 4 slike veiledningsseminarer.

Hver troika ble anbefalt å ha *ukentlige møter* à ½ time, men dette har det vært vanskelig å gjennomføre i praksis, pga turnusarbeid, stort arbeidspress, sykdom osv. I praksis har de derfor heller hatt lengre møter sjeldnere.

Tilretteleggerne har også hatt tilbud om *individuell veiledning* 3 ganger i måneden over telefon / e-mail med prosjektleder. Dette har det også vært problemer med å få til av samme grunner som over, noe som har bidratt til at vi har forlenget prosjektperioden fra 12 til 15 måneder.

Hver troika fikk også et ekstra veiledningsmøte med GRUK, for å inspirere til sterkere innsats. Dette ble svært godt mottatt. PU-boligen fikk ikke dette tilbudet, fordi de hele tiden har arbeidet på en forbilledlig måte, mye takket være en spesielt engasjert tilrettelegger.

Pleie og omsorgssjefen har satt prosessforbedring på dagsorden i alle sammenhenger det har vært mulig:

- Rådmann ble involvert i oppstarten av prosjektet
- Det rapporteres månedlig om framdriften i rådmannens ledergruppe
- Gruppelederne har rapportert hvordan det går på *ledermøtene* en gang i måneden
- Fremdrift, resultater og utfordringer har blitt presentert på allmøtene.

Læringsnettverket ble avsluttet med en *sluttkonferanse*, hvor erfaringene og resultatene som blir omtalt i denne rapporten ble lagt fram. Etter at læringsnettverket nå er avsluttet, er pleie- og omsorgsetaten i Hurdal i stand til å forbedre nye prosesser i sin virksomhet på egen hånd.

2.0. BEDRE TILBUD FOR BEBOERNE

Ved assistent og tilrettelegger Gerd S. Holtet

2.1. Botilbud for funksjonshemmede

Gruppeboligen for funksjonshemmede i Hurdal kommune ble innviet i 1992, og har for tiden to mannlige beboere på henholdsvis 47 og 57 år. Da prosessarbeidet startet opp våren 2002 var det også en kvinnelig beboer der, som døde desember samme år. Beboerne har hver sin leilighet, i tillegg til at de har en felles stue. Gruppeboligen har også ansvaret for en mannlig og en kvinnelig beboer i omsorgsboligene på Helsetunet, som ligger et par hundre meter fra gruppeboligen. Beboerne har svært forskjellig funksjonsnivå og alder.

Det er i dag ansatt 1 avdelingsleder og 3 hjelpepleiere i fulle stillinger, samt 16 hjelpepleiere / assistenter i deltidstillinger. Til sammen utgjør dette 10 årsverk i avdeling for funksjonshemmede. Da prosessforbedringsarbeidet begynte var det 12 årsverk der. Vi har redusert med 2 - 2,5 årsverk i denne perioden, på grunn av innsparinger og dårlig økonomi i kommunen.

2.2. Organisering av forbedringsarbeidet

Troikaen for gruppeboligen har bestått av gruppeleder Anne-Grethe Andreassen, hjelpepleier Berit Bærland og tilrettelegger / assistent Gerd S. Holtet. Det har vært lagt stor vekt på å involvere alle berørte parter underveis i hele prosessen; både medarbeidere og beboere. I løpet av det året forbedringsprosessen har foregått har vi hatt fortløpende møter i troikaen, almannamøter med personalet, personalmøter om den enkelte beboer og møter med særkontakene. Tilrettelegger har videre deltatt på et ansvarsgruppemøte. Det har også vært samtaler underveis med beboerne om deres ønsker i forbindelse med forbedringsarbeidet.

På personalrommet ble det tidlig hengt opp ei korktavle med fortløpende informasjoner fra forbedringsarbeidet, slik at alle kunne følge med på hva som foregikk. Ei forslagskasse ble også hengt opp, så alle fikk muligheter til å komme med innspill. På personal- og beboermøter er det vanligvis 4-6 ansatte til stede og alle andre må følge med sjøl og sørge for å være oppdaterte. Det har vært opp til hver enkelt ansatt å lese på informasjonstavla og holde seg orientert, og alle har nok ikke fått med seg alt. Likevel må vi si at det har vært stor aktivitet og en positiv holdning hos de ansatte til prosjektet.

2.3. Begrunnelse for valg av prosess

Våren 2001 ble Huldrehaugen dagsenter nedlagt for å spare penger, og høsten 2001 mistet den ene beboeren på Gruppeboligen jobben sin av samme grunn. At beboerne ikke lenger hadde noe dagtilbud eller jobb å gå til, skapte misnøye og frustrasjon både blant beboere og ansatte. Da prosessforbedringsarbeidet kom i gang våren 2002 var det ikke vanskelig å velge hva vi ønsket å forbedre. Allerede på opplæringsseminaret ble vi enige om at vi ønsket å jobbe med å forbedre dagtilbudet for beboerne. I og med at våre beboere fungerer svært forskjellig, måtte det bli en individuell dagsplan tilpasset evner, interesser og nivå.

Vi har innhentet informert samtykke fra hjelpeverger og pårørende til å offentliggjøre beskrivelsen av vårt forbedringsarbeid i denne rapporten, fordi det inneholder mange personopplysninger om den enkelte (se vedlegg 1). Vi er glade for at de har samtykket til at våre erfaringer kan sprees, og forhåpentligvis inspirere andre til å gjøre tilsvarende forbedringsarbeid. Det første vi gjorde var å innkalle til allmannamøte på boligen og informere der om hva GRUK er, hvilke troikaer som var opprettet og hva vi hadde valgt som satsingsområde. Det var full oppslutning i personalgruppa om å bedre dagtilbudet for beboerne våre. Alle ønsket å få inn aktiviteter på Gruppeboligen som vi hadde hatt på dagsenteret før. For den beboeren som hadde mistet arbeidet, skulle vi jobbe for å skaffe ham noen aktiviteter som lignet på arbeid og i beste fall var et arbeid.

For den andre beboeren ønsket vi å tilby aktiviteter som vi visste han hadde jobbet bra med på dagsenteret før, og som vi så og han sa han hadde interesse for.

Når det gjaldt den kvinnelige beboerne som døde i desember, ble det gjort forbedringer for å gi henne mer omsorg og stimulering. Vi har imidlertid valgt å ikke omtale dette i rapporten.

Nærpersonen/hjelpevergen til den kvinnelige beboeren på Helsetunet ønsket ingen aktiviteter for henne på dagtid, på grunn av hennes høye alder. Vi laget et flytskjema som viste aktivitetene i løpet av dagen for henne, uten at vi gjorde forandringer på det. Den andre mannlige beboeren på Helsetunet har mye stell og pleie i hverdagen, så for ham ble det også laget nytt flytskjema uten noen vesentlige forandringer.

2.4. Mål for forbedringsarbeidet

Hovedmålet for arbeidet var å forbedre dagtilbudet til beboerne på Gruppeboligen.

Dette skulle igjen bidra til

- å øke beboernes livskvalitet
- å gi dem en meningsfull hverdag
- å gi dem forutsigbarhet i hverdagen
- få dem til å føle av de er verdifulle
- øke deres egenverd og status

Siden vi har arbeidet på individnivå, har vi også formulert mål for den enkelte beboer. Disse vil bli omtalt i beskrivelsen av forbedringsarbeidet for hver beboer.

2.5. Beboer Ole

Ole er 47 år og har bodd i egen leilighet i Gruppeboligen i 10 år. Han jobbet tidligere på en vernet bedrift i en annen kommune, men mistet jobben sin høsten 2001 på grunn av besparelser. Det å ikke ha et arbeid å reise til hver dag gjorde Ole frustrert og skuffet. Han liker å ha mye å gjøre og forutsigbarhet i hverdagen er viktig for ham. Han trenger å ha oversikt over planer og aktiviteter for hver dag og hele uka. Har han ikke det, blir han urolig og masete. Dessuten er det status for ham å ha arbeid på lik linje med andre mennesker. Sosialt fungerer han svært godt, så det er svært viktig for ham å komme bort fra boligen og treffe andre mennesker.

2.5.1. Mål

I tillegg til målene som er omtalt i punkt 2.4, ønsket vi at Ole skal bli mer konsentrert, avslappet blid og fornøyd gjennom at han fikk et bedre dagtilbud.

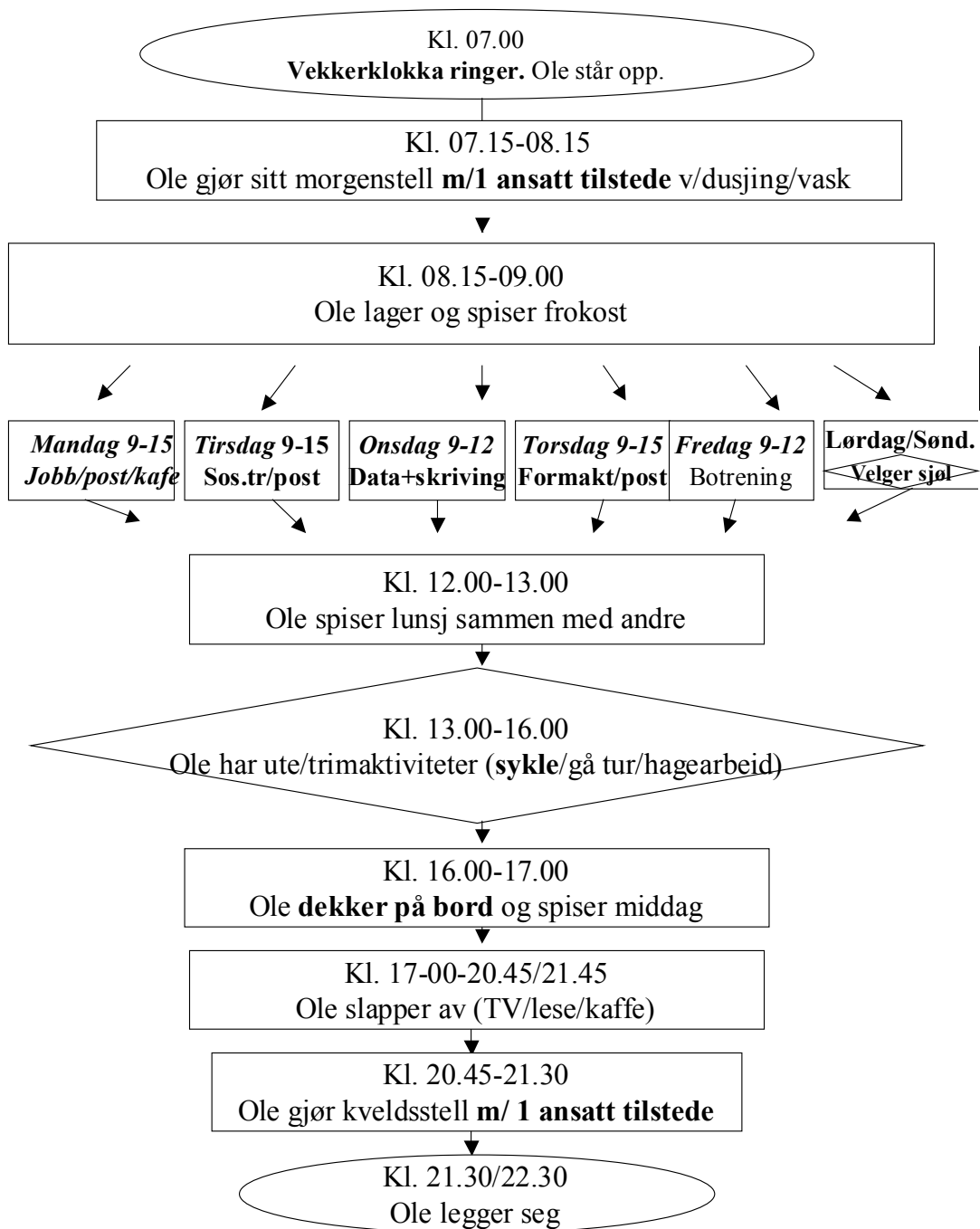
2.5.2. Oles dag før og nå

Vi tegnet et flytskjema som viste hvordan dagen så ut i utgangspunktet for Ole. Deretter gikk vi gjennom de ulike boksene med aktiviteter for å se hvordan vi kunne forbedre dagen hans, slik at han ble mer konsentrert, avslappet blid og fornøyd. Alle de ansatte ble oppfordret til å komme med ideer til dette i forslagskassa. Deretter hadde vi møte med Oles særkontakt, hvor vi plukket ut de aktivitetene vi mente Ole hadde interesse for. Vi har også snakket med Ole om dette. Endringene ble satt inn i det opprinnelige flytskjemaet med uthevet skrift. Dette flytskjemaet ble hengt opp i leiligheten hans. Se figur 4.

2.5.3. Tiltak

- For å styrke Oles egenomsorg fikk han egen vekkeklokke. Han står opp når vekkeklokka ringer nesten hver dag. Noen ganger sover han veldig godt og må vekkes.
- Han har fått en ansatt tilstede i morgenstellet og kveldsstellet. Ole trenger å forbedre sin personlige hygiene, og om morgenen og kvelden hjelper en ansatt han med å lære å vaske seg godt.
- Ole trener på å lage frokost selv. Han trenger av og til hjelp til å lage havrevelling. Han har fått en oppskrift på dette som han trener på.
- Hver morgen v/frokosten samtaler vi med Ole om dagens plan og forteller ham hvem som er på jobb den dagen. Ole liker å vite hvem han skal være sammen med den dagen og han må ha oversikt over dagen sin for å være trygg. Alt som er ukjent kan oppleves utrygt. Ved frokosten blir det ellers snakket om det Ole ønsker å samtale om. Det kan være noe han har sett på TV eller noe han har opplevd ellers.
- Hver mandag har Ole fått jobb som vaktmesterlærling på gruppeboligen. For å få til dette har vi omprioritert ressursene, slik at Ole får en egen person til å lære seg opp i vaktmesterjobben sin.
- Ole har også fått jobb med å gå med den interne posten i kommunen. Han har vært på ansettelsesintervju med pleie- og omsorgsjefen, og han går til Rådhuset 3 ganger i uka. Ole har fått arbeidsavtale og nå er det også på tale at han skal få betalt for denne jobben. Dessuten er det ønske fra administrasjonen i kommunen om å utvide jobben.
- Han deltar også mer aktivt i å dekke bord.

Den nye dagsplanen ble iverksatt fra 01.11.02



Figur 4: Oles dag før forbedringene og etter. Endringene er markert med uthevet skrift

2.5.4. Registreringer

For å måle om Ole ble mer konsentrert, avslappet, blid og fornøyd, bestemte vi å registrere følgende tegn på dette:

- gjentatte mas om det samme, for eksempel at han gjentar et spørsmål mange ganger.
- antall stopp i handlinger. Tegn på dette er at han blir ukonsentrert, stopper opp og ser i taket lenge.
- om han er positiv og blid, er i godt humør og virker fornøyd.
- om han er rolig og konsentrerer seg om det han skal gjøre.

Vi skulle gjennomføre disse målingene en time om morgenen og en time under lunsj. Vi bestemte at vi ville måle dette før den nye dagsplanen ble iverksatt og i to tilsvarende perioder etter iverksettelsen.

Det ble laget en nøye detaljert oppskrift på hvordan registreringene skulle gjøres. Den som var på vakt registrerte, derfor ble mange ansatte involvert. Vi registrerte i 2 uker a 2 dager i 3 perioder, 1 periode før den nye dagsplanen ble iverkstatt og 2 perioder etter.

2.5.5. Resultater

	Førstatus Okt.2002	Kortsiktig mål.febr.03	Oppnådd febr.03	Langsiktig mål april 03	Oppnådd april 03
Antall gjentakelser	25	15	6	10	2
Antall stopp i handling	17	10	5	5	1
Positiv – ja	75%	80%	100%	90%	100%
Rolig	60%	80%	81%	90%	100%

Som det framgår av tabellen gjentok Ole seg selv 25 ganger og stoppet opp 17 ganger i løpet av den første registreringsperioden. Han var positiv 75% av tiden og virket rolig 60% av tiden. Ut fra dette satte vi kortsiktige og langsiktige mål. Resultatene viser at Ole har nådd målingene med god margin! Ved den siste måleperioden virker han mye mer konsentrert; gjentakelsene er helt nede på 2 og han stoppet bare opp en gang med det han drev på med. Han virket også positiv og rolig hele tiden.

Ole selv bekrefter at han liker de endringene som er foretatt. Han kaller mandagen for sin dag og at han gleder seg til disse dagene. Det er vaktmesterdagen som han skal læres opp til å gjøre vaktmestertjenester, i første omgang på Gruppeboligen. Det er den eneste dagen i uka han er alene sammen med en ansatt. Jobben med å gå med internpost i kommunen er også veldig viktig for Ole, og han forteller alle han møter om den.

De andre dagene er mer strukturerte enn før og han følger dagsplanen til punkt og prikke sjøl. Dette gir ham trygghet og forutsigbarhet i hverdagen.

De ansatte sier det er morsomt å jobbe med Ole mandager, og at han er arbeids- og lærevillig. Det har blitt gitt mange positive tilbakemeldinger på at de ansatte synes Ole gjør en ekstra innsats når han er vaktmester. Særkontakten synes også Ole har stort utbytte og glede av dette. Også hjelpevergen er glad for de endringene som har skjedd.

2.6. Beboer Per

Per bor også i egen leilighet i Gruppeboligen. Han er 57 år og har vært utsatt for en ulykke som ødela balanse- og gangfunksjon hans. Han har hjerneskade, men har bevart mye språk som han i perioder ikke brukte stort. Per er tung å få i gang og trenger mye motivering og positive tilbakemeldinger for å gjøre en innsats. Han kan være lite aktiv og stillesittende, men har mange interesser. Det er vanskelig for Per å sette i gang med en aktivitet eller handling på egen hånd. Per bruker rullator når han går. Han må trene jevnlig for å opprettholde gangfunksjonen sin. Per liker å komme seg ut og se på biler, mennesker og dyr. Spesielt er han glad i å gå på kafè og fiske.

2.6.1. Mål

I tillegg til de målene vi har beskrevet i punkt 2.4, satte vi som mål for forbedringsarbeidet med Pers dagsplan at han skulle bli mer sjølstendig, blid og aktiv i forhold til aktiviteter

2.6.2. Pers dag før og nå

På samme måte som for Ole, ble aktivitetene i Pers dag tegnet i et flytskjema. De ansatte kom med ideer til forbedringer, som i samarbeid med særkontakten ble bygget inn i flytskjemaet. Se figur 5.

2.6.3. Tiltak

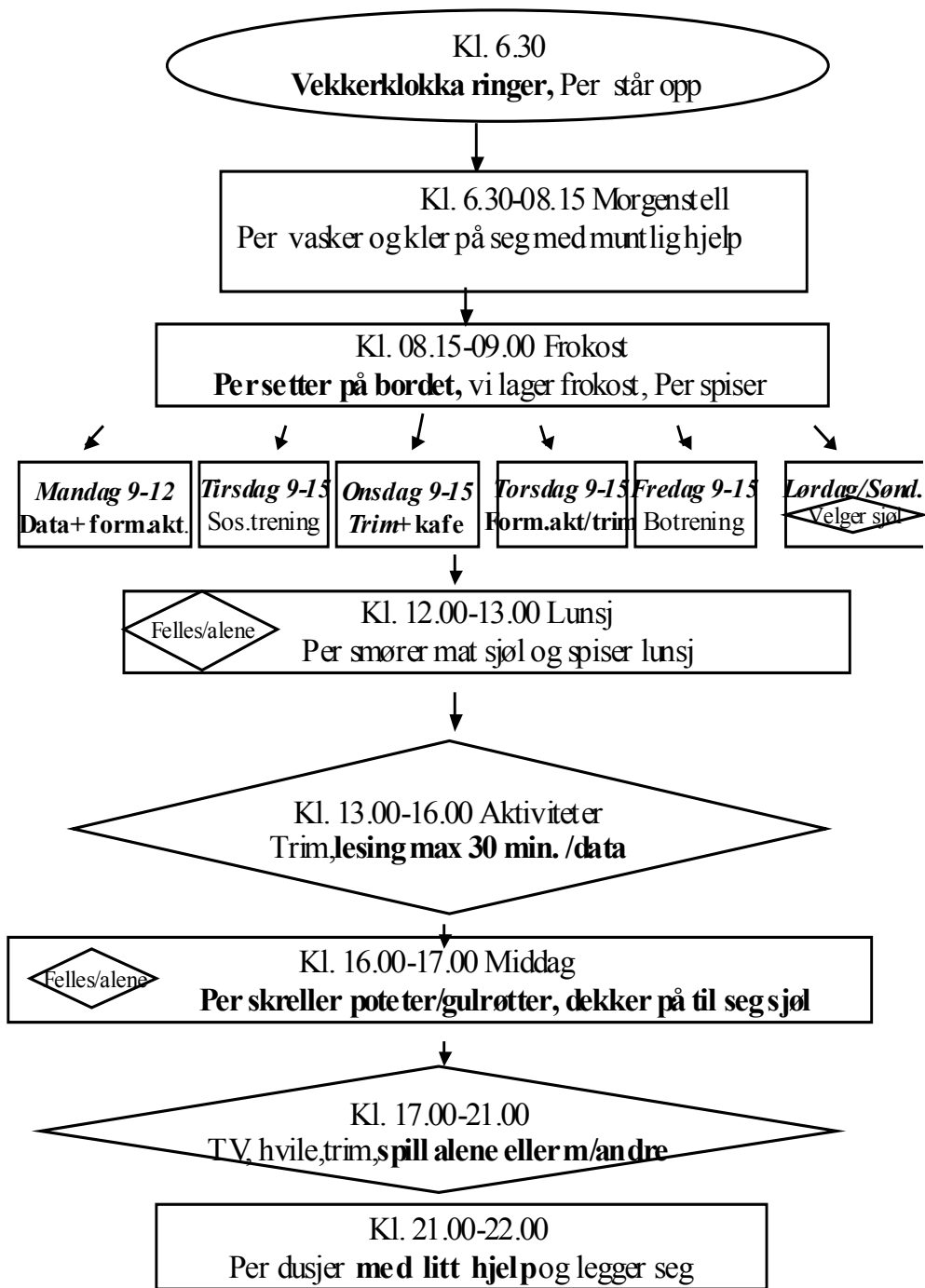
Per har fått vekkeklokke og er nå blitt ansvarlig for å stå opp selv om morgenen. Han hjelper til med å dekke på bordet til måltidene og lage middag. Han har blitt flink til å dekke på bordet til seg selv om morgenen etter at vi har satt fram maten på benken til ham. Han setter det også videre på bordet der han spiser. Han velger selv om han vil spise lunsj og middag alene eller sammen med de andre, og oftest foretrekker han å spise sammen med andre. Å skrelle poteter og gulrøtter tar veldig lang tid, så dette blir ofte prioritert bort, fordi han heller ønsker å delta på trim.

Vi legger til rette for at han kan velge hvilke aktiviteter han vil drive med, ved at vi legger fram 4-5 ulike aktiviteter synlig i stua og oppfordrer Per til å ta initiativ sjøl. Dette kan for eksempel være håndarbeid, spille eller skrive på data, tegnesaker og puslespill. Noen ganger forteller vi ham muntlig hvilke muligheter han har og han tar alltid et valg.

Hver onsdag har vi nå prioritert at Per skal få ha med seg en egen ansatt til å komme seg på kafè eller på utflukt.

Mandager og torsdager deltar han i formingsaktiviteter eller på trim.

Når det gjelder lesing og leking foran dataskjermen, begrenses det til ½ time om dagen. Setter han seg først ned med aviser/reklame blir han ellers sittende der lenge og det er vanskelig for ham å bytte aktivitet.



Figur 5: Pers dag før forbedringene og etter. Endringene er merket med uthevet skrift.

2.6.4. Registreringer

For å måle om endringene førte til at Per ble mer sjølstendig, blid og aktiv, bestemte vi oss for å registrere hvor mange ganger han tok initiativ til å begynne med en aktivitet. Alle aktivitetene lå framme i stua og vi ba ham velge sjøl. Deretter gikk vi ut av stua og kom inn igjen etter ca. 10-15 minutter. Vi registrerte om han hadde gått bort til en av aktivitetene og om han hadde begynt å arbeide. Vi spurte om han ønsket å fortsette eller velge ny aktivitet. Vi merket med en gang om han var positiv og blid i måten han svarte på.

Vi registrerte dette over en periode i oktober for å kartlegge hvordan dette var før den nye planen ble iverksatt. Vi registrerte i 2 uker a 2 dager, 1 time om formiddagen og 1 time om ettermiddagen. 2 slike perioder ble gjennomført etter at den nye dagsplanen ble satt i gang.

2.6.5. Resultater

Også for Per viser målingene at den nye dagsplanen er en forbedring. Han tar mer initiativ og er mer positiv enn tidligere.

	Førstatus Okt. 02	Kortsiktig mål febr.03	Oppnådd febr.03	Langsiktig mål april 03	Oppnådd april 03
Initiativ	74%	80%	100%	90 %	87%
Positive svar	77%	85%	100%	90%	97%

Per selv sier ikke så mye om selve endringene, men han er blid og i godt humør etter å vært ute og handlet eller spist på kafé på onsdager. Det er den dagen han har en ansatt sammen med seg hele dagen. Han har blant annet vært på Gardermoen flyplass og sett seg om, og slike utflukter er veldig populære. Da kommer språket og fortellerlysten fram. Inntrykk utenfor boligen sitter godt, selv om vi vet at han vanligvis har dårlig korttids hukommelse. Ansatte sier han skjærper seg mer ute blant folk enn når han er i boligen.

Per tar også mer initiativ nå enn før. Plutselig kan han finne på å gjøre noe som vi blir overrasket over. En dag så vi ham gå raskt langt bortover plenen for å samle opp posten som hadde blåst av gårde. Det var mye strev før alt var samlet sammen igjen. Initiativene har økt dette året og i registrerings-periodene var han svært aktiv. Særkontaktene og andre ansatte synes han er hyggelig å være sammen med for tiden, fordi han er så blid og positiv. Dessuten har han blitt flinkere til å ta valg og gi uttrykk for hva han liker og ikke liker. Språket har også kommet mer etter hvert.

2.7. Læringsutbytte – innsikter

Som nevnt innledningsvis har det vært flere runder med nedskjæringer i løpet av den tiden dette forbedringsarbeidet har foregått. Til tross for at vi har mistet 2-2,5 årsverk, har vi klart å gi beboerne våre et bedre tilbud. Det synes vi er flott! Vi som er ansatt ved gruppeboligen har blitt mer bevisste på hva som skal prioriteres ved nedskjæringer. Vi har blitt flinkere til å se hva som virkelig betyr noe, og hva vi kan skjære ned på. Vi har prioritert å bruke tiden mest mulig direkte sammen med beboerne, og heller la vasking av bolig komme i andre rekke.

Vi har også blitt mer bevisste på å tilrettelegge for at beboerne kan ta egne initiativ, og vi har sett at dette har store konsekvenser.

Ansatte er blitt mer opptatt av hensikten med det vi gjør, og det gjenspeiles i hva vi kaller det. Ett eksempel på det er at når vi er på kafé med beboerne er det egentlig sosial trening, hvor beboeren blant annet skal lære å spise pent eller snakke.

Vi har sett at når vi har tettere oppfølging på en beboer, har det resultert i mer bruk av språket. Tettere oppfølging har også bidratt til at beboerne og ansatte har vært mer fornøyd de dagene dette skjer.

Ved registrering og tilrettelegging har gamle myter blitt avlivet. Per har gått for å være lat og mangle interesser. Det ser ikke slik ut i dag.

Involvering av alle medarbeiderne i forbedringsarbeidet har vært nødvendig for å få til et godt resultat.

Prosessforbedringsarbeidet har vært noe positivt å ta tak i en tung nedskjæringsperiode.

2.8. Veien videre

I begynnelsen av neste år skal det ny beboer inn på Gruppeboligen. Vi vil kartlegge og forbedre hans dag på samme måte som vi har beskrevet her. Regelmessig evaluering av flytskjemaene bør stå på sakslista på beboermøtene.

Dette arbeidet bør bli et godt utgangspunkt for skriving av individuelle planer.

3.0. RIKTIGERE OG RASKERE SAKSGANG I TILDELING AV TJENESTER

Av sekretær og tilrettelegger Grete Halvorsen

3.1. Sykepleieteamet

Sykepleieteamet har sykepleierfaglig ansvar hele døgnet for sykehjemmet, samt ansvar for dag og kveld for hjemmebaserte tjenester. Det er vårt ansvar å behandle søknader om tildeling av tjenester som skal opp på tiltaksmøte.

Sykepleieteamet var opprinnelig tenkt sammensatt av ergoterapeut, fysioterapeut, psykiatrisk sykepleier, lege og teamkoordinator for sykepleierne, men fungerer per dags dato som sykepleierteam. Teamet består av teamkoordinator som har 80% stilling, sykepleiere og en vernepleier, til sammen 7,6 årsverk. Teamkoordinator har vært sykemeldt i over et halv år. Vernepleier har fungert som leder i 4 måneder, men innehar ikke denne stillingen nå. Det betyr at teamet for tiden er uten leder. Det er per dags dato flere sykmeldte, det vil si at vi mangler 3,25 årsverk. Bemanningsproblemet forsøkes nå løst med innleie av sykepleiere fra vikarbyrå.

3.2. Organisering av forbedringsarbeidet

Sykemeldinger og turbulens i den nye organisasjonsmodellen har gjenspeilet seg i troikaen her også: En av de opprinnelige deltakerne ble overflyttet til en annen troika, teamkoordinator har vært sykemeldt et halvt år, den opprinnelige tilretteleggeren, sykepleier Synnøve W. Morten trakk seg tidlig fra denne funksjonen på grunn av stort arbeidspress, men har allikevel deltatt i troikaen. Tilretteleggerfunksjonen har vært ivaretatt av sekretær Grete Halvorsen fra august. I tillegg har vernepleier Bjørg Foss også deltatt i denne troikaen.

Sykdom hos leder og andre ansatte i sykepleieteamet har vært et uheldig utgangspunkt for denne troikaens arbeid.

3.3. Begrunnelse for valg av prosess

Sykepleieteamet har som nevnt ansvar for å behandle søknader om tildeling av tjenester i den nye organisasjonsmodellen. Dette er en sentral prosess for vårt team, hvor vi hadde tydelig behov for å forbedre oss. Prosessen ble valgt på grunn av mangel på struktur ved tildeling av tjenester og rutiner for å fange opp henvendelser og søknader. Det var tilfeldig hvem som fanget opp behovet, hvilken måte behovene ble meldt på og hvem som mottok henvendelsene. Dette hadde uheldige konsekvenser; pasientene fikk ikke alltid den hjelpen de hadde krav på og det var lang og varierende saksbehandlingstid. Det var behov for å sikre at alle søknader ble registrert og vi erfarte at noen søknader rett og slett kom på avveie. Det skapte frustrasjon innad i teamet at vi ikke klarte å ha oversikt over de enkelte sakene, fordi saksgangen varierte.

3.4. Mål for forbedringsarbeidet

Hovedmålet vårt for forbedringsarbeidet har vært at Brukerne skal sikres nødvendige PLO-tjenester gjennom profesjonell saksbehandling på sin søknad om tildeling av tjenester.

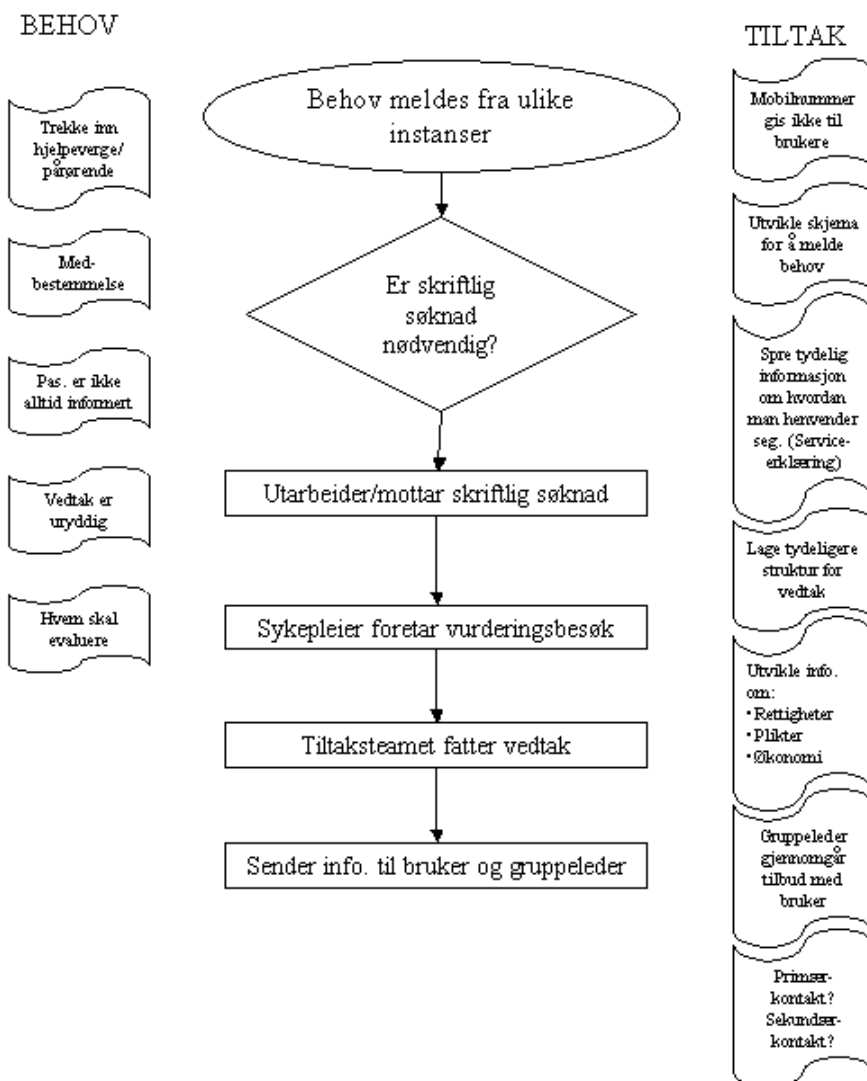
Vi ønsket at dette skulle forbedre kvaliteten på flere måter for søkerne, og formulerte følgende delmål: Det skulle være lettere å søke, man skulle få raskere svar, rettsikkerheten skulle ivaretas bedre, tjenestetilbudet skulle bli tydeligere og brukermidvirkningen bedre. Vi ønsket også å bedre informasjonen og forutsigbarheten.

Vi laget også følgende delmål for hva vi ønsket at ansatte i Pleie og omsorgsetaten skulle oppnå gjennom forbedringsarbeidet: Avklaring av forventninger, god dokumentasjon, bedre orden i saksgangen, profesjonalitet, effektivitet, trygghet og bedre ressursstyring.

3.5. Beskrivelse av prosessen

Vi tegnet prosessen slik den var og kartla behov for forbedringer. Underveis dukket det opp forslag til forbedringstiltak som vi også skrev ned. Vi så at det ofte manglet en skikkelig begrunnelse for vedtak om tjenester, hvilken dato tjenestene skulle starte og hvor hyppige og lange besøkene hos pasientene var planlagt å være.

Da vi presenterte dette for de andre troikaene på et erfaringsseminar, kom det fram at de ansatte i hjemmetjenesten følte at det var de som skulle bestemme hvilket tilbud pasientene deres skulle få. Dette illustrerer godt noe av den uklarheten som har vært i forhold til den nye organisasjonsmodellen, og behovet for å få klarhet i hvem som har ansvar i forhold til de ulike prosessene i Pleie- og omsorgstjenesten vår.



Figur 6

3.6. Forbedringstiltak

Vi har gått gjennom hva vedtak skal inneholde og hva som skal stå som begrunnelse. Vi har sett på vedtaksmaler og lovhenvvisninger, samt rutiner ved mottagelse av A- og B skjema. A-skjema er det skjemaet som sykehuset sender oss når nye pasientene innlegges som de mener vil ha behov for hjelp, mens B-skjemaet sendes oss når pasienten er klar for utskriving.

Vi har tegnet prosessen slik vi mener den skal være. Med utgangspunkt i det nye flytskjemaet har vi laget en ny prosedyre for tildeling av tjenester og standardisert den slik:

1. Søknad eller A og/eller B- skjema kommer inn
2. Søknad eller A og/eller B- skjema registreres
3. Søknad eller A og/eller B- skjema legges til tiltaksmøte
4. Vurderingsbesøk
5. Tiltaksmøte fatter vedtak
6. Aktuelle gruppeleder informeres om vedtaket
7. Vedtaket settes i verk
8. Vedtaket sendes bruker

Når det gjelder telefonhenvendelser fra sykehuset, skal de nå settes over til sykepleieteamet, som ber om skriftlig søknad. Søknadene behandles fortløpende i tiltaksmøte tirsdag i hver uke.

Vi har utviklet følgende skjemaer og standardbrev som letter arbeidet vårt og sikrer kvaliteten:

Skjema for søknad om bistand fra PLO i Hurdal, se vedlegg 2

Svarbrev til søkeren, se vedlegg 3

Registreringsskjema for søknader, A - og B skjema,

Skjema hvor vedtaket fremgår, se vedlegg 4

Vi har også laget en perm for mottatte søknader, A – og B skjema, med oversikt for dette og en perm for vedtak som er fattet og klare for skriving.

Resten av sykepleieteamet har blitt orientert om forbedringene gjennom en perm hvor alt som er produsert er satt inn. Den har hele tiden vært framme til orientering. Vi har også snakket om de endringene vi har gjort, men informasjonen til sekretæren har kanskje blitt for dårlig. Flytskjemaet har hengt på oppslagstavla gjennom hele prosessen. Det har kommet få tilbakemeldinger.

Den standardiserte prosessen ble innført fra begynnelsen av februar 2003.

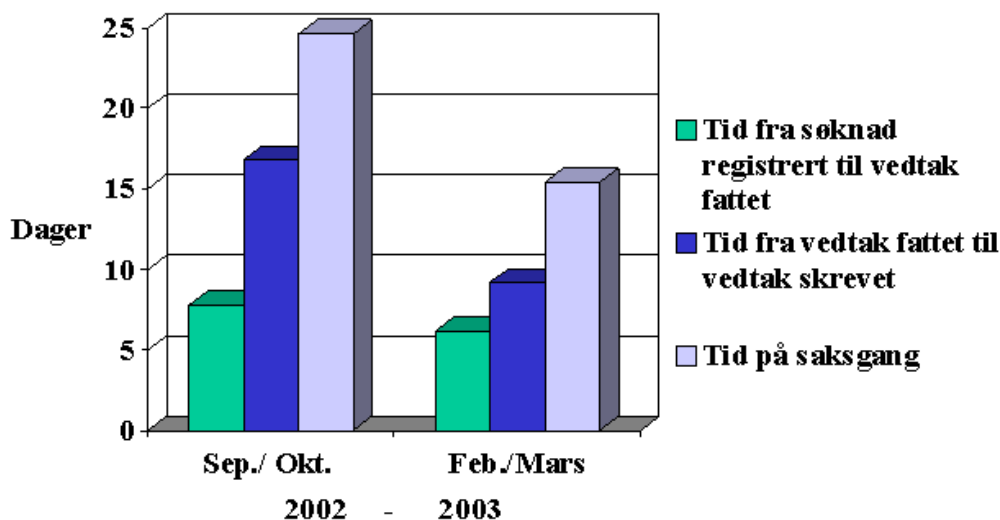
3.7. Registreringer

For å kunne vurdere resultatene av forbedringstiltakene, har vi tatt ut 10 fortløpende søknader for høsten 2002 og 10 fortløpende søknader etter nyttår. Vi så på hvor lang tid det tok fra søknaden kom inn til det ble fattet vedtak i tiltaksteamet. Vi registrerte også hvor lang tid det tok fra vedtaket ble fattet til det ble skrevet hos sekretær og hvor lang hele behandlingstiden ble.

Etter at endringen ble innført er det gjort tilsvarende registreringer på 10 søknader til.

3.8. Resultater

Som illustrert i figur 7 har vi fått en betydelig raskere gjennomsnittlig saksgang. Den er redusert fra 24,6 dager til 15,4 dager. Tiden fra søknaden ble registrert til vedtaket er fattet er gjennomsnittlig gått ned fra 7,8 dager til 6,2 dag. Fra vedtaket er fattet til det er skrevet brev til pasienten, er tiden redusert fra 16,8 dager til 9,2 dager.



Figur 7. Tidsbruk for behandling av søknader.

Denne store forbedringen mener vi at skyldes at vi har fått bedre prosedyrer for å gjøre vedtak. Målingene viser imidlertid at det fortsatt er stor spredning i behandlingstiden, og dette illustrerer at den nye saksgangen ikke fungerer like godt for alle pasienter enda.

Vi gjør også tydeligere vedtak nå, ved å vedta bruk av tid og hvor lang periode vedtaket varer for. Det er også nytt at det nå fremkommer hva slags tjeneste som skal ytes og at den vil bli evaluert. Begrunnelsen for vedtakene er også bedre. Vi prøver også å rydde opp slik at alle som har tjenester har vedtak som stemmer med tjenesten som ytes.

Vi fordeler vurderingsbesøkene mellom sykepleierteamet og hjemmetjenesten, og dette samarbeidet synes vi fungerer bra. Vi mener også at vi sparer noe sekretærtid, fordi sekretærene slipper å bruke tid på å etterlyse forskjellige data.

3.9. Læringsutbytte – innsikter

Som nevnt innledningsvis har mangelen på leder og mye sykdom vært et uheldig utgangspunkt for vår troikas arbeid. Det har vært vanskelig å delta på samlinger i læringsnettverket, fordi alle fra sykepleierteamet har vært med i de ulike troikaene og det ikke har vært sykepleiere å sette inn som vikarer.

Det har også vært vanskelig for oss å prioritere tid til møter i troikaen, siden vi har hatt og fremdeles har langtidssykemeldte. Dette betyr at tilrettelegger har jobbet mye alene, noe som har vært vanskelig siden hun er sekretær og ikke er en del av sykepleierteamet.

Det har videre vært problematisk at vi ikke har hatt lederen for sykepleierteamet på plass, siden vi har forbedret prosedyrer som er sentrale for lederens arbeid.

I tillegg mener vi at forarbeidet til læringsnettverket burde vært grundigere. Det ville vært ønskelig med 6 måneder på forhånd til motivasjon og forberedelser til prosessarbeidet. Det burde også vært bedre opplæring på data, slik at vi slapp å bruke tid og krefter på frustrasjon over manglende datakunnskaper.

Til tross for disse kritiske bemerkningene, vil vi konkludere med at forbedringsarbeidet har gjort at vi har nådd vårt mål om å få en profesjonell saksgang på tildelingen av tjenester. Vi opplever at dette har gjort arbeidssituasjonen vår enklere, og at vi nå arbeider på samme lag i større grad enn før. Det har blitt lettere å forholde seg til en sak, når vi vet hvordan saksgangen skal være. Vi har utviklet skjemaer og standardbrev som forenkler arbeidet vårt og gjør det enklere for søkere. Disse bidrar til orden og dokumentasjon i saksgangen.

Fremover vil vi prioritere å forbedre andre prosesser som kan få sykepleierteamet til å fungere bedre sammen. Sykepleierteamet har vært skadelidende under at leder har manglet, ingen har tatt tak i sakene og styrt oppgavefordelingen. Dette har ført til frustrasjoner som igjen har tatt tid og krefter. Vi trenger nå å arbeide med å samkjøre sykepleierteamet.

4.0 BEDRE DOKUMENTASJON

av sykepleier og tilrettelegger Aud Karin Brekke

4.1 Hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten består av hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Vi samarbeider tett, og hjemmehjelperne tar personlig stell av pasienter hvor det ikke er medisinsk nødvendig at hjemmesykepleien går inn.

Hjemmesykepleien har ansvar for følgende arbeidsområder:

- Personlig stell
- Tilsyn
- Utlevering av medisindosetter
- Ansvar for tildeling/uttrykning på trygghetsalarm

Det siste året har det vært 16 ansatte i hjemmesykepleien, hvorav de fleste arbeider i 75 eller 50% stilling. Den viktigste grunnen til at vi har mange reduserte stillinger, er at vi må dekke opp med bemanning 3.hver helg. Da prosjektet startet var sykefraværet nesten 30%, mens det de siste månedene har sunket til rundt 10%. Stabiliteten i hjemmesykepleien er god, - ingen har sagt opp det siste året.

Det er ca. 63 brukere av hjemmesykepleien. Alderen varierer fra 35 til 101 år, med hovedtyngden rundt 75-90. 18 av brukerne bor i omsorgsbolig eller i bosenteret på helsetunet og resten bor spredd utover bygda. Vi bor i en langstrakt kommune, slik at mye av arbeidstiden går bort i kjøring.

4.2 Organisering av forbedringsarbeidet

Troikaen vår ble opprinnelig satt sammen av både hjemmesykepleien og hjemmehjelperne. Da gruppeleder for hjemmehjelperne sluttet i stillingen sin, valgte man å erstatte henne med en hjelpepleier fra hjemmesykepleien, fordi vi da hadde valgt å arbeide med prosesser som i liten grad berørte hjemmehjelperne.

Siden september har troikaen bestått av gruppeleder for hjemmesykepleien, Aina Langaard hjelpepleier Bente Halvorsen og sykepleier Aud Karin Brekke som tilrettelegger.

Troikaen har hatt jevnlige møter og resten av personalet har blitt involvert gjennom personalmøter. Vi har også hatt egne møter angående prosessforbedring med personalet, hvor forbedringsarbeidet har blitt diskutert og godkjent. Det har også vært tema i forbindelse med rapportene.

Det var en del motstand mot prosessforbedringsarbeidet i starten, på grunn av tidligere prosjekter hvor man ikke så noe resultat til tross for at man hadde brukt mye ressurser. Hensikten med disse prosjektene hadde heller ikke alltid vært tydelig.

Etter hvert som at personalet ble aktivt involvert og fikk forståelse for denne forbedringsmetoden, ble engasjementet større. Det var også enighet om valg av forbedringsområde.

4.3 Begrunnelse for valg av prosess

På oppstartkonferansen ble vi bedt om å skåre hvordan vi opplevde ulike dimensjoner ved kvaliteten på tjenesten vår fra en skala fra 1-10. Vi skåret oss svært lavt; den overordnede kvaliteten på det vi gjorde vurderte vi til 1, et systematisk og planlagt tilbud (som er avhengig av dokumentasjon) skåret vi til 2, vi mente brukertilfredsheten lå på 3, men medarbeidernes tilfredshet ble vurdert til 3,5. Se figur 8, s.31. Disse tallene uttrykte det dårlige selvbilde vi hadde på den tiden, og at opplevde at vi sto overfor mange utfordringer på en gang.

Vi valgte å se på dokumentasjonen av flere grunner. Kardex var dårlig utfylt og fulgt opp. Ved å bedre dokumentasjon vil det gi brukeren av tjenesten en kvalitetssikring av tilbudet og samtidig være viktig juridisk. Den dårlige dokumentasjonen hang delvis sammen med at selve systemet var lite oversiktlig og praktisk. Det var derfor nødvendig å finne et dokumentasjons-system som var lett tilgjengelig, oversiktlig og lett å bruke i praksis. Det ble en utfordring å finne et dokumentasjonssystem som innfridde disse kravene og omfavnet hele tjenestetilbudet til brukene.

Til å begynne med hadde vi noen problemer med å se hvor grensene for ansvar og funksjon lå mellom oss og behandlingsteamet når det gjaldt hvem som skulle foreta vurderingsbesøk. Etter hvert kom vi fram til at sykepleieteamet skulle ta søkere med komplekse sykehistorier, og at hjelpepleierne kunne ta seg av enklere søknader. Noen ganger er det også nødvendig at hjemmesykepleien hjelper pasienter før man har rukket å gjøre vedtak.

4.4 Mål for forbedringsarbeidet

Vi formulerte følgende mål for arbeidet:

Vi vil gjennom å bedre dokumentasjonen gi brukerne bedre kvalitet på tjenestene og personalet et system det er enkelt å forholde seg til.

Vi ville skaffe et nytt dokumentasjonssystem som kunne bidra til mer tilfredse brukere og personale.

Vi besluttet at vi skulle ha ferdig 20 mapper til brukere av hjemmesykepleien innen 15/3-03.

Videre besluttet vi at vi ville lage et system for å sjekke om medisinlistene til brukerne i hjemmesykepleien var riktige i samarbeid med fastlegen to ganger i året.

4.5 Beskrivelse av prosessen

Vi kartla kvaliteten på den dokumentasjonen vi hadde ved å måle programoppfyllelse, det vil si i hvilken grad dokumentasjonen inneholdt de opplysninger den burde inneholde. Målingene viste at vi bare fylte ut 54 % av det vi burde (Vedlegg 5).

Det fantes ingen pleieplaner, rapportene var mangelfulle og tilbudet ble i liten grad evaluert. Det var manglefull informasjon når det gjaldt dokumentasjon i forhold til vedtak, både når det gjaldt hva de hadde fått vedtak i forhold til og hvilke tiltak som skulle settes i verk når.

Videre viste kartleggingen at det var dårlige rutiner for at fastlegene sjekket og fulgte opp medisinformasjonen til sine pasienter. Det er ikke alltid like lett å følge opp for eksempel etter en sykehusinnleggelse. Epikrisen til pasienten kommer ofte legen i hende lenge etter at pasienten er skrevet ut. Vi får som oftest disse opplysningene sammen med sykepleier rapporten.

4.6 Forbedrings tiltak

Det ble samlet inn dokumentasjonssystemer fra andre kommuner/distrikt, som alle i hjemmesykepleien kunne vurdere før vi anskaffet oss et nytt system. På et personalmøte drøftet vi hva som var viktig for oss med det nye dokumentasjonssystemet. Det var enighet om at vi skulle lage vårt eget system som var tilpasset vårt behov. I denne sammenheng ble det vurdert om det var mer økonomisk å kjøpe et ferdig system eller å lage maler selv og kopiere disse. Beregninger viste at vi ville spare ca. 35.000,- ved å kjøpe inn permer/hurtighefter, lage maler og kopiere selv til 100 brukere.

De ansatte ønsket at systemet skulle være enkelt og oversiktlig, og lett å både fylle ut og bruke. Hvis det for eksempel gikk en trygghetsalarm, skulle det være nok å gå til brukers mappe og ta med denne, for å få alle nødvendige opplysninger; nøkkelnummer, adresse, diagnoser, pårørende mm.

Vi laget nytt flytskjema som viste hvilke forskjellige ark vi skulle ha med i permen. Vi gikk inn for å kalle permen brukermappe.

I forbindelse med at vi utarbeidet maler til de enkelte arkene, hadde vi noen runder på hva som skulle stå på de forskjellige arkene. De arkene det ble mest diskusjon rundt var hovedkort 1+2. Hvor mange pårørende skulle stå oppført, hvorfor skulle vi skrive opp puls, blodtrykk og vekt ved innkomst? Hva skulle være i brukerpermen inne på kontoret, og hvilke opplysninger skulle være ute hos bruker? Etter at vi hadde fått på plass alle svarene på de forskjellige spørsmålene, dannet det seg et bilde om hva som burde være på kontoret av opplysninger og hva som burde være ute hos bruker. Det nye systemet inneholder følgende dokumenter:

- Forsider for brukermapper inn på kontoret og hefte som ligger ute hos brukerne.
- Innholdsfortegnelse
- Hovedark 1 og 2, se vedlegg 6
- Kort- og langsiktige mål for pasienten
- Ark for fortløpende rapport
- Ark for blodsukkerverdier
- Medisinark

Det er laget prosedyre på hvordan man transporterer brukermappa ut til bruker, se vedlegg 7.

Det hadde vært en uoverkommelig oppgave for ansvarlig sykepleier i hjemmesykepleien å skrive alle pleieplanene selv. Vi besluttet derfor at hjelpepleierne skulle skrive brukermappene på de brukerne de hadde ansvar for, med mindre det var spesielt kompliserte tilfeller som sykepleiere burde skrive på. Sykepleier fungerte som veileder for hjelpepleierne.

Tilrettelegger / sykepleier underviste personalet om hvordan de skulle skrive brukermappene, og holde dem oppdaterte. Hun skrev noen brukermapper først og oppfordret hjelpepleierne til å ta kontakt med sykepleier hvis det var noe de var usikre på ved utfylling av brukermappa. Sykepleier gikk gjennom utfylte mapper sammen med den som hadde fylt den ut, for å sikre at alt var med. Det nye systemet ble iverksatt fra 1.1.03.

Vi har hatt jevnlig evalueringer av brukermappa. De fleste ansatte syntes den nye brukermappa fungerte bra og at det var OK å fylle den ut sammen med bruker. Inntrykket så langt er at brukerne setter pris på å medvirke til planlegging av sitt tjenestetilbud.

For å sikre at pasientenes medisinalister er ajourførte og at vi har riktige diagnoser på pasientene, har vi innført gjennomgang av dette med fastlegen hvert halvår. I denne sammenheng har vi utviklet et skjema, se vedlegg 8.

Vi har også undersøkt mulighetene for å få til en løsning med multidose system, for de brukerne som har avtale om at hjemmesykepleien skal dosere og kjøre ut medisiner til dem. Kort fortalt skrives det da ut et ordinasjonskort for den enkelte, som sendes via apoteket til Apotekernes produksjonsavdeling på Veitvet (Norsk Medisinal Depot). Brukeren får da medisinerne sine ferdig dosert i poser, med navn på bruker, navn på medisiner i posen og klokkeslett på når de skal taes. Dette systemet sikrer at pasientene får riktig medisin. I tillegg har vi beregnet at det vil frigjøre minst 10 timer pr. uke for sykepleierne, som kan benyttes til annet arbeid. Sykepleiergruppa har besluttet å arbeide videre med dette etter sommerferien.

4.7 Resultater

15 brukermapper er ferdigstilt innen midten av juni. Vi må ha lengre erfaring med brukermappene for å vurdere om de fungerer tilfredsstillende.

I mai målte vi programoppfyllelsen på 10 nye brukermapper. Den var nå steget fra 54% til 73,6%, en merkbar forbedring.

Hvorvidt bruker, pårørende eller personalet merker om tjenesten har blitt tydelig i forhold til å avklare forventninger, er det for tidlig å si noe om.

Vi har sendt brev til fastlegene for å sjekke medisiner og diagnoser på 14 brukere. Vi fikk svar på 12, hvorav 5 måtte sendes tilbake fordi diagnoser manglet. Av 12 skjema var det mangler på 3 av dem. Feilene dreide seg om øyedråper, evt. medisin og en fastmedisin. Dette viser at denne nye rutinen er påkrevd.

4.8 Læringsutbytte – innsikter

Gjennom prosessforbedrings arbeidet har det gradvis skjedd en bevisstgjøring i forhold til å se hvor viktig det er med dokumentasjon. Det er viktig at dette arbeidet blir fulgt opp videre, slik at alle brukere av hjemmesykepleien får sin brukermappe med pleieplan basert på brukerens behov. Når brukermappene blir skrevet i samarbeid med bruker, vil forhåpentligvis bruker og personalet få samme forventninger til hva tjenesten bør inneholde.

Vi ser at det hele tiden må arbeides med å oppmuntre hverandre til å dokumentere. Hele personalgruppa har blitt involvert i større eller mindre grad i det å skrive brukermapper. Naturligvis er det forskjell på hvor mye tid den enkelte trenger for å bli fortrolige med å dokumentere. Det er positivt at diskusjoner angående dokumentasjon kommer opp i forbindelse med pauser eller rapporter.

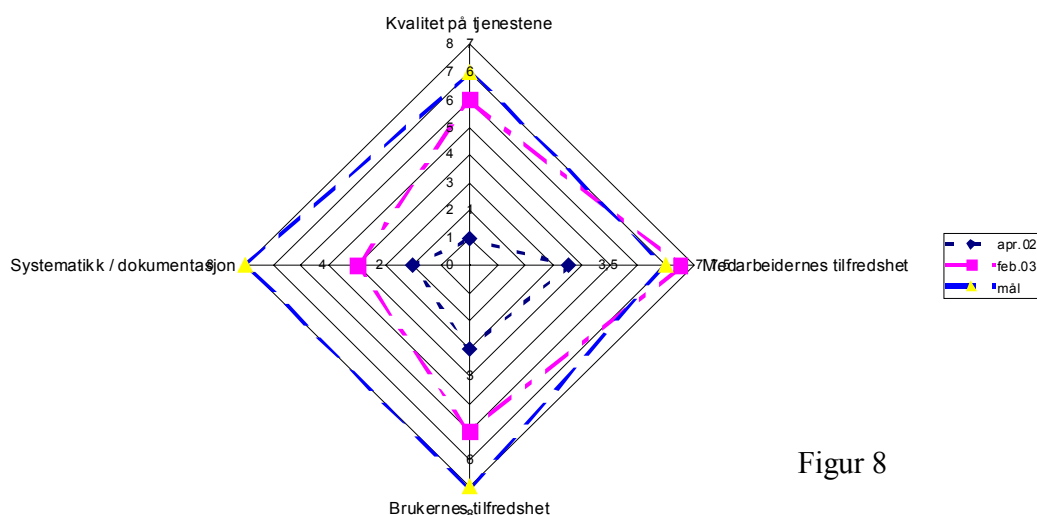
Vi ønsker også å arbeide videre med å få utviklet og gjennomført at brukerne kan gjøre seg bruk av multidose poser. Her er det viktig med et nært samarbeid med farmasøyt for å utvikle prosedyrer som vil kvalitetssikre tjenesten.

Det har vært godt å kunne arbeide med prosessforbedring, selv om en ser at det har kostet både tid og ressurser. I ettertid ser en at vi kunne vært flinkere til å avsette tid minst et halvt år fram for møter i troikaen, møte med personalet og tilretteleggers arbeid. Alle bør være enige i at dette er prioritert arbeid.

Arbeidsfordelingen innad i troikaen kunne vært bedre. Vi burde brukt en av de første møtene til å avklare hvem som skulle ha ansvar for hva. Tilretteleggeren har i for stor grad blitt sittende med det meste av arbeidet. Systemet er også veldig sårbart hvis en eller flere blir borte fra arbeidet.

Det har vært fint med erfaringskonferanser hvor man hører om de andre troikaenes erfaringer, men vi synes vi hadde størst utbytte av det ene møte troikaen hadde med Trulte Konsmo og Mikael de Vibe. I framtidige læringsnettverk kunne det kanskje vært annenhver gang med samling og møte med bare troikaen?

Som tidligere nevnt slet vi med et dårlig selvbilde og mange uløste utfordringer ved prosjektets start. I februar ble vi igjen bedt om å skåre hvordan vi da opplevde kvaliteten på hjemmesykepleien. Selv om det er store framgang, vurderer vi at vi ikke er i mål. Figuren illustrerer imidlertid hvordan det dårlige selvbildet er i ferd med å snu seg, og det er veldig godt og viktig!



Figur 8

5.0 BEDRE HVERDAG FOR BEBOERNE PÅ SYKEHJEMMET

Av sykepleier og tilrettelegger Marit Kværnstrøm

5.1. Sykehjemmet i Hurdal

Hurdal Sykehjem ble bygget i 1978 med 21 sengeplasser. I 1999 ble det ombygget, slik at de fleste fikk enkeltrom med eget bad. I løpet av de to siste årene er det nå økt til 26 sengeplasser. Sykehjemmet er delt inn i to grupper som ledes av hver sin gruppeleder. Det er ikke noe direkte fysisk skille mellom gruppene. Gruppene samarbeider godt og hjelper hverandre når det trengs. Det er ansatt ca. 25 hjelpepleiere og assistenter, de fleste i deltidsstillinger. Det sykepleiefaglige ansvaret ivaretas av sykepleietemaet (se pkt.3.1), og en sykepleier er spesielt ansvarlig for hver gruppe på sykehjemmet. Til sammen er det 21 årsverk. I tillegg har vi fysioterapeut og aktivitør i 20% stilling hver, samt en ergoterapeut i 30% stilling.

De 24 beboerne har varierende funksjonsnivå. De fleste med tyngst pleiebehov er på gruppe 2, men alle trenger noe hjelp til personlig hygiene og de fleste trenger full hjelp i stellet. Omtrent halvparten av beboerne må også mates eller trenger tilrettelegging av måltidet. Så å si alle er oppe hver dag, så sant de ikke har sykdom som tilsier at de bør holde senga. Noen er oppe få timer, andre mesteparten av dagen.

5.2. Organisering av forbedringsarbeidet

I likhet med de andre troikaene har det også vært litt utskifting i sammensetningen hos oss. Etter hvert har troikaen bestått av sykepleier Marit Kværnstrøm, som har fungert som tilrettelegger, samt gruppeleder / hjelpepleier Rannveig Bruun Pedersen og hjelpepleier Jorunn Solem. Jorunn fungerte midlertidig som gruppeleder fram til oktober. På grunn av utskifting i troikaen og ferieavvikling, kom vi ikke riktig i gang før i slutten av august.

Det har vært flere utfordringer som tilrettelegger: Jeg har bare 40% stilling (dagtid) i sykepleieteamet, og arbeider ellers i 60% stilling på Stensby Sykehus. Det blir derfor begrenset med ekstra tid utenom jobben å bruke til forbedringsarbeidet. I praksis har det vist seg at det ofte er noen sykmeldte, og da har det vært vanskelig å prioritere dette.

En annen utfordring var at kjennskap til bruk av data, mail og telefaks var liten, så vi var avhengige av hjelp og brukte en del ekstra tid. Vi var også avhengige av å bruke PC'ene på Helsetunet.

Vi i troikaen har hatt møter ca. annenhver uke, men noen ganger sjeldnere på grunn av vanskeligheter med å få til å møtes. Varigheten på møtene har sjelden vært lengre enn en time. På møtene har vi diskutert erfaringer, hvordan få til noe, videre framdrift og arbeidsfordeling. Samarbeidet i troikaen har fungert bra. Alle har prøvd å være positive, selv om det har vært mye å stå i med i avdelingen til tider. De forskjellige seminarene i læringsnettverket har vært nyttige for å dele erfaringer, få hjelp til å komme videre og planlegge framover. Prosessforbedringsarbeidet har vært tema på alle postmøter, og det har vært to postmøter spesielt med dette som hovedtema. I tillegg har vi hatt oppslagstavle i avdelingen, som skulle brukes til

informasjon og til å sette på gule lapper med råd, tips og innspill fra resten av personalet. Det har vært utfordrende å følge opp tiltakene vi har satt i gang.

Gruppelederne har hatt mange ”baller i lufta”, med bl.a. å skaffe folk til ledige vakter, tilsetting og opplæring av nyansatte, oppfølging av annet personale med for eksempel medarbeider-samtaler, mye møtevirksomhet, føre timelister, innkjøp, økning i antall beboere og flytting innad på sykehjemmet – i tillegg til at gruppelederne deltar i stellet. Det å motivere de ansatte, bevisstgjøre dem i hva vi holder på med, ansvarliggjøre de andre i avdelingen, snakke varmt om forbedringsarbeidet og være rollemodell for å oppnå noe nytt, har ikke vært like enkelt hele tiden. De ansatte bruker mye tid og krefter på morgen- og kveldsstell, og det å forandre på rutiner krever mye tid til holdningsendringer, gode evner til å overbevise om at forandring kan bli til noe bedre enn det som allerede er, og god planlegging for både beboere og personalet.

5.3. Valg av innsatsområder og begrunnelser

Situasjonen våren 2002 var for beboerne på sykehjemmet slik at de fikk sine pleiebehov stort sett oppfylt, dvs. at de som trengte det fikk hjelp til personlig hygiene, ernæring, eliminasjon, sårstell, medisiner, søvn / hvile. Ellers så vi at beboerne ble sittende mye i passivitet. Fram til sommeren 2001 hadde det vært aktivitetstilbud med arbeidsstue tre dager i uka, men dette tilbudet ble redusert til en dag i uka på grunn av innsparinger. Aktivitør holder arbeidsstua åpen på onsdager og presten har andakt hver tirsdag. Pårørendegruppa, Besøksringen og Pensjonistforeningen har noen aktiviteter i løpet av året. Utenom dette er det ingen faste tilbud til beboerne, som kan bidra til noe spesielt av innhold i hverdagen. Vi så det derfor som viktig å gjøre beboernes hverdag noe mer innholdsrik. Det å bli sittende passivt hver dag uten at noe skjer, gjør at beboerne etter hvert blir enda mer passive, både fysisk, psykisk og sosialt.

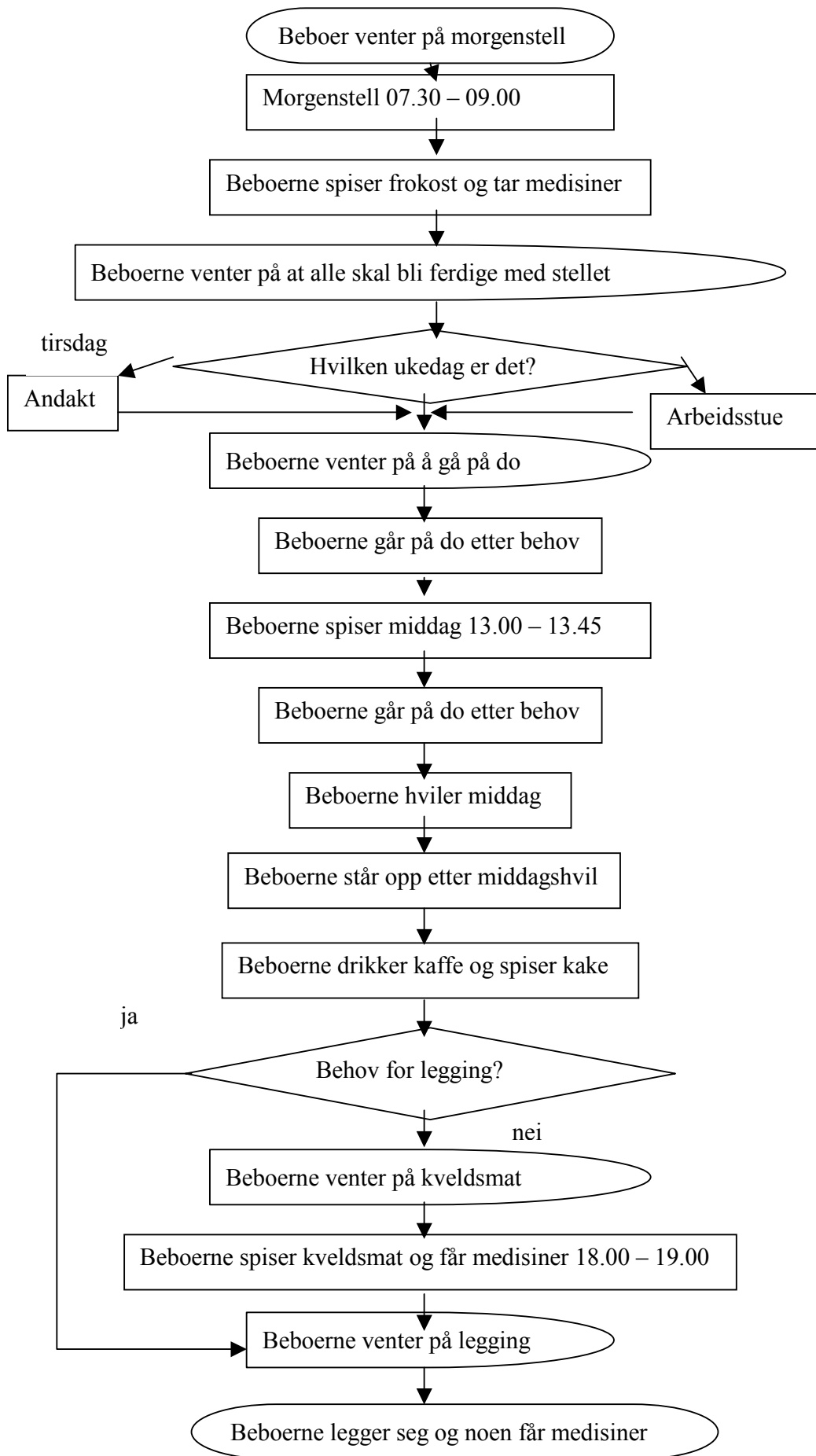
Det har ikke tidligere vært noen fast prosedyre på informasjon om hva vi har å tilby nye beboerne. Forventningene er forskjellige og stemmer ikke alltid med slik det faktisk er. Manglende og tilfeldig informasjon kunne føre til negativt snakk om sykehjemmet og uklare forventninger. Vi erfarte at bagateller kunne vokse seg store, fordi beboere og pårørende ikke visste hvor de skulle henvende seg. Samarbeidet mellom beboer, pårørende og personale var derfor også noe som kunne forbedres.

Sykepleiedokumentasjonen trengte også å bli bedre. Kardeks var ikke oppdatert. Det var ingen fullstendige pleieplaner skrevet for noen av beboerne. Rapport har stort sett blitt skrevet fortløpende. Også matkortene var dårlig oppdatert. I tillegg var medisintralla gammel, utslitt og ikke lenger ordentlig sikret.

Troikaen på sykehjemmet stod med andre ord foran flere utfordringer. I hovedsak ville vi velge å se på beboernes hverdag for å kunne øke livskvaliteten for beboerne. Vi har imidlertid sett at flere av disse utfordringene henger sammen; det ene drar det andre med seg. Vi kommer derfor innom bedring av informasjon, sykepleiedokumentasjon og ønske om bedre samarbeid mellom beboer, pårørende og personale underveis i arbeidet vårt.

5.4. Beskrivelse av prosessen

Som sagt valgte vi å se på beboers hverdag. Vi tegnet et flytskjema som viste hva beboerne gjør fra morgen til kveld, se figuren neste side. Aktivitetene er stort sett å stå opp eller legge seg, spise



og få hjelp til å få komme til WC. Det blir venting og stillesitting uten at noe spesielt skjer. Selv om mange trenger en del tid til hvile, fører dette også til passivitet og økende hjelpebehov, da de ikke får ivaretatt mye av det de klarte før. Flytskjema med oversikt over beboernes hverdag på sykehjemmet har hengt oppe siden det ble laget.

Vi ønsket å finne aktiviteter som passet for hver enkelt beboer, enten alene eller sammen med flere. I kardeks stod det ikke mye om hva slags interesser hver enkelt hadde. Alle beboerne er ikke i stand til å svare på det, og vi så etter hvert at veien å gå måtte være å samarbeide bedre med beboerne og deres pårørende.

5.5. Mål for forbedringsarbeidet

Vi har definert følgende hovedmål for forbedringsarbeidet:

Beboerne på Hurdal Sykehjem skal få en meningsfull og aktiv dag.

Vi ville fokusere både på den enkelte og på gruppen.

Vi formulerte også en rekke delmål:

- At beboerne får en mer aktiv hverdag, slik at beboere og pårørende blir mer fornøyde.
- Å holde ferdigheter hos beboerne ved like, som igjen gjør noe med selvfølelse og livskvalitet for den enkelte
- At den enkelte beboer føler at det blir hørt og sett, samtidig som beboeren har følelsen av å bety noe.
- At beboerne får utnyttet sine ressurser best mulig.
- Bedre kontakt og samarbeid mellom personalet, beboer og pårørende.

For å kunne gjennomføre dette, så man nødvendigheten av å bli bedre kjent med beboere og pårørende gjennom systematiske samtaler. Dette vil kunne bidra til:

- Å møte den enkelte beboer ut fra hva som er viktig for vedkommende.
- En grundig datainnsamlig, som blir et skritt på veien til å lage pleieplaner.
- Bedre samarbeid og forståelse mellom personale og beboer / pårørende.
- Avklare gjensidige forventninger.
- At personalet føler at de gjør en god jobb.

Vi vurderte det som et realistisk mål at vi kunne få gjennomført slike samtaler på 10 av beboerne innen slutten av mai.

5.6. Forbedringstiltak

5.6.1. Systematiske samtaler med beboer og pårørende

Fra tidligere hadde vi et skjema, der opplysninger om beboernes sosiale bakgrunn kunne fylles ut. Vi bestemte oss for å ta utgangspunkt i dette i samtaler mellom personale, beboer og pårørende. Vi utviklet og forandret litt på skjemaet (se vedlegg 9).

Vi gjorde en del vurderinger av hvem som burde gjennomføre samtaler med pasient og pårørende. Et alternativ var ansvarlig sykepleier og primærkontakt, et annet alternativ var at gruppeleder. Dette ble altfor vanskelig å få gjennomført i praksis. Vi bestemte derfor at

primærkontaktene til hver beboer fikk ansvar for å få utført samtalen. Eierforholdet til forbedringsarbeidet ble også utvidet på denne måten.

Vi har innkalt nærmeste pårørende sammen med beboeren. Alle beboerne har vært til stede under samtalen, selv om ikke alle er i stand til å snakke selv. For disse beboerne er det ekstra viktig at vi hadde samtaler med de pårørende.

Vi hadde et personalmøte for å informere om hvordan vi tenkte samtalen kunne skje. Det ble laget en mappe for hver beboer som inneholdt invitasjon til samtalen (vedlegg 10), en veiledning om hvordan den burde gjennomføres (vedlegg 11), et skjema for innsamling av opplysninger om sosial bakgrunn, samt et "velkomsthfte" til beboere og pårørende med nyttig informasjon vedrørende oppholdet på sykehjemmet.

5.6.2. Aktivisering

Fra desember 2002 startet vi å registrere aktiviseringen som foregikk. Før registreringen startet hadde vi et personalmøte. Vi ble enige om å registrere dato, type aktivitet / sosialt tiltak, aktivitet og hvilke beboere som var med i en egen bok. Etter 4 måneder gikk vi over til å føre disse opplysningene på et eget skjema (se vedlegg 12). Dette ble satt i kardeks for å holde papirene mer samlet og forhåpentligvis fungere som en påminnelse om aktivisering. Målet vårt var å aktivisere beboerne en time pr uke i første omgang.

Det ble i høst tatt kontakt med skoler og barnehager, hvor vi ønsket elever og barn velkommen på besøk. Vi oppfordret dem til å bidra med underholdning og samtaler, eller vise fram noe de hadde laget som kunne ha interesse for beboerne.

5.6.3. Dokumentasjon

I forbindelse med at vi skulle lage pleieplaner for beboerne, så vi behovet for å fornye kardeksystemet. Vi valgte å kjøpe en kombinasjonsløsning med medisintralle med plass til sykepleiedokumentasjon fra "Standard Systemer". Utstyret kom nå i mai 2003, og består av en tralle til hver av de to gruppene på sykehjemmet, samt perm med de samme kardeksarkene til Dementavdelingen. Det er besluttet at primærkontaktene kan skrive pleieplanene under veiledning av sykepleier. På pasienter som har spesielt kompliserte tilstander, skal sykepleieren skrive pleieplanen. Vi satte som mål at vi skulle ha skrevet 10 pleieplaner innen juni 03.

5.7. Målinger og resultater

5.7.1. Samtaler med beboere og pårørende

Tilbakemeldinger fra medarbeiderne når det gjelder samtalen med pårørende og beboerne er positive. En del av medarbeiderne var skeptiske til å begynne med, men dette har snudd. Det er gjennomført samtaler med 20 beboere og deres pårørende, og dette er dobbelt så mange som vi hadde satt oss som mål! Samtalene har hatt en gjennomsnittlig varighet på en time. Det gjenstår 6 samtaler, hvorav tre har fått sykehjems plass i løpet av siste måneden.

Så langt har det bare vært gode tilbakemeldinger fra pårørende og de beboerne som kan uttrykke seg. En del pårørende syntes det var veldig fint å få oppklaring i forskjellig. De syntes det var hyggelig å snakke om det positive, og har kommet fram med ting de savner.

En beboer sa etter samtalen at ”dette hadde vært den beste dagen hans på sykehjemmet”, enda han har vært der i omtrent 10 år. Han ser nå fram til et kafèbesøk sammen med primærkontakten sin, som er planlagt i sommer. Han har ikke vært på kafè på mange år. Det er også flere som har planer om å ta turer ut med beboerne i sommer.

En av pårørende felte noen tårer, for at vi var interesserte i og hadde tid til å prate med og om hennes mor.

Ei datter sa at det var mye koseligere å komme på besøk til sin mor nå enn tidligere.

En annen beboer kan være litt aggressiv når hun skal stelles. Når vi leser litt for henne, fra bøker som familien har tatt med, eller prater om den gangen hun var ung og arbeidet med barn og unge i Finnmark, og hun gikk alene over vidda, roer hun seg og stellet går lettere.

Ei søster, som er gammel og har problemer med å komme på besøk fordi hun bor et stykke unna, fikk tilbud om samtale over telefonen. I tillegg fylte hun ut skjemaet, hvor hun nesten fikk for liten plass å skrive. Hun fortalte mye om søsterens liv, og fikk uttrykt mye frustrasjoner over søsterens adferd. Opplysningene vi fikk er ikke nødvendigvis egnet til hjelp for aktivisering eller bruk i pleieplaner, men det kan forklare og hjelpe oss å forstå noe av beboerens adferd i dag. Søsteren følte en stor lettelse over å få ”luftet seg”, og var takknemlig for å få oppmerksomhet.

Medarbeiderne har opplevd det fint og morsomt å høre om det beboerne har opplevd før i tida, og dette er med på å skape grunnlag for samtaleemner. De har også fått en del innblikk i hvordan demensutviklingen har foregått hos noen. Vi som jobber her har god nytte av å høre om beboernes fortid, hva de har jobbet med, familien deres og hvilke interesser de har fylt livene sine med.

5.7.2. Aktivisering

Når det gjelder aktiviseringen, hadde vi mål om å gjøre dette i en time i uka. De første ukene vi registrerte fikk vi til dette, men aktivitetene har dessverre gått ned etter hvert. Dette henger sammen med at vi har prioritert å gjennomføre samtalene med pasienter og pårørende. Dessuten har antall beboere økt fra 23 til 26 i løpet av den siste måneden. Videre har det også vært noe utskiftning av personale og dermed behov for opplæring av nyansatte. I tillegg vet vi at vi ikke alltid har registrert de aktivitetene som har foregått.

Vi har lest høyt fra lokalavisen, boka ”Tenk om jeg giftet meg med presten” og ”Simen, Bonden og Bror min”, samt fra Bibelen. Videre har vi tent adventslys, sunget sanger, pratet med beboerne, stekt vafler med dem og spist / drukket sammen. Dessuten har vi kastet ball, drevet gå-trening og litt annen gymnastikk.

De første gangene det var ”aktivitetstid” ble det samlet inntil 7 beboere i ei gruppe. Varigheten var inntil 45 minutter. De siste registrerte aktivitetene har vært mer spesielle og tilpasset den enkelte beboer, men av noe kortere varighet; fra 5 til 30 minutter. Nylig var noen av beboerne ute på hvitveistur, og det ga mersmak.

Vi håper at aktivitetene skal øke igjen når planleggingen av sommeren er over, alle samtalene med pasienter og pårørende er gjennomført og pleieplanene er kommet på plass. Vi tror at vi da kan bruke det vi har fått ut av samtalene til å faktisk ta med oss beboerne på forskjellige tilrettelagte aktiviteter.

To ganger har beboerne hatt besøk av barnehagebarn. Den ene gangen fikk ungene omvisning på sykehjemmet og gikk omkring og snakket med beboerne. Det var tydelig at noen av beboerne tok jobben alvorlig med å forklare barna om for eksempel hvorfor mange satt i rullestol, og om hvordan det var å bli så gammel. En fikk sitte på fanget også. Denne beboeren gav tydelig uttrykk etterpå for følelsen av å ha betydd noe. Barnehagebarna var også på besøk på Luciadagen for å synge og gå med hvite kapper og lys, noe som beboerne synes var stemningsfullt og fint.

I løpet av siste skoleåret har også noen ungdomsskoleelever vært på besøk for å se hvordan beboerne har det på sykehjemmet. I forbindelse med at elevene skulle lage skoleavis, ble noen av beboerne intervjuet og fotografert. Disse beboerne var også veldig stolte av å være til glede og nytte for elevene. Under ettermiddagskaffen denne dagen var opplevelsen av dette samtaleemnet.

5.7.3. Dokumentasjon

Når det gjelder dokumentasjon, har vi fått skrevet 5 pleieplaner innen utgangen av mai. Det er halvparten av det vi hadde som mål. En viktig grunn til dette er at den sykepleieren som skulle være hovedansvarlig for at pleieplanene skulle skrives, har vært syk og at det har vært mye sykdom i hele sykepleiergruppa. I tillegg har den lave måloppnåelsen også sammenheng med de samme faktorene som vi beskrev i forrige punkt.

Matkortene til beboerne på sykehjemmet er gjennomgått og oppdatert.

De nye trallene fungerer veldig bra. Det er en forbedring at vi har fått en tralle på hver gruppe, slik at beboerne på de to gruppene kan få medisiner samtidig med maten.

5.8. Læringsutbytte - innsikter

Dette året som vi har brukt på prosessforbedringsarbeidet har vært lærerikt og nyttig, selv vi ikke har nådd alle målene vi håpet på. Det har til tider har vært vanskelig å avsette tid, spesielt til skrivearbeid og aktivisering. Dette henger noe sammen med at tilrettelegger bare har 40% stillingsbrøk og små muligheter til å arbeide ut over dette. Det har også gjort at det har vært vanskelig å få til møter i troikaen. Flere ganger har det også skjedd at de dagene tilretteleggeren har satt av til dette arbeidet i stedet må brukes til å hjelpe til i avdelingen pga. sykdom blant personalet. Det er alltid mange daglige gjøremål og praktiske ting som må ordnes. Arbeidet har også vært preget av at den nye organisasjonsmodellen fortsatt er under utarbeiding.

I forhold til aktivisering har det skjedd en bevisstgjøring av at beboerne skal være mer i sentrum. Bakgrunnen for samtalene var jo nettopp å bli bedre kjent, for dermed å tilpasse aktivitet til den enkelte. Vi har en god del arbeid igjen for å få satt aktivitetene ut i drift. Vi ser at dette arbeidet er noe vi aldri vil bli ferdig med, men føler at vi har lagt et godt grunnlag. Fremover vil vi begynne å sette opp hvem som er ansvarlig for aktivisering på arbeidslistene.

Det er en utfordring å frigjøre tid til aktivisering. Stell tar mye tid, og både beboere og personale er veldig innarbeidet i rutiner, som for eksempel at beboerne står opp i løpet av dagvakta og legger seg i løpet av kveldsvakta. Her ligger det nok muligheter for en mer individuelt tilpasset dagsrytme. Vi ser imidlertid at det er viktig å ikke gjøre for mange endringer av gangen, for å få med personalet på alt det nye.

Når det gjelder samtaler med de pårørende og beboerne, har dette som tidligere beskrevet vært svært lærerikt og positivt både for dem og oss. Vi opplever at vi har fått bedre kontakt med pårørende og større forståelse for både beboere og pårørende. Det virker som om denne økte forståelsen også er gjensidig. Når det gjelder samtaler med nye beboere og deres pårørende, har vi som mål å kunne utføre disse samtaler i løpet av første måneden de er på sykehjemmet. Vi har tanker om at vi vil ha årlige samtaler med beboerne og pårørende framover for å kartlegge tilfredsheten og samtidig styrke samarbeidet og det gode forholdet.

Fremover vil vi i første omgang prioritere å øke aktiviseringen og få skrevet pleieplaner på alle beboerne. Vi har også mange andre ideer til hva vi videre kan forbedre. En ny utfordring er samtaler med etterlatte når beboerne våre dør. Planen for dette er nesten klar, men noen praktiske forberedelser gjenstår.

Underveis i arbeidet vårt har det også kommet fram en del læringsbehov. Vi trenger å lære mer om forskjellig typer sykdommer som er vanlig blant beboerne våre og spesielt aldersdemens og kommunikasjon med demente. Dessuten trenger vi bedre IT-kompetanse. Vi har allerede planlagt undervisning om dokumentasjon / føring av pleieplaner. Endelig vil vi i større grad lære av og å benytte oss av kompetansen til ergoterapeut og fysioterapeut, og ønsker at de kan bidra i internundervisning.

Vi i troikaen vil konkludere med at vi føler at vi tross alt har fått gjort en jobb, som har økt kvaliteten på våre tjenester en god del. I forhold til i fjor er vi på vei til noe som er bedre, og vi har kommet et godt stykke på den veien! Dette har vi klart selv om hverdagen er travel og krevende.

6.0. EN MER MENINGSFULL DAG FOR BEBOERNE

Av gruppeleder og tilrettelegger Hanne Jakobsen

6.1. Demens avdelingen

Avdelingen er en omsorgsbolig som ble bygd for fire år siden. Det er små "leiligheter" som inkluderer bad med dusj og toalett. Det er to felles stuer og to kjøkken. Vi har et uteområde som danner et atrium, der dørene kan stå åpne om sommeren, og beboerne kan være ute om de ønsker. Vi har ni beboere i alderen 77 til 94 år. Vi har i perioder hatt tung pleie på avdelingen, men jobber nå aktivt med å flytte tunge beboere over til sykehjemsavdelingen. Det er til tider mye uro på avdelingen, så dagene kan variere mye. Vi er vanligvis to hjelpepleiere og en omsorgsarbeider på en dagvakt. I tillegg til å ha medansvar for pasientene, er omsorgsarbeideren ansvarlig for deler av rengjøringen i avdelingen. På kvelden har vi to på vakt.

6.2. Organisering av forbedringsarbeidet

Det har vært mye turbulens i vår troika, på grunn av sykdom og uklarheter i den nye organisasjonsmodellen. Troikaen var i utgangspunktet ment å bestå av tre stykker; en sykepleier, en vernepleier og gruppeleder. Gruppelederen ble langtidssykemeldt og jeg ble konstituert fra august 2002. På grunn av nødvendige omprioriteringer ble jeg etter hvert alene med denne utfordringen. Jeg har savnet noen til å samarbeide med, både for å avlaste meg og for drøftinger. Dessuten har lederrollen også vært en ny og utfordrende rolle for meg, i tillegg til at jeg jobber fullt i pleien.

I denne situasjonen har det derfor vært avgjørende å involvere personalet i dette arbeidet. Vi har hatt personalmøte med prosessforbedring som fokus, og møte med evaluering av prosessen. Personalet har støttet opp under det arbeidet jeg har gjort og vært veldig positive. Alt nytt har de vært med på, selv om det har blitt ekstra arbeid for dem.

6.3. Begrunnelse for valg av prosess

På en av de første samlingene i læringsnettverket ble det tegnet et prosesskart over beboernes dag på sykehjemmet. Dette var svært likt slik som våre beboeres dag artet seg, med rutiner knyttet til morgenstell, måltider, toalettbesøk og legging. Ved å flytte fokuset fra våre egne travle rutiner og gjøremål til å se på hvordan beboernes dag artet seg, ble det tydeliggjort at ved å gi beboerne et større aktivitetstilbud, kunne det bidra til å gi dem et mer meningsfylt liv. Det ville også gjøre at personalet fikk følelsen av å gjøre en bedre jobb. Det var også viktig å velge et forbedringsområde som var realistisk ut fra både situasjonen med den amputerte troikaen og med det personell og ressurser vi hadde i avdelingen. I første omgang ville vi satse på å forbedre kveldsrutinene på avdelingen.

6.4. Mål for forbedringsarbeidet

Målene med forbedringsarbeidet ble i første omgang:

Aktivisere beboerne 1 time på ettermiddagen mandag, onsdag og torsdag.

Målene med å aktivisere beboerne var at:

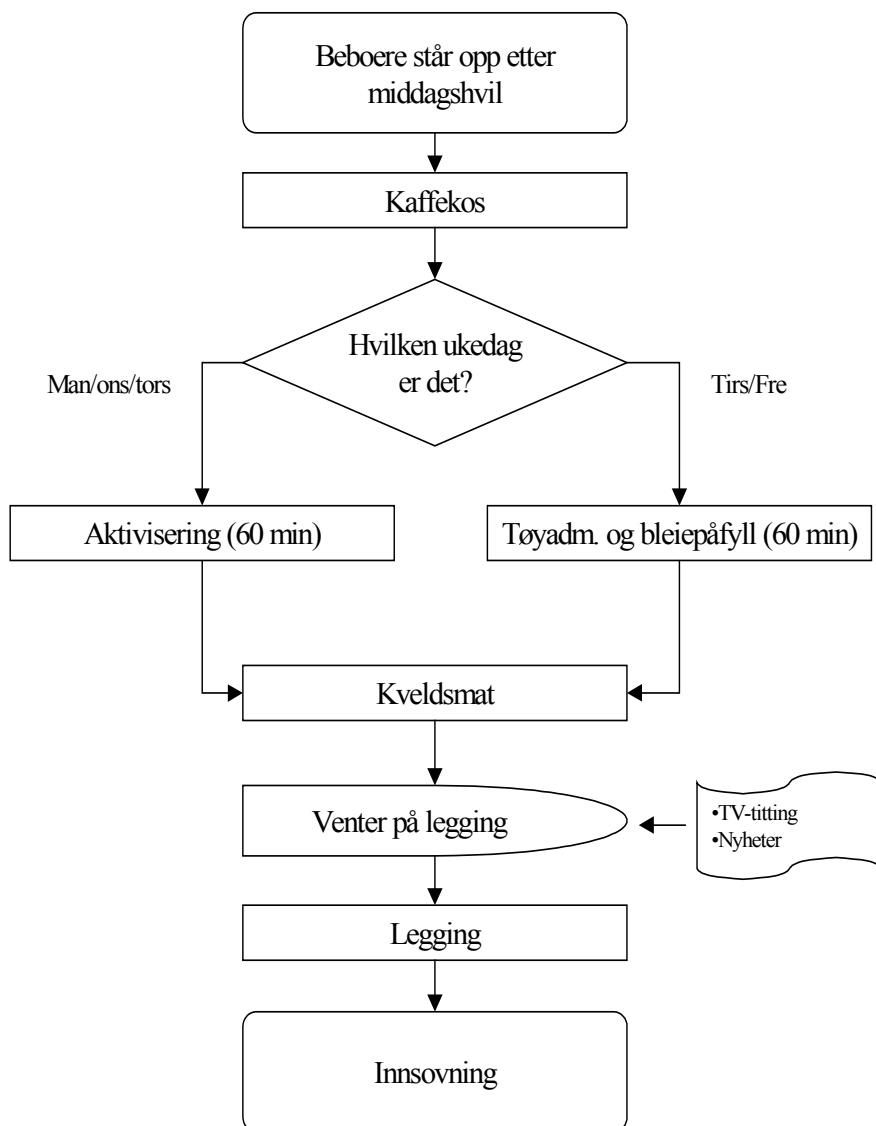
- tidligere ferdigheter hos beboerne skulle opprettholdes lengst mulig

- beboerne skulle være mer fornøyde og mindre urolige
- de ansatte skulle være mer fornøyde og ha følelsen av å ha gjort en god jobb på vakta

6.5. Beskrivelse av prosessen

Vi har lenge hatt en ansvarlig ”stuevakt” med ansvar for å være sammen med beboerne på stua. Vedkommende har delt ut saft og frukt, og drevet med litt aktiviteter. Vi har imidlertid aldri dokumentert det vi har gjort og det har heller ikke vært arbeidet særlig systematisk og målrettet med det.

Vi startet med å tegne kveldsrutinene for beboerne slik vi ønsket at de skulle være. Her la vi inn en times aktivisering mandag, onsdag og torsdag. Flytskjemaet så slik ut:



Siden det var et mål at beboerne skulle bli mindre urolige, definerte vi på et personalmøte hva vi la i *uro*:

- sinne eller aggresjon.
- uro som irriterer eller ødelegger for andre beboere eller personale

Vi målte deretter hvor mye uro det var i avdelingen i løpet av 4 vakter for å kunne vurdere om uroen virkelig ble redusert. Målingene viste at var en del uro på avdelingen, at enkelte vandret mye og var urolig og spørrende ”hvorfør er jeg her?”. Her er det viktig å få fram at vi nettopp hadde fått en ny beboer som var spesielt urolig, og at denne uroen smittet over på resten av avdelingen.

6.6. Forbedringstiltak

Vi satte opp hvem som skulle være ansvarlig for aktivisering på arbeidslista tre ettermiddager i uka. Det har vært en viktig prosess med å bevisstgjøre personalet gjennom blant annet personalmøter og skriftlig informasjon til ansatte, som de måtte signere på at de hadde lest. At vi har satt aktivisering i system på denne måten, er med på å gjøre den ansvarlige veldig bevisst på sin arbeidsoppgave.

Fra midten av januar begynte vi å dokumentere aktivisering på ettermiddagene tre dager i uka. Vi registrerte dato, klokkeslett, antall som var til stede ved aktiviseringens start og slutt, hvilke aktiviteter som foregikk og hvem som var ansvarlig for aktiviseringen. I denne perioden ble også uro registrert. Det var en ny erfaring for oss å dokumentere det vi gjør på denne måten, og det har vært positivt å få tydeliggjort hva vi faktisk gjør.

Både beboere og personalet reagerte positivt på aktiviseringen, og etter kort tid ble det klart at vi hadde satt målet for lavt. Vi ble veiledet til å arbeide med å aktivisere beboerne på alle dag- og kveldsvakter hele uka og dokumentere dette etter hver vakt. Pleie- og omsorgssjefen har frigjort omsorgsvakten fra vasking i helgene, denne tiden skal kun brukes til samvær og aktivisering med beboerne. Dette synes vi er en god omprioritering.

Aktiviseringen har vært allsidig: Vi tar ofte utgangspunkt i vanlige aktiviteter som beboerne kjenner fra før. Det kan være baking av boller, sjokoladecake eller vafler. Dessuten deltar de i å dekke bord, brette kluter og håndklær. Vi tar ofte beboerne med å på å hente matralla inne på hovedkjøkkenet. Ute i ateriet har beboerne deltatt i raking og annet hagearbeid.

For å sørge for litt trim, har jeg handlet inn et lavt nettmål og myke baller. Dette brukes flittig. Vi går turer både ute og inne, og kombinerer dette med for eksempel en tur på butikken for å handler sjokolade til lørdagskos eller å snakke med kjente på andre avdelinger.

Vi synger masse, hører på og beveger oss etter musikk. Videre har vi høytlesning av historier, aviser og eventyr. Beboerne leser også ofte for hverandre. Vi har også hatt mange hyggelige samtaler rundt det de gjorde i gamle dager. Og sist, men ikke minst, har vi drevet med hobbyaktiviteter som strikking, maling på tre eller på gipsbilder.

For å skaffe hobby materiell har vi søkt gjennom kommunens informasjonshefte til alle innbyggere i Hurdal kommune. Vi har også henvendt oss til de pårørende med et skriv hvor vi både informerte om dette forbedringsarbeidet og kom med en ønskeliste for materiell som kan

brukes til forskjellige formingsaktiviteter. Samtidig oppfordret vi de pårørende til å komme med ideer til aktiviteter vi kunne gjøre. Dette har vi fått stor respons på.

6.7. Resultater

Vi har forsøkt å dokumentere alt vi har gjort, men målingene er nok i underkant av det vi virkelig gjør. Det er lett å glemme å dokumentere alle samtaler, spaserturer, håndklær som blir brettet og lignende. Personalet trenger stadige påminnelser om dette.

Alle har vært positive og gjort en fantastisk jobb. Arbeidet og dokumentasjonen går sin gang, selv om leder har fri. Dette viser at personalet føler at dette er vårt felles ansvar.

Det har vist seg å være vanskelig å dokumentere via målinger at pasientene har blitt mindre urolige. Dette henger først og fremst sammen med at vi har hatt en spesielt urolig pasient som har preget avdelingen i stor grad den siste tiden. Personalet er imidlertid enige om at beboerne virker mer fornøyde, og at de er roligere. Vedkommende som før stadig spurte hvorfor hun var her, spør mindre om det. Beboerne syntes å virke gladere og smiler oftere.

Vi har også fått et bedre samarbeid med de pårørende. De har deltatt i aktiviseringen på mange forskjellige måter. Noen har lest dikt, historier og eventyr for beboerne. En pårørende har tilbudt seg å lage nye sanghefter med stor skrift for oss. Enkelte pårørende synger sammen med oss, eller tar initiativ til å lede sangen. En annen baker eller steker vafler. De pårørende gir uttrykk for at det er positivt å kunne være med på gjøre hverdagen for beboerne mer meningsfulle. Dette er en flott utvikling!

Personalet gir uttrykk for at de er fornøyde. En uttalte for eksempel at "dette er så gøy at jeg glemmer helt tiden". Dessuten ser vi at antall som søker på ledige stillinger hos oss har økt drastisk den senere tiden.

6.8. Læringsutbytte - innsikter

Som beskrevet under 6.2. var det et tøft utgangspunkt og en trang fødsel for forbedringsarbeidet på vår avdeling. Alt det nye ansvaret jeg plutselig fikk som gruppeleder gjorde at jeg i utgangspunktet var negativ til å bruke tid og krefter på prosessforbedring. Etter hvert har jeg imidlertid sett at arbeidet har båret frukter og jeg synes resultatene er veldig bra. Fra og være negativ har jeg blitt positiv. Dette henger nok også sammen med at jeg har falt mer til ro med lederansvaret på avdelingen.

Vi kommer til å fortsette med prosessforbedring på demensboligen. I det videre arbeidet er det viktig å sette sammen en gruppe med positive og ivrige ansatte som ønsker å se resultater. Vi har sett at det er viktig å snakke varmt om og være positiv til det en ønsker å forbedre. Brenner en for noe, har det ofte en smitte effekt. Dessuten er det helt nødvendig å inkludere ansatte gjennom informasjon og diskusjoner på personalmøtene.

Gjennom å sette beboerne i fokus, ser vi nå at all ledig tid brukes på beboerne. Det legges stor vekt på aktivisering og dette oppleves viktig for alle i avdelingen.

Når det gjelder valg av nye forbedringsområder har jeg mange ideer til hvordan vi kan fortsette å styrke samarbeidet med de pårørende. Jeg synes imidlertid at det er viktig at valg av forbedringsområder gjøres i samarbeid med de ansatte.

7.0. KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

av Pleie- og omsorgsjef Torge Øverli og prosjektleder Trulte Konsmo

Rammene for dette prosjektet har ikke vært ideelle – og det er de sjelden. Kommuner over hele landet sliter med dårlig økonomi, nedskjæringer og bemanningsproblemer. Til tross for dette, har prosjektet skapt endringsprosesser som har hatt stor betydning så vel for pasienter / brukere og pårørende, som for personalet og organisasjonen. Det har vært en viktig bevisstgjøring av verdier, og spesielt har det dreid seg om tydeliggjøring av brukerfokus og samarbeid med pasienter og pårørende. Prosessforbedring tar nettopp utgangspunkt i dette perspektivet. Dette har vært svært positivt for en organisasjon som har hatt mange indre og ytre utfordringer å stri med. I en hverdag med økonomisk og politisk press blir det å fremvise kvalitet på tjenestene svært viktig.

Tiden er en knapphetsfaktor i Hurdal - som i mange andre kommuner. Da er det viktig at man har fått hjelp til å prioritere hva som er viktigst å bruke tiden til og klarer å se hvilke muligheter som tross alt finnes til å gjennomføre dette. Videre har man erfart at man kan lykkes i å øke kvaliteten i tilbudet til pasientene - til tross for at man har gjennomgått ytterligere nedskjæringer.

Uklare forventninger fra pårørende er erstattet med systematiske samtaler og invitasjon til samarbeid; noe som har vært svært vellykket. Man har fått en raskere og bedre saksgang i forhold til søknader om tjenester fra etaten, noe som også gjør arbeidsprosessen mer oversiktlig og skaper trygghet for de ansatte. Man er i gang med å forbedre dokumentasjonen for arbeidet sitt. Et negativt selvbilde hos ansatte i etaten er på god vei til å bli snudd til et positivt selvbilde. Dette vil ha betydning både for rekruttering og sykefravær.

Alle troikaene har gjennomført en forbedringscyklus med positive resultater. Det har vært svært viktig å klargjøre hva man virkelig gjør gjennom kartlegging og systematiske målinger. Å få tilbakemelding på eget arbeid på denne måten, har vært inspirerende for personalet. Det har hele tiden vært fokusert på nødvendigheten av å dokumentere forbedringsarbeidet. Det å vite at erfaringene skulle samles i denne sluttrapporten og presenters åpent for alle andre, har bidratt til å drive forbedringsarbeidet framover. Man har fått kartlagt flere prosesser enn man har forbedret i denne omgang. Disse kartleggingene av arbeidsprosesser og svakheter vil være viktig utgangspunkt for det videre forbedringsarbeidet.

Selv om forbedringsarbeidet har vært rettet mot begrensede områder, har det skjedd viktig læring som vil kunne utnyttes i den videre utviklingen av etaten. Dette vil kunne bidra til at man sikrer at lovkrav oppfylles, kvaliteten i tjenestene videreutvikles og at de ansattes arbeidsmiljø bedres.

For å videreføre prosjektet i Hurdal kommune anbefaler vi følgende:

- Pleie- og omsorgssjefen må fremover aktivt bruke dette som et ledelsesverktøy.
- Gruppelederne bør i samarbeid med pleie- og omsorgssjefen sette mål for det videre forbedringsarbeidet i handlingsplanen for ledergruppa.
- Gruppelederne fortsetter å arbeide med prosessforbedring og rapporter framdriften på sine ukentlige ledermøter.

- Tilretteleggerfunksjonen bør videreføres, muligens gjennom at tilretteleggerne blir assisterende gruppeledere og får disse arbeidsoppgavene i sin arbeidsbeskrivelse.
- Personalet må fortløpende involveres i forbedringsarbeidet.
- Man må legge en plan for hvordan opplæringen av nye ledere skal ivareta arbeidet med prosessforbedring.

De ansatte i Hurdal har lært å gå en viktig og bedre vei. Vi vil avslutte med noen ord av Oscar Stein Bjørlykke.

La gå at da e långt igjen.
La gå at da e mange bratte bakka enno.

Men da e me so går.
Og me gir oss ikkje.

VEDLEGG

1. Samtykkeerklæring
2. Søknadskjema for PLO-tjenester i Hurdal
3. Svarbrev til søkere
4. Skjema hvor vedtak framgår
5. Programoppfyllelse av dokumentasjon i hjemmetjenesten
6. Hovedark 1 og 2
7. Prosedyre for transport av brukermapper
8. Skjema til fastlegen angående medisiner og diagnoser
9. Opplysninger om sosial bakgrunn
10. Invitasjon til pårørende
11. Veileder for gjennomføring av samtaler
- 12. Registrering av aktivisering på sykehjemmet**

Samtykkeerklæring

Det siste året har det pågått et prosjekt i Hurdal kommune, hvor ansatte fra ulike tjenestesteder i pleie og omsorgsetaten i Hurdal kommune har fått opplæring i å forbedre kvaliteten på tjenestene ved hjelp av prosessforbedring.

Målet for det arbeidet vi på PU-boligen har gjort, har vært

- en mer individuell tilrettelegging av dagene for den enkelte
- tettere oppfølging
- mer aktivitet
- mer sosial trening
- mer selvstendighetstrening

Det er første gang man har brukt prosessforbedring på denne måten, og vi ser at prosjektet har hatt stor betydning for hverdagen til beboerne på PU-boligen. Vi ønsker derfor å dele våre erfaringer med andre, slik at denne metoden kan taes i bruk andre steder også.

Vi vil derfor nå starte arbeidet med å skrive en sluttrapport. Det er imidlertid umulig å anonymisere beboerne i PU-boligen i denne sammenhengen.

Rapporten vil beskrive følgende om.....:

- En kort presentasjon av ham.
- Flytskjemaer (gamle og nye) (disse kan evt legges ved hvis de ikke kjenner dem)
- Mål for forbedringsarbeidet med...
- Hvilke tiltak som har vært gjort
- Hvordan effekten av disse har vært målt og hva målingene viser
- Uttalelser fra, hans nærmeste, hjelpevergen og personalet om hvordan dere har opplevd endringene.

Vi spør derfor om samtykke fra deg til å oppheve taushetsplikten i forhold til punktene over.

Som pårørende er jeg blitt orientert om at prosjektet med prosessforbedring til..... skal beskrives i en sluttrapport som vil bli offentlig tilgjengelig. Dette vil også bli lagt fram på en offentlig sluttkonferanse i Hurdal 17.6.

Jeg samtykker i at man skriver overnevnte i en rapport, og vil få anledning til å lese gjennom for å godkjenne denne før den offentliggjøres. Dette innebærer at taushetsplikten oppheves.

..... (sted, dato, navn)

Jeg har lest gjennom og godkjent det som er skrevet i rapporten. Dette stoffet kan også legges fram på sluttkonferansen.

..... (sted, dato, navn)



Søknad om bistand fra Pleie- og omsorgsetaten i Hurdal.

Søkers navn:..... **Personnr.:**.....

Adresse:.....

Telefon:..... **Mobiltelefon:**.....

Sivilstand:

Pårørendes navn/kontaktperson:.....

Adresse:.....

Telefon privat:..... **jobb:**..... **mobil:**.....

Tilknytning til søker:

Fastlege:.....

Adresse:.....

Telefon:.....

Søker om:

- Hjemmehjelp
- Hjemmesykepleie
- Leilighet i bosenter/omsorgsbolig
- Avlastningsplass/ korttidsplass
- Langtidsopphold sykehjem
- Trygghetsalarm
- Matombringing
- Støttekontakt
- Avlastning
- Omsorgslønn

Kort beskrivelse av behov:

.....

.....

.....

.....

Søkers underskrift:.....

Hvis pårørende har fylt ut søknaden, er søker informert?

For mer utfyllende opplysninger bruk baksiden.

HURDAL KOMMUNE



2090 HURDAL

Søkers navn
Adresse

Hurdal, dato

Vi har i dag mottatt deres søknad og vurderingsbesøk vil bli foretatt innen 14 dager.

En fra behandlingsteamet vil kontakte deg/dere for å avtale tidspunkt for dette.

Med hilsen

xx
Sekretær

Skjema for vedtak

Vedlegg 4

Navn:		Fødselsdato:
Vedtak:		
Det skal ytes tjeneste til:		
Vedtaket gjelder for perioden:		
Begrunnelse:		
Lovhjemmel:		
Melding til bruker:		
Oppstart dato:		Tidspunkt:

Navn:		Fødselsdato:
Vedtak:		
Det skal ytes tjeneste til:		
Vedtaket gjelder for perioden:		
Begrunnelse:		
Lovhjemmel:		
Melding til bruker:		
Oppstart dato:		Tidspunkt:

SJEKKLISTE ANGÅENDE DOKUMENTASJON I HJEMMESYKEPLEIEN. Vedlegg 5

Sjekket 10 brukeres kardex. Det kunne oppnåes totalt 14 score pr. bruker. Totalt 140.

NAVN,F.DATO,ADR. TLF.NR.,SIVILSTAND, YRKE	15	Mangelen gikk på adr. og tlf.nr. hos de 5 som ikke fikk full score. Alle manglet sivilstand og yrke(tidl. yrke/pensj.)
PÅRØRENDE,HVORDAN HVEM KONTAKTES	20	Gav full score, men det kan markeres bedre hvem som er kontaktpers. for informasjon,-og varsles ved endret situasjon hos bruker.
DIAGNOSE(R)	15	Usikker om dette tallet stemmer, da det ikke har vært mulig å sjekke dette med den enkelte bruker.
HJ.SPL. OPPDRAG DATO-INNKOMST (RAPP)	11	Det var lite oversiktlig,-innkomstrapport er ofte så gammel at den er arkivert. Eget ark til innk.rapp.? Vanskelig å finne hj.spl. oppdraget i kardex, -vet at det finnes egne kort på oppdraget, men bør det ikke stå tydelig i kardex også?
PLEIEPLAN	0	Tallet sier alt, - finnes ikke pleieplaner. Vi bør ha som rutine å skrive pleieplaner ved innkomst, som kan evalueres jevnlig.
RAPPORT SISTE 14. DAGENE MER ENN "SOM FØR"	10	Hvordan kan vi få det som rutine,at vi skriver rapport på de brukerne vi har vært hos i løpet av dagen?
EVALUERING	5	Lite synlig når en brukers tiltak har blitt evaluert. Kan vi sette opp evalueringsdato ved innkomst og jevnlig utover dette?
SUM	76	Totalt score på disse punktene ville gi: 14 10 brukere er sjekket. 14x10=140. 140-76=64 VI HAR ET FORBEDRINGSPOTENSIALE!!!

0 = FINNES IKKE

1 = UFULLSTENDIG

2 = FULLVERDIG

UTFØRT DATO: 11/9-02



HURDAL KOMMUNE

Pleie- og omsorgsetaten
2090 HURDAL

Tlf. 63 92 05 00

HOVEDKORT

NAVN:			
F.NR.:			
ADRESSE:			
TLF.:			
SIVILSTATUS:			
TIDL. YRKE:			
Fastlege:			
Tlf.:			
Pårørende/Kontaktperson			
Slektskap:			
Navn:			
Adr.:			
Tlf.:			
Slektskap:			
Navn:			
Adr.:			
Tlf.:			
Hjelpeverge	Ja	Nei	
Navn:			
Adr.:			
Tlf.:			
Nøkkelnr.	Ja	Nei	
Trygghetsalarm	Ja	Nei	Kontaktperson:
(Navn/tlf.)			



HURDAL KOMMUNE

Pleie- og omsorgsetaten
2090 HURDAL
Tlf. 63 92 05 00

Hovedkort 2

Navn:

Født:

DIAGNOSER:	
(Angi mnd./år)	
Sykehusopphold:	
(dato)	
Vedtak dato:	
Hjelpemidler:	
Innkomstrapport:	(Evt. bruk baksiden av arket)
Kjent allergi?	
Vekt ved innregistrering:	(evt. avtale en fast dag x 1 pr.mnd.)
BT/puls:	
Hjemmehjelp:	
Hvem:	
Når:	

Prosedyre for utfylling/transport av brukermappe i Hurdal hjemmesykepleie.

Hvem skal ha brukermappe:

De som mottar hjemmesykepleie, dvs. ikke de som kun har hjemmehjelp og/eller trygghetsalarm.

- Ved 1. gangs besøk: Fulle ut forsiden og hovedkort (hjemmesykepleie)
- Vurderingsbesøk + skrive innkomstrappert (sykepleieteam)
- Hvis sykepleieteam kan ta 1. besøk, fyller de ut de to ovenstående punktene
- Etter vedtak skrives pleieplan (sykepleieteam)
- Gjennomgå pleieplan med hjemmesykepleie (evt. nye innspill fra hjemmesykepleie?)
- Hjemmesykepleie tar med den røde mappa ved 1. besøk etter at pleieplan er skrevet
- Hjemmesykepleie skriver fortløpende rapport
- Gi beskjed til sykepleieteamet ved endringer i behov/tjeneste hos bruker
- Brukermappene skal oppbevares i låsbart skap på hjemmesykepleiens kontoret
- Ved transport ut/inn fra bruker, oppbevares brukermappene i låsbar veske merket hjemmesykepleien i Hurdal. (husk å låse bilen)
- Brukermappe/pleieplans møter x 1 pr. uke? (fra 12.00-12.30)

19/1 2003 Aina, Bente H. og Aud-Karin

OPPLYSNINGER OM SOSIAL BAKGRUNN:

VEDRØRENDE:..... f.dato:.....

Her er det meningen å fylle ut det som kan være aktuelt for oss å vite, for å danne oss et mest mulig helhetlig bilde av beboer, slik at beboer skal kunne bli forstått og få det best mulig her på sykehjemmet. Opplysningene vil bli brukt bl.a. ved utarbeidelse av pleieplaner, og de vil være tilgjengelig bare for pleiepersonalet ved sykehjemmet.

Navn på foreldre / søsken:

Bosted i barndommen: Navn på nære venner som har/har hatt betydning:

Tidligere skolegang / utdanning :

Tidligere arbeid:

Bosted(er) i voksen alder:

Ektefelle(r) / Samboer(e):

Barn:

Hobbyer:

Religiøse interesser:

Litteratur av spesiell interesse:

Sang/musikk interesser:

Tidligere forening:

Andre interesser:

Noe spesielt med dagsrytme / vaner:

Noe annet som er viktig å vite / for eksempel vonde hendelser som ikke bør snakkes med beboer om:

Noe som dere syns er spesielt viktig framover / spesielle ønsker for beboer:

Er det noe dere pårørende kunne tenke dere å bidra med / evt. gode ideer dere har å gi til personalet:

Annet:

Invitasjon til samtale på sykehjemmet

Med bakgrunn i noen forandringer som har skjedd på sykehjemmet / helsetunet den siste tida, ønsker vi også å kunne samarbeide bedre med dere pårørende og beboer. Vi ønsker derfor å kunne ha et møte med beboer og pårørende, der vi kan bli bedre kjent med fortida til beboeren og hans/hennes interesser.

Hvis dere pårørende/ beboer har noe på hjertet så ønsker vi å høre om det, og vi vil gjerne om dere har ideer til hvordan vi kan gjøre situasjonen best mulig her på sykehjemmet. I dette møtet kan dere stille spørsmål om ting dere lurer på. Vi skal prøve så langt det lar seg gjøre å være behjelpelig.

..... som er primærkontakten for..... vil være med, og vi regner med å sette av ca. en time. Det blir enkel servering.

Vi foreslår å ha et møte med dere den kl.

Hvis tidspunktet ikke passer, ber vi om å ta kontakt med oss på sykehjemmet for å avtale ny tid. Vi er å treffe på tlf. nr. 63 92 05 00.

Hurdal,

Med hilsen

Hurdal Helsetun, sykehjemsavdelingen
V/

Veiledning til den/ de som skal ha samtaler med beboer og pårørende på sykehjemmet:

*Primærkontakt har ansvar for å utføre samtalen.

*Primærkontakt kan utføre samtalen alene eller ta med seg for eksempel gruppeleder/ sykepleier/ annen pleier.

*Primærkontakt kan be om bistand fra for eksempel gruppeleder eller sykepleier. Avtal hvem som skal formidle spørsmål videre, for eksempel til lege hvis aktuelt.

*Oppstår det spørsmål du ikke kan svare på, så si at du skal undersøke / finne rette vedkommende som kan hjelpe til med det.

*Samtalen kan tas "på sparket" hvis pårørende er ofte på besøk hos beboeren, eller primærkontakt kan avtale når de skal møtes. Det er laget skriftlig "Invitasjon til samtale på Sykehjemmet", som kan sendes ut eller brukes som innledning til samtalen.

*Unngå å gjøre samtalen til noe stort og uoverkommelig, allminneliggjøre den så godt som mulig, være et sted der det er mest mulig ro under samtalen, ha litt enkel servering, prøve å skape en trivelig og fortrolig atmosfære.

*Primærkontakt vurderer selv, evt. sammen med beboer og pårørende hvordan samtalen kan utføres, bør tilpasses den enkelte bruker, må ikke nødvendigvis fylle ut alt på skjema om "Sosial bakgrunn".

*Skjema "Opplysninger om sosial bakgrunn" deles ut. Dette skjemaet brukes som utgangspunkt for samtalen, fyll ut det som beboer og pårørende selv ønsker å opplyse om. Skjemaet leveres til pleiepersonalet når beboer og pårørende synes de har fylt ut det som er nødvendig, helst før samtalen, men kan avtale tid for innlevering med primærkontakten.

*Noter på eget ark ting du mener kan være greit å merke seg under samtalen.

*Hvem skal være med: Nærmeste pårørende og pasient kan avtale hvem som skal være med.

*Målet med samtalen:

Finne ut hvilket menneske beboeren er / være på leting etter livet, ikke bare fokusere på sykdommen.

Få bedre grunnlag for å planlegge tiltak overfor beboer.

Møte / bli kjent med beboer og pårørende.

Skape mest mulig trygghet og tilfredshet for beboer og pårørende.

*Tjenestebeskrivelse og heftet "Velkommen til Hurdal Helsetun" tas med og deles ut til den som ikke har fått disse.

*Beslutninger skal ikke treffes i disse samtalene.

*Det skal ikke gis urealistiske forventninger.

*Informere mot slutten av samtalen om at disse møtene er noe nytt vi har startet opp med, og samtidig høre om hva beboer og pårørende synes om denne samtalen.

*Eventuelt avtale nytt møte, høre om når det kan bli aktuelt med et nytt møte.

*Opplysninger fra dette møtet skal oppbevares sammen med beboerens sykepleiepapirer.

