



**SYKEPLEIERE +
INNOVASJON
= ?**

- Sykepleiere som pådrivere og aktive deltagere i innovasjonsarbeid

Sykepleiere + Innovasjon = ?

- Sykepleiere som pådrivere og aktive deltagere i innovasjonsarbeid

Rapport

Rapport nr: SINTEF A28025
ISBN nr: ISBN 988214061970

Prosjektnr: 102013665
Versjon: 1.0
Dato: 22.12.2016
Antall sider: 150
Gradering: Åpen

Forfattere:

Anne Karen Aanonli, Espen Helge Aspnes, Merete Rørvik, Nina Vanvik Hansen, Jannike Kaasbøll og Synneva Storaas
SINTEF Teknologi og samfunn

Forsideillustrasjon: Anne Karen Aanonli

Emneord:

Innovasjon, sykepleie, samhandling, primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten

Oppdragsgiver: Norsk Sykepleierforbund
Oppdragsgivers referanse: Jo Cranner

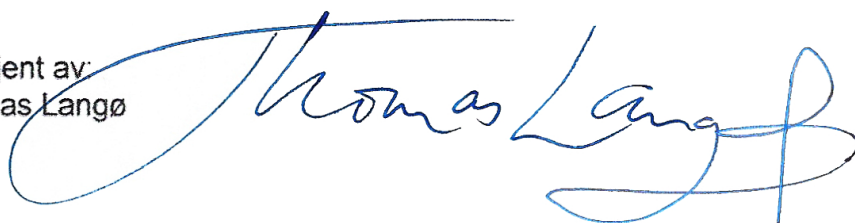
Utarbeidet av:
Anne Karen Aanonli



Kontrollert av:
Merete Rørvik



Godkjent av:
Thomas Langø



FORORD

I arbeidet med denne rapporten har SINTEF, på oppdrag for Norsk Sykepleierforbund, i perioden juni-desember 2016, fått besøke 8 steder der de har gjennomført sykepleiebaserte innovasjoner. Dette har vært en spennende og inspirerende rundtur! Vi har fått god innsikt i ulike typer tjenesteinnovasjonshistorier. Og vi har møtt mange dyktige, engasjerte og innovative sykepleiere og annet helsepersonell med et genuint ønske om, og et driv for, å utvikle og ta i bruk nye løsninger som skaper verdi for pasientene, pårørende og helsetjenesten.

Takk til alle de som har deltatt i intervjuer og fokusgrupper, og delt erfaringer og bilder med oss! Det har vært lærerikt og inspirerende å få innsikt i innovasjonshistoriene.

Takk til Norsk Sykepleierforbund for godt samarbeid, og for at de har satt innovasjon på dagsorden og gitt oss et spennende oppdrag!

INNHold

Forord	5
Innhold	6
Sammendrag	7
Mål og bakgrunn	8
Fremgangsmåte	10
Del I: Innovasjonshistorier	17
1 Revmatologisk poliklinikk	20
2 Trivselsvenn	34
3 Gatehospitalet	46
4 Aktivitetstilbud til personer med demens i tidlig fase	58
5 Nurse-family partnership®	70
6 Redusert tvang	80
7 Halvannenlinjetjenesten	92
8 Sykepleieklinikk	106
Del II: Funn	119
Beskrivelse av funn på tvers av prosjektene og i enkeltprosjekt	121
Suksessfaktorer	122
Utfordringer	130
Hva sier forskningen? - Sykepleierens rolle i innovasjon	136
Oppsummering	138
Referanser	140
Begreper	142
Vedlegg	144

SAMMENDRAG

Denne rapporten gjengir resultatene av et oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund (NSF), som SINTEF ved Innovasjonsgruppen i avdeling for Medisinsk teknologi har gjennomført i perioden mai til desember 2016. Oppdraget hadde som målsetting å få innsikt i sykepleiernes roller og bidrag i et utvalg innovasjonsprosjekt, og beskrive resultatene på en slik måte at det kan motivere flere til å engasjere seg i innovasjons- og kvalitetsforbedringsarbeid.

Hovedhensikten med rapporten er å trekke frem gode eksempler på innovasjonsprosjekter, som kan inspirere andre.

En oversikt som NSF presenterte som utgangspunkt for denne rapporten inneholdt nærmere 60 nyere innovasjonsprosjekt der sykepleiere har spilt og spiller en aktiv rolle. Det var derfor en utfordring å plukke ut de prosjektene som ville gi best innblikk i bredden av prosjekter. Dette ble gjort i samarbeid med NSF, og følgende 8 prosjekter ble valgt:

- (1) Revmatologisk poliklinikk – sykepleierdrevne polikliniske konsultasjoner, St. Olavs Hospital, Trondheim.
- (2) Trivselsvenn i sykehjem, Rokilde sykehjem, Kristiansund.
- (3) Gatehospitalet, Frelsesarmeen, Oslo.
- (4) Aktivitetstilbud – til personer med demens i tidlig fase, Ålesund.
- (5) "Nurse-Family Partnership®", RBUP Helseregion Øst og Sør.
- (6) Redusert tvang, Lovisenberg sykehus.
- (7) Halvannenlinje-tjenesten, Askim, samarbeid mellom syv kommuner i indre Østfold.
- (8) Sykepleieklipp, Sola kommune og Stavanger kommune

Ved valg av innovasjonsprosjekt ble det lagt vekt på å belyse prosjekter både fra spesialist- og kommunehelsetjeneste, med spredning geografisk og temamessig, og der sykepleiere har hatt ulike roller.

I rapporten er hvert enkelt innovasjonsprosjekt beskrevet på bakgrunn av intervju, observasjoner og en del kompletterende informasjon fra søk på Internett. Metodikk og arbeidsmåte benyttet i prosjektet er grundig presentert. Bak i rapporten vil man også finne en referanseliste over relevante forskningsartikler samt en oppsummering av funn vedrørende suksessfaktorer og utfordringer.

Gjennomgangen av prosjektene valgt i denne undersøkelsen tyder på at sykepleiere kan ha en nøkkelrolle i innovasjonsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren. Spesielt deres bakgrunn som fremmer mellommenneskelig forståelse og innsikt synes å være viktig når man skal utforme "pasientens helsetjeneste".

Vi har også sett at det finnes begrenset med forskning på sykepleiernes roller i innovasjonsprosessen og vi håper denne rapporten vil inspirere både til mer forskning og nye innovasjonsprosjekter.

MÅL OG BAKGRUNN

Det overordnede målet for dette prosjektet har vært å få mer kunnskap om hvordan sykepleiere er med som aktive deltagere og bidrar i innovasjonsprosesser. Videre har det vært viktig å formidle dette på en inspirerende måte.

BAKGRUNN: Helse og omsorg står overfor utfordringer som nødvendiggjør innovasjoner som kan bidra til bedre og mer effektive helsetjenester. Antall og andel eldre mennesker i befolkningen vil øke betydelig de kommende tiår. Mange vil leve lenger med god helse, og mange vil leve lenger med flere kroniske lidelser og kompliserte sykdomsbilder. Behovet for helse- og omsorgstjenester vil øke, og det vil bli knapphet på arbeidskraft.

Innovasjon er et viktig virkemiddel for å videreutvikle helse- og omsorgstjenestene. Regjeringen ønsker et kraftig løft for innovasjon i helse og omsorg. Med Nasjonal helse- og sykehusplan, Lege-middelmeldingen og regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien har regjeringen lagt til rette for økt utvikling, gjennomføring og implementering av nye løsninger. Et nært samspill mellom tjenestene, pasienten/brukeren, FoU-miljø og næringsliv er nødvendig for å få dette til.



Helse- og omsorgsminister Bent Høie,
Innovasjonskonferansen 2016 i regi av InnoMed
FOTO: Jannike Kaasbøll/SINTEF



**Eli Gunhild By, forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund
FOTO: Monica Kvaale/NSF**

Helse- og omsorgstjenestene har rundt 235.000 ansatte, som utgjør betydelig potensiale for innovasjonskraft.

Norsk Sykepleierforbund (NSF) har satt innovasjon på dagsorden. Gjennom det strategiske arbeidet¹ for innovasjon og tjenesteutvikling ønsker NSF å tydeliggjøre og gi retning for sykepleiernes nytenkning og utviklingsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Målsettingen er å skape forståelse og engasjement for innovasjonssatsingen i organisasjonen hos tillitsvalgte og medlemmer.

Innovasjon og tjenesteutvikling har alltid vært naturlig i sykepleietjenesten, og sykepleiernes eget tidsskrift og nettsted Sykepleien har bidratt til å synliggjøre, og stimulere til innovasjon. Som konkret eksempel kan nevnes at i perioden 2006-2011 arrangerte Sykepleien sammen med KS innovasjonskonkurransen "Smartprisen," og i en periode hadde Sykepleien også en egen fast spalte der innovasjon og nye produkter og løsninger ble presentert.

Kunnskapsutvikling, medisinske og teknologiske fremskritt skaper nye

muligheter for tjenesteutvikling, samtidig med at pasienter, pårørende og brukernes behov endrer seg. Det å gjøre bruk av nye verktøy og nye løsninger for å utvikle helse- og omsorgstjenestene i tråd med befolkningens behov har vært en vesentlig del av sykepleien gjennom historien. Vi står nå imidlertid overfor nye utfordringer, der vi må utnytte sykepleiernes ressurser i møte med en kraftig økning i andel eldre i befolkningen, og at flere yngre vil leve lenger med alvorlige kroniske sykdommer.

Vi vil få utfordringer med valg av nye løsninger, og vi må finne ut hvordan medisinske og teknologiske fremskritt skal brukes til beste for pasientene. Vi får tilsvarende utfordringer med å ta i bruk kunnskapsutviklingen i sykepleiefaget og skape muligheter for tjenesteutvikling innenfor forebygging, behandling, rehabilitering og lindring ved livets slutt. Evnen til å tenke nytt og omforme dette i tjenestene, på alle nivåer, vil være en forutsetning for at vi skal kunne levere gode sykepleietjenester til alle som trenger det også i fremtiden.

Med dette som bakteppe ønsker NSF å vite mer om hvordan sykepleiere bidrar inn i innovasjonsprosesser og synliggjøre dette både til egne medlemmer og utad.

1. Norsk Sykepleierforbund, Politisk plattform for innovasjon og tjenesteutvikling.

FREMGANGSMÅTE

For å kunne utforske og få innsikt i hvordan sykepleiere er med som aktive deltagere og bidrar i innovasjonsprosesser, er det benyttet en kvalitativ tilnærming. Vi har vært på reise rundt omkring i landet og møtt sykepleiere og annet helsepersonell på deres "hjemmebane" - i kommunen, på sykehjemmet, på sykehuset etc. På denne måten har vi kommet "tettere på", blitt bedre kjent med menneskene vi har intervjuet og fått et godt bilde av deres innovasjonshistorier. Ved å være i det miljøet hvor tjenesten blir levert, blir det enklere å innhente relevant informasjon, samtidig som vi får bedre forståelse ved å være i miljøet og observere. Lydopptak og notater er benyttet i datainnsamlingen. I tillegg er det gjennomført litteratursøk for å få noe mer oversikt over eksisterende kunnskap og erfaringer på dette området. I rapporten er det også gjengitt noe bakgrunnsinformasjon som er innhentet utenom intervjuene, og det er beskrevet noen hendelser, f.eks. i forbindelse med spredning av konsept og løsning, som har skjedd etter intervjurunden. I dette kapitlet vil datagrunnlaget, arbeidsformen, analyse, etikk og personvern for oppdraget/rapporten presenteres.

DATAGRUNNLAG

SINTEF, i samarbeid med Norsk Sykepleierforbund (NSF), valgte ut 8 innovasjonsprosjekter (caser) som grunnlag for studien som har omhandlet å utforske hvordan sykepleiere er med som aktive deltagere og bidrar i innovasjonsprosesser. For å få detaljert innsikt i hvert innovasjonsprosjekt har vi intervjuet 3-4 deltagere som har deltatt i innovasjonsprosessen. Hvilke roller disse har hatt i innovasjonsprosessen har variert noe fra prosjekt til prosjekt.

INKLUSJONSKRITERIER

Vi ønsket et bredt utvalg av caser for å få et tilsvarende bredt bilde for å belyse problemstillingen.

Følgende kriterier lå til grunn for utvelgelsen av innovasjonsprosjekter:

- Prosjektet har resultert til endring i praksis, eller at man er i gang med endringen.
- Både små og store prosjekter.
- Minst én sykepleier må være deltagende i prosjektet.

I tillegg har det vært et ønske at de åtte innovasjonsprosjektene skulle representere ulikheter innen:

- Specialisthelsetjeneste, primærhelsetjeneste og samhandlingsprosjekt.
- Pågående prosjekt versus fullført prosjekt.
- Sykepleiere i ulike roller i innovasjonsprosjekt (f.eks. aktiv deltaker, driver, initiativtaker osv.).
- Ulike former for innovasjon (f.eks. ny/endret tjeneste, organisasjon, produkt).
- Ulike roller i arbeidet (praksisnærhet/klinisk, forebyggende, ledere).
- En viss geografisk spredning i prosjektene.
- Prosjekter på områder hvor det har vært spesielt stor utvikling de siste årene som demens og rus/psykiatri.
- Prosjekter som har omhandlet tettere samarbeid med pasienter og pårørende.

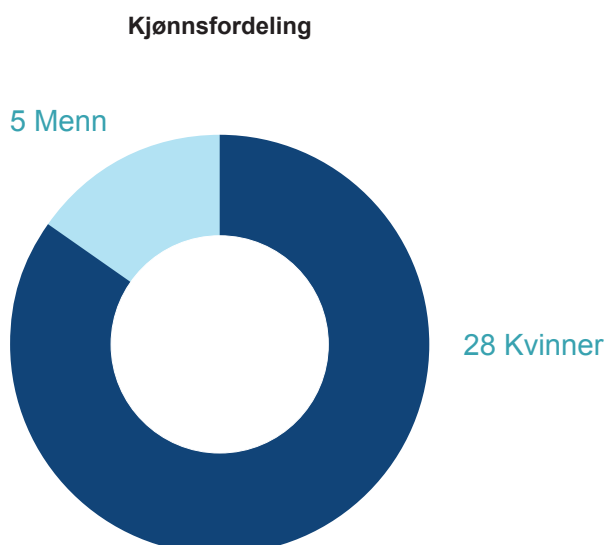
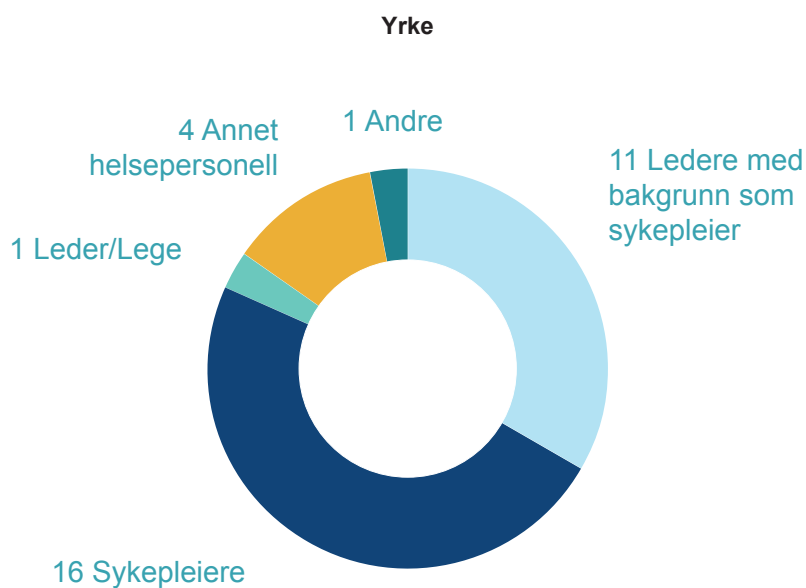
INNOVASJONSPROSJEKTENE

Vi har utforsket følgende innovasjonsprosjekter:

1. Revmatologisk poliklinikk – sykepleierdrevne polikliniske konsultasjoner, St. Olavs Hospital, Trondheim.
2. Trivselsvenn i sykehjem, Rokilde sykehjem, Kristiansund.
3. Gatehospitalet, Frelsesarmeen, Oslo.
4. Aktivitetstilbud – til personer med demens i tidlig fase, Ålesund.
5. Nurse-Family Partnership[®], RBUP Helseregion Øst og Sør.
6. Redusert tvang, Lovisenberg sykehus.
7. Halvannenlinje-tjenesten, Askim, samarbeid mellom syv kommuner i indre Østfold.
8. Sykepleieklinikk, Sola kommune og Stavanger kommune

INFORMANTENE

I denne studien har vi intervjuet 33 personer hvorav 27 sykepleiere, 1 lege, 2 vernepleiere, 1 helsefagarbeider, 1 hjelpepleier og 1 museumspedagog. Av de 27 sykepleierne har 11 en lederrolle i organisasjonen. Av de 33 informantene er det 28 kvinner og 5 menn.



ARBEIDSFORM

LITTERATURSØK

Det ble utført litteratursøk vedrørende sykepleiere, innovasjon, barrierer og drivere i internasjonale databaser. I tillegg ble det foretatt søk på aktuelle norske forskningsinstitusjoner. Ut fra litteratursøket fant man at det er gjort svært lite for å avdekke hvordan sykepleierens rolle i innovasjonsprosessen fungerer. En oppsummering av de mest relevante studiene vedrørende sykepleie og innovasjon samt relevante funn er presentert på *side 136*.

SEMISTRUKTURERTE INTERVJU

Vi har i hovedsak gjennomført semistrukturerte intervjuer med enkeltpersoner. Intervjuguiden er vedlagt i rapporten (*se vedlegg 1*). I tillegg ble det gjennomført noen fokusgruppeintervju. Formålet med fokusgruppeintervjuene har vært å få frem deltakernes erfaringer, oppfatninger og idéer om valgte tema [1]. Effekten av denne metoden er at man oppnår gode refleksjoner mellom informantene i intervjuet, der gruppedynamikken som oppstår mellom deltakerne kan generere flere refleksjoner og idéer enn i et individuelt intervju. Intervjuene

har handlet både om det konkrete prosjektet og om sykepleierens rolle i prosjektet. Vi har sett på hele innovasjonsprosessen, fra man fikk en idé om, eller så et behov for at noe burde endres, til planlegging og arbeid underveis, og til endringen var innført og evt. spredt til andre.

VISUALISERINGSVERKTØY

Vi har bruk visualiseringsverktøy [2] for å samle og sortere informasjon, samt å trigge hukommelsen til sykepleierne og andre vi snakket med (*se vedlegg 2*). Samtidig har det vært rom for å snakke om tema som informantene selv opplevde som viktige. I etterkant av intervjuene har vi gjennomført samtaler med flere aktører fra samme case for å finne "en felles historie". Vi har arbeidet rundt visualiseringsverktøyet som en "tjenestereise" – en oversikt over innovasjonsprosessen med hva som skjer rundt, og "aktørkart" – som gir oversikt over hvilke aktører som har deltatt i de enkelte innovasjonsprosjektene. Bruk av slike hjelpemidler ("probes") kan være nyttig for å skape et tydeligere tematisk fokus, og samtidig en mer standardisert og forutsigbar framdrift i intervjuet [3].

I intervjuene var det fokus på fire hovedtema fra behov til løsning:

2. Hvem var involvert?

*Hvem arbeidet sammen?
Hvilke andre aktører var sentrale i prosessen?
Hvem er viktige samarbeidspartnere? Ble pasient og pårørende involvert i prosjektet, og på hvilken måte?*

4. Resultat og verdi?

*Hva endte de opp med?
Hvilken verdi har de nye løsningene og for hvem?*



1. Hva var bakgrunnen for at dette prosjektet ble satt i gang? Var det behov, en idé?

*Og hvem tok initiativ?
Relevante spørsmål i denne sammenheng er: Hva var drivere i innovasjonsprosessen?
Hva var sykepleiernes rolle i igangsettelsen av innovasjonsprosjektet?*

3. Hva gjorde de underveis? Hva gjorde de? Hva fungerte godt? Hva opplevde de var utfordringer? Hva var suksessfaktorer? Hvordan er rammebetingelsene for innovasjon i helsetjenestene? Hva skaper god innovasjonskultur? Ble effekter dokumentert?

ANALYSE, ETIKK OG PERSONVERN

Gjennom intervjuene er det fremskaffet et betydelig datamateriale knyttet til erfaringer med innovasjonsprosjekter generelt og sykepleiernes rolle i innovasjonsprosesser spesielt.

I bearbeidingen av innsikten har vi sett både på helheten og på detaljer i datamaterialet. Vi har søkt å identifisere mønstre i deltakernes refleksjoner over sine egne erfaringer med innovasjonsprosjekter gjennom tematisk inndeling og reduksjon av datamaterialet. I del 1 har vi sett nærmere på de enkelte innovasjonshistoriene og fått innsikt i hvordan sykepleieres

rolle har vært som aktive deltakere og bidragsyttere i innovasjonsprosessen. I del 2 har vi har sett etter, og ønsker å gjengi, synspunkter og erfaringer (funn) vi har sett i enkeltprosjekter og på tvers av prosjekter som man kan bygge videre på i fremtidige innovasjonsprosjekter der sykepleiere er involvert.

ETIKK OG PERSONVERN

Vi har fulgt etiske retningslinjer for kvalitativ forskning. Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata AS (NSD). Alle informantene har deltatt frivillig og skrevet under på samtykkeskjema (se vedlegg 3).

DEL I: INNOVASJONS- HISTORIER

Jeg velger meg april

Jeg velger meg april.
I den det gamle faller,
i den det ny får feste;
det volder litt rabalder,
- dog fred er ei det beste,
men at man noe vil.

Jeg velger meg april,
fordi den stormer, feier,
fordi den smiler, smelter,
fordi den evner eier,
fordi den krefter velter,
- i den blir somren til!

- Bjørnstjerne Bjørnson

1 REVMATOLOGISK POLIKLINIKK

- Sykepleierdrevne polikliniske konsultasjoner

Mangel på legeressurser og interne fristbrudd gjorde det nødvendig for revmatologisk poliklinikk å revurdere ressursutnyttelsen. En stor del av pasientene møter nå kun sykepleiere når de har jevnlig oppfølging i poliklinikken. Klinikken hadde en stabil base av erfarne sykepleiere med realkompetanse og relevant spesialistutdanning som gjorde dette mulig, og det var også gode erfaringer internasjonalt for slike løsninger. Prosessen ble dokumentert underveis av forskningssykepleier Hege Koksvik.

BAKGRUNN: Et stort antall pasienter må jevnlig møte til oppfølging for revmatisk sykdom. Det er i senere år utviklet stadig bedre medisiner, noe som har bedret situasjonen for mange med revmatisk sykdom. Pasienter med "mild" eller "moderat" artritt (leddbetennelse) som har et relativt stabilt sykdomsbilde, trenger ikke nødvendigvis å møte en lege under oppfølging, og det er dette som er målgruppen for den nye tjenesten.

Mangel på legekapasitet førte til interne fristbrudd, og med en stabil base av erfarne sykepleiere startet poliklinikken opp med at enkelte av pasientene fikk sin oppfølging hos sykepleiere i stedet for leger. "Ressursmangel trigger nye idéer" sier avdelingssjef Erik Rødevand. I samarbeid

med et par av sykepleierne utviklet han en sjekklister og prosedyrelister på hvordan de skulle utføre de sykepleierdrevne konsultasjonene, og rutiner for når leger skulle kobles inn. Og piloten startet opp i 2006. Fra 2010 har det vært i full drift.

En bedre utnyttelse av de erfarne og kompetente sykepleierne i pasientoppfølgingen ble diskutert med nasjonale og internasjonale samarbeidspartnere, og man besluttet å dokumentere effekten av oppfølging hos sykepleiere. Det resulterte at man innledet et samarbeid med Diakonhjemmet Sykehus og utviklet en protokoll for oppfølging og behandling.

Poliklinikken har også gjennomført andre endringer i tjenestene som "PORS - Pasientstyrt oppfølging

av revmatisk sykdom". Dette er en tjeneste som gjør det mulig for pasienter selv å kunne ta kontakt når det er behov for oppfølging. Denne tjenesten er også i stor grad sykepleierdrevet.

"320 kr for å møte opp og si at man har det bra!" - pasient

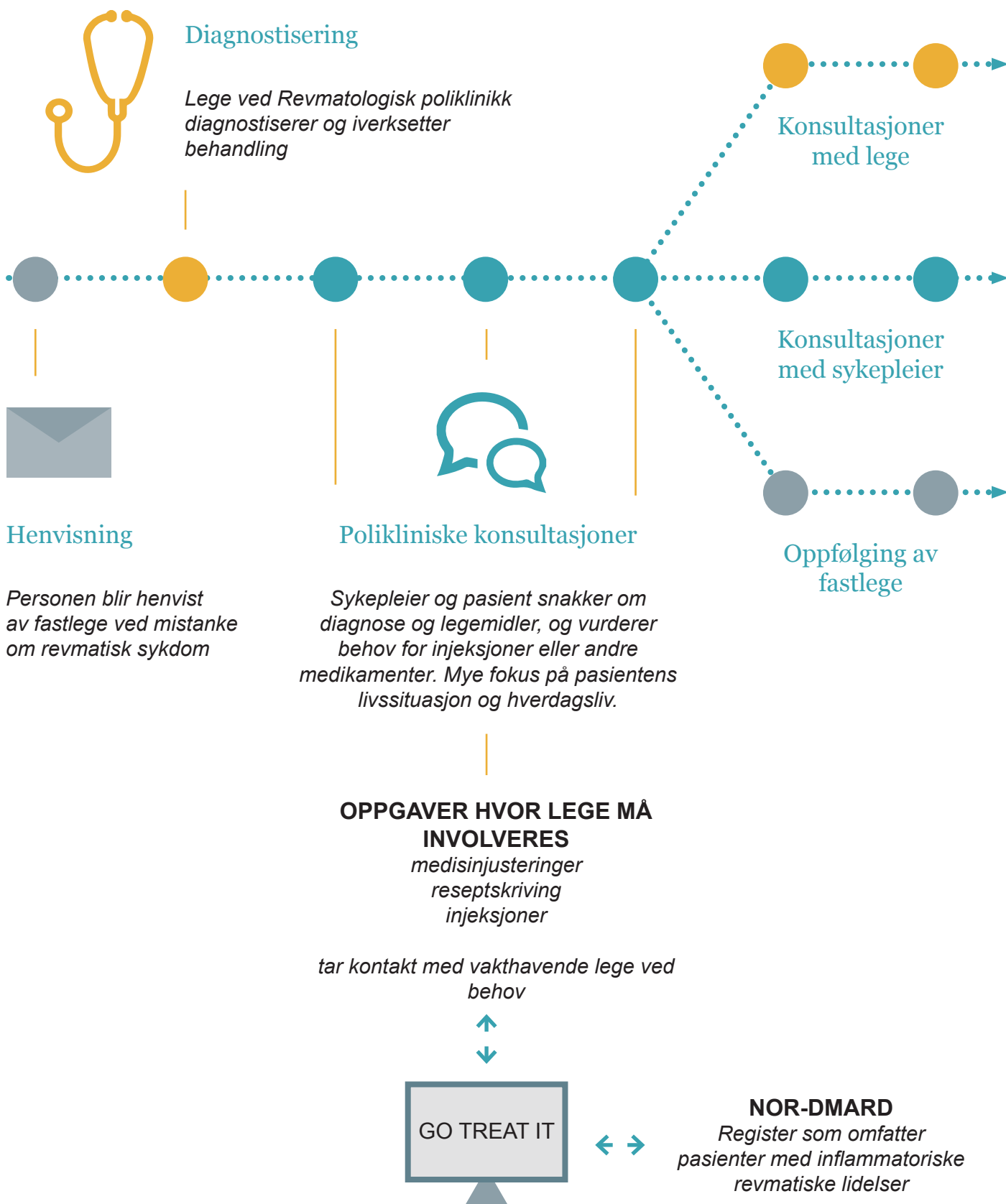
Sykepleierne ved avdelingen har også hatt ansvar for lærings- og mestringskurs og de samarbeider med legene om arbeidsoppgaver.



Hege Koksvik
FOTO: Norsk Sykepleierforbund

**” Ressursmangel trigger
nye idéer”**

- Avdelingssjef Erik Rødevand



TJENESTEN

 **LEGE I
REVMATOLOGI**

 **SYKEPLEIER I
REVMATOLOGI**

 **FASTLEGE**

MÅLGRUPPEN for denne tjenesten er mennesker som lever med vedvarende leddsykdom. Ved mistanke om slik sykdom henvises disse til Revmatologisk avdeling ved St. Olavs Hospital.

Det første møtet for diagnostisering og igangsetting av eventuell behandling er med lege.

De som blir diagnostisert med sykdom som krever jevnlig oppfølging møter til konsultasjoner ved poliklinikken. Pasientene inndeles i tre kategorier etter alvorlighetsgrad: Mild. Moderat. Høy. For leddplager (artritt) der sykdommen viser seg å være stabil, og mild eller moderat, tilbys det sykepleierkonsultasjoner videre.

Pasientene møter som oftest den samme sykepleieren ved hver konsultasjon. Faste tema for konsultasjonen er medisinjusteringer, etterlevelse av behandlingen ("compliance"), reseptfornyelse, henvisninger videre og generell oppfølging av sykdommen. Det er stort fokus

på hvordan man kan leve med sykdommen, og få tilpasset behandling til hver enkelt pasient. Et eksempel kan være hvordan de bør oppbevare medisiner når de er på reise. Sykepleieren definerer mål sammen med pasienten og følger opp dette ved neste konsultasjon. Hvis pasienten er blitt dårligere, eller trenger noe sykepleierne ikke har mulighet til å gi, tas det kontakt med vakthavende lege.

To erfarne sykepleierne ved poliklinikken fordeler pasienter som er i remisjon (bedring av sykdom) mellom seg ved at de som har fødselsdato 1-15. går til den ene sykepleieren, og pasienter med fødselsdato 16-31 går til den andre. Poliklinikken har fått tilbakemeldinger på at det oppleves som en trygghet at det er samme sykepleier ved hvert besøk. Det er mer enn to sykepleiere som har selvstendige konsultasjoner. Det gjelder f.eks. oppfølging av ungdommer og gravide. Her er ikke pasientene i remisjon.



Dr. Jackie Hill
FOTO: Privat

En viktig inspirasjonskilde har vært to forskningsartikler fra UK ved Dr. Jackie Hill, University of Leeds:

- Mars 1994: British Journal of Rheumatology: *"An evaluation of the effectiveness, safety and acceptability of a nurse practitioner in a rheumatology outpatient clinic"*.
- Feb. 1997: Artikkel i Journal of advanced nursing: *"Patient satisfaction in a nurse-led rheumatology clinic"*

Den nå pensjonerte sykepleieren ble i 2012 tildelt den første Life Time Achievement Award av British Health Professionals in Rheumatology

NY SYKEPLEIERROLLE: Den nye tjenesten endrer i stor grad sykepleierens rolle. Legen er fortsatt den som diagnostiserer og setter i gang behandling, mens sykepleier har mer ansvar og flere oppgaver i oppfølgingen av pasientene i målgruppen.

De vi intervjuet beskriver de tradisjonelle sykepleieroppgavene ved poliklinikken til å være samarbeid med legen om henvisninger til behandlingstilbud, organisering, opplæring av pasienter i nye medisiner, og lærings- og mestringsarbeid. Dette er fortsatt viktige oppgaver som også utføres av sykepleiere ved avdelingen i dag.

Med sykepleierdrevne polikliniske konsultasjoner opplever avdelingslederen at han får utnyttet staben og kompetansen i avdelingen sin mer optimalt. Legene får da brukt kompetansen sin mer spisset hvor det er mer utfordrende å diagnostisere og behandle. Det er også leger som setter injeksjoner. De som har mer alvorlige sykdommer går kun til revmatolog. De vi intervjuet sier at de opplever at pasientene utleverer seg mer

til sykepleiere. Dette kan for eksempel være å nevne ting som er relevant for sykdomsbildet, men som pasienten ikke ser som relevant for legen å vite. Det nevnes også at det kan være et litt annet fokus i konsultasjonene med sykepleierne.

FORSKNINGSSTUDIE: Parallelt med oppstarten av den nye tjenesten utførte St. Olavs Hospital en randomisert kontrollstudie i samarbeid med Diakonhjemmet Sykehus. Der undersøkte de om endringene ville få noen konsekvenser for den medisinske oppfølgingen og resultatene for pasientene, og hvilken effekt dette kunne få på pasienttilfredshet. Studien viste at dette var trygt for pasientene, og at pasientene i gruppen som bare møtte sykepleier faktisk var mer tilfreds med tjenestene enn hos de som møtte kun lege. En årsak til dette kan være at pasientene møter den samme sykepleieren ved hver konsultasjon. En av sykepleierne vi intervjuet fremhevet også at det å lese sine egne journalnotater gjør det enklere å huske mer og raskere få et helhetlig bilde av pasienten, til tross for at antallet pasienter kan være høyt og at det

gjærne går lang tid mellom hver konsultasjon.

En artikkel om forskningsstudien ble publisert i det revmatologiske tidsskriftet med høyest "impact factor" (9.3): "Annals of rheumatic diseases". Koksvik forteller at dette var et bevisst valg.

NYTTEVERDI FOR PASIENTEN: Opplevelsen fra de vi intervjuet er at dette har ført til mye positivt for pasienten. Studien viser at pasientene er tilfredse med å møte sykepleiere i oppfølgingen.

GJENNOMSLAGSKRAFT: De vi intervjuet sier at denne studien ga viktig gjennomslagskraft for å videreføre omorganiseringen etter at prosjektet var ferdig. I en rapport fra Kunnskapssenteret (nr. 12 2013) oppsummeres det slik:

"Artikkelen er et viktig forskningsbidrag for å sikre pasientsikkerhet, pasienttilfredshet og økt organisatorisk effektivitet. Det viktigste bidraget fra artikkelen er at den har høy relevans for praksis og har ført til store organisatoriske endringer ved mange revmatologiske poliklinikker."

SPREDNINGSEFFEKT:

Artikkelen og studien har fått stor oppmerksomhet både nasjonalt og internasjonalt. Omtale i Dagens Medisin, Sykepleien, RevmaRapporten og Norsk Reuma Bulletin har vært kanaler som har vært brukt for å få resultatene spredt. Dette har også generert mange henvendelser til avdelingen på St. Olavs Hospital om både besøk og hospitering. Hege Koksvik har holdt mange interne og eksterne foredrag og innlegg om organisasjonsformen. Videreutdanning/masterutdanning hadde vært positivt for mulighetene til å spre konseptet. Samtidig er det litt ulike forhold på de revmatologiske poliklinikkene rundt om i landet, noe som gjør at konseptet ikke kan kopieres direkte.

Hege Koksvik
FOTO: Norsk Sykepleierforbund



SPESIALISERING I SYKEPLEIE:

De vi intervjuet fremhever hvor stor rolle spesialiseringen og videreutdanningsmulighetene har vært for å få gjennomført den nye oppgavefordelingen. Per i dag er det ikke mulig å ta videreutdanning i revmatiske sykdommer for sykepleiere. Det har vært gjort forsøk på å få denne utdanningsmuligheten i gang. Dette er nødvendig for å sikre videre rekruttering. (Helsemyndighetene i Skottland har latt seg inspirere av de positive resultatene fra St. Olavs Hospital og har for 2015/16 bevilget £ 2,5 mill. til slik videreutdanning.)

NOR-DMARD: Avdelingen har arbeidet med forskningsstudier helt fra start, og de nevner at dette har medført kompetanse de mener har vært nyttig i innovasjonsprosessen. NOR-DMARD¹ er et register basert på longitudinelle studier av revmatiske sykdommer som skal gjøre det lettere å studere effekten av behandling av revmatisk

sykdom med blant annet DMARD-medikamenter. Avdelingen i Trondheim har vært med på denne siden 2002, og i likhet med de andre stedene i Norge som er med har de en egen forskningssykepleier/studiesykepleier² som arbeider på deltid eller fulltid med dette.

Avdelingen ønsker også framover å ha fokus på forskning, og gjøre flere studier. Det skjer stadige endringer i fagfeltet og man går mer og mer mot kunnskapsbasert arbeid.

1. DMARD er en samlebetegnelse for sykdomsregulerende antirevmatiske legemidler. De sykdomsreducerende medisinene demper overaktiviteten i immunsystemet for å hindre utvikling av leddskade.

<https://stolav.no/behandlinger/kroniske-inflammatoriske-leddsykdommer>

2. <https://sykepleien.no/forskning/2013/07/studiesykepleiere-hvem-er-de-og-hva-gjor-de>

INNOVASJONSPROSESSEN

Høsten 2012

Det er mangel på legeressurser, og man vurderer ulike tiltak for å unngå avvik. En løsning er å se på mulighetene for å overføre flere legeoppgaver til erfarne sykepleiere.

2010

Pilotstudien går over i ordinær drift.

ca 2006

Revmatologisk poliklinikk starter en pilotstudie med "legedelegerte sykepleierkonsultasjoner".

13.06.2012

Helsetilsynet: Rapport fra tilsyn i mai 2012 sier at sykehuset "sikrer ikke nødvendig helsehjelp til alle polikliniske pasienter med behov for oppfølging og kontroll".

16.04.2013

Prosedyre utarbeidet for "Legedelegerte sykepleierkonsultasjoner".

10.09.2013

Rapport fra Kunnskapssenteret: "Effekter av oppgavedeling for noen utvalgte helsetjenester i sykehus".

Juni 2013

Artikkel av Hege Koksvik et al. i Annals of the rheumatic diseases: "Patient satisfaction with nursing consultations in a rheumatology outpatient clinic: a 21-month randomised controlled trial in patients with inflammatory arthritides".

SUKSESSFAKTORER OG UTFORDRINGER

SUKSESSFAKTORER

Støtte fra ledelsen - At det er et ønske fra ledelsen gjør det enklere å gjennomføre. Viktig at ledelsen er interessert i endringer og forandring. Avdelingsleder påpeker at en slik endring krever at man må være risikovillig, men at det er mulighet for stor gevinst, og liten risiko.

Personavhengig - Både i forhold til ledelse og de som utøver jobben. Krever trygghet. Store forskjeller mellom sykepleierne. Noen ønsker mer ansvar og å utforske nye arbeidsmetoder og prosedyrer.

UTFORDRINGER

Mangel på videreutdanningsmuligheter kan bli en utfordring for rekruttering.

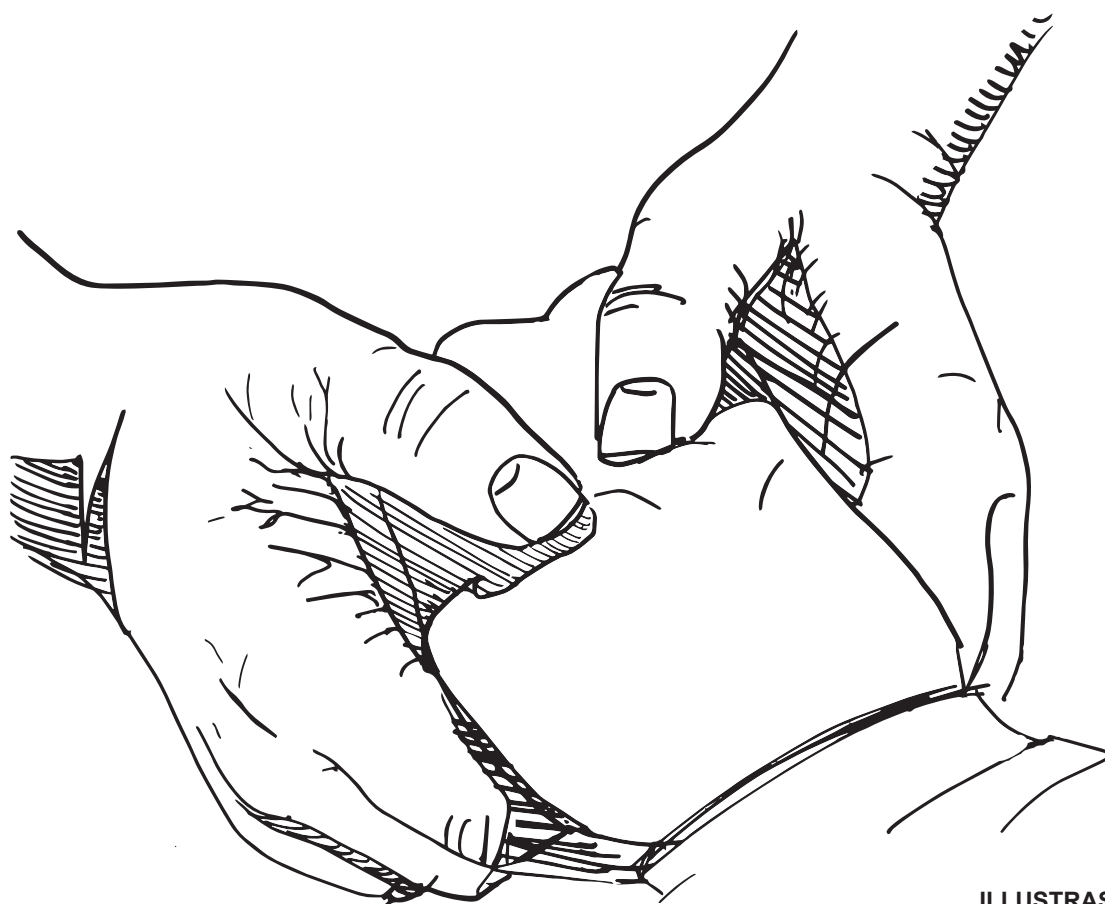
Lover og regler kan være en utfordring når man vil gjøre ting på en ny måte. Det nevnes blant annet at det hadde vært ønskelig at sykepleiere kunne gjort noen doseendringer uten å måtte kontrollere dette med lege. Dette gjøres i samarbeid i dag.

At legene fikk mer vanskelige pasienter har av noen blitt nevnt som en utfordring. Avdelingslederen mener at dette må de, som leger, være forberedt på og tåle, og det er bedre utnyttelse av kompetanse.

ANDRE RELEVANTE FORHOLD PÅ AVDELINGEN

To erfarne sykepleiere gjør vurdering av ny-henviste. Utvalgte personer med lang erfaring.

Avdelingen har innført "Callback"-system. Har ført til reduksjon i antall konsultasjoner, men også merarbeid i form av telefon-konsultasjoner. Dette er det sykepleiere som driver.



Lukka

(Lykke)

Den største gleda ein kan ha,
det er å gjera andre glad;
og vil du gjerne lukka nå,
då først deg sjølv du gløyma må.

Og vil du sankta gods og gull,
du aldri får din bankboks full;
du må ha meir, får aldri ro;
eit hundre først – og sidan to.

Nei, gjer deg nøgd med det du har,
og prøv å gjera andre glad;
turk tårer bort der du dei ser,
og gjer det lyst der mørkt det er.

Mikael Aksnes, Smaadikt, 1904

2 TRIVSELSVENN

- I sykehjem

I motsetning til det man skulle tro, så er det ikke alltid budsjettkutt ender i dårligere tjenester – Det er Rokilde sykehjem et bevis på. Da det i 2014 ble klart at de, sammen med en rekke andre sykehjem, ville få reduksjon i budsjettet, tenkte de i nye baner. Sammen med tjenstedesignere fra Designit AS tok de pasientenes behov og idéer på alvor, og resultatet ble mer individtilpassede aktiviteter til pasientene og engasjerte ansatte.

BAKGRUNN: Som for mange andre sykehjem, gjorde budsjettkutt det helt nødvendig for Rokilde sykehjem, i Kristiansund, å endre praksis. De måtte gjøre noe annerledes om de skulle kunne gi pasientene den tjenesten de ønsket og fortjente. For enhetsleder på Rokilde, Stephanie Helland, var dette en utfordrende oppgave, men med en iboende interesse for å gjøre ting på nye måter, var det naturlig for henne å løfte blikket å se på hva som fantes av nye metoder.

Etter å ha sett et spennende foredrag av Anna Kirah om tjenstedesign og lest omtale rundt prosjektet "Designet vekk brystkreftkøen", fikk Stephanie øynene opp for tjenstedesign. Hun tok kontakt med Norsk Design- og Arkitektursenter (DOGA) for å få forslag til bedrifter, med

kompetanse på tjenstedesign, som de kunne samarbeide med. Etter å ha vært i kontakt med flere miljø, endte de opp i et samarbeid med Designit Oslo AS – en del av et globalt firma som jobber med strategisk design.

I 2014 søkte de og fikk tildelt midler til å starte først et forprosjekt, så et hovedprosjekt. Midlene kom fra

Fylkesmannen i Møre og Romsdal og DiP-midler¹ fra Innovasjon Norge. "Morgendagens sykehjem" het prosjektet og en del av dette prosjektet ble til "Trivselsvenn".

I prosjektet jobbet de hele tiden aktivt med brukermedvirkning og brukerinvolvering. De hadde blant annet fellesmøter og workshoper med beboere, pårørende, ansatte,

” Når vi ikke hadde kunnskap, måtte vi erverve kunnskap, så da dro vi til Bergen og tok utdanning som frivillighetskoordinatorer”

- Enhetsleder Stephanie

1. DiP = Designdrevet innovasjonsprogram

ledere og mange andre, for å få systematiske tilbakemeldinger. Innsikten viste at både beboere, pårørende og ansatte mente at det var for lite aktiv omsorg² – pasientene kjedet seg og pårørende var bekymret. Flere nevnte frivillighet som en mulig løsning, når de ansatte var presset på tid for å gjøre andre oppgaver, som stell, medisinerer osv. Prosjektgruppen begynte å spinne videre på dette området, men innså at de hadde for liten kunnskap om frivillighetsarbeid, spesielt siden pasientene ikke var mest opptatt av store felles arrangement, men den individuelle kontakten. *"Når vi ikke hadde kunnskap, måtte vi erverve kunnskap, så da dro vi til Bergen og tok utdanning som frivillighetskoordinatorer"*, sier Stephanie. En omsorgsarbeider, Tone Veglo, en vernepleier, Ida Ranheim, en avdelingssykepleier og enhetsleder, Stephanie, deltok på denne utdanningen.

I veien videre jobbet tjenestedesignerne, som bistod i prosjektet, med mer innsikt i behovene til pasientene og gjennomførte intervjuer, gikk inn på avdelingene som observatører og arrangerte workshops - noe som ytterligere bekreftet behovene man hadde tatt tak i. Det var som resultat av en slik workshop at man kom frem til konseptet "Trivselsvenn" og hvordan man kunne jobbe videre med dette. Både gjennom utdanningen til trivselskoordinatorer og gjennom prosjektmidlene jobbet de frem

konseptet, som skulle prøves ut gjennom en pilot på Rokilde.

Da de første trivselsvennene skulle rekrutteres, var prosjektgruppen nervøs for om de skulle få nok folk. Målet var å få 4 personer. Det viste seg at problemet heller var at det var for stor interesse, da 16 møtte opp. Både de første trivselskoordinatorer, Ida og Tone, og ledelsen på sykehjemmet innså at for å ta vare på de frivillige måtte de designe en helhetlig

frivillighetstjeneste, slik at de frivillige følte seg ivaretatt, så vel som pasientene og de ansatte. Etter lang og systematisk jobbing med samskapende prosesser og brukerbehov har de skapt en tjeneste med stor suksess.

Et eget Trivselskontor åpnet i 2015 for å organisere arbeidet best mulig, og selv om sykehjemmet Rokilde står i fare for å omgjøres til omsorgsboliger, vil tjenesten leve videre.



Stephanie Helland, Tone Lise Veglo, Ida Ranheim og Karina Molvik Eckhoff
FOTO: Utviklingscenter for sykehjem i Møre og Romsdal

TJENESTEN

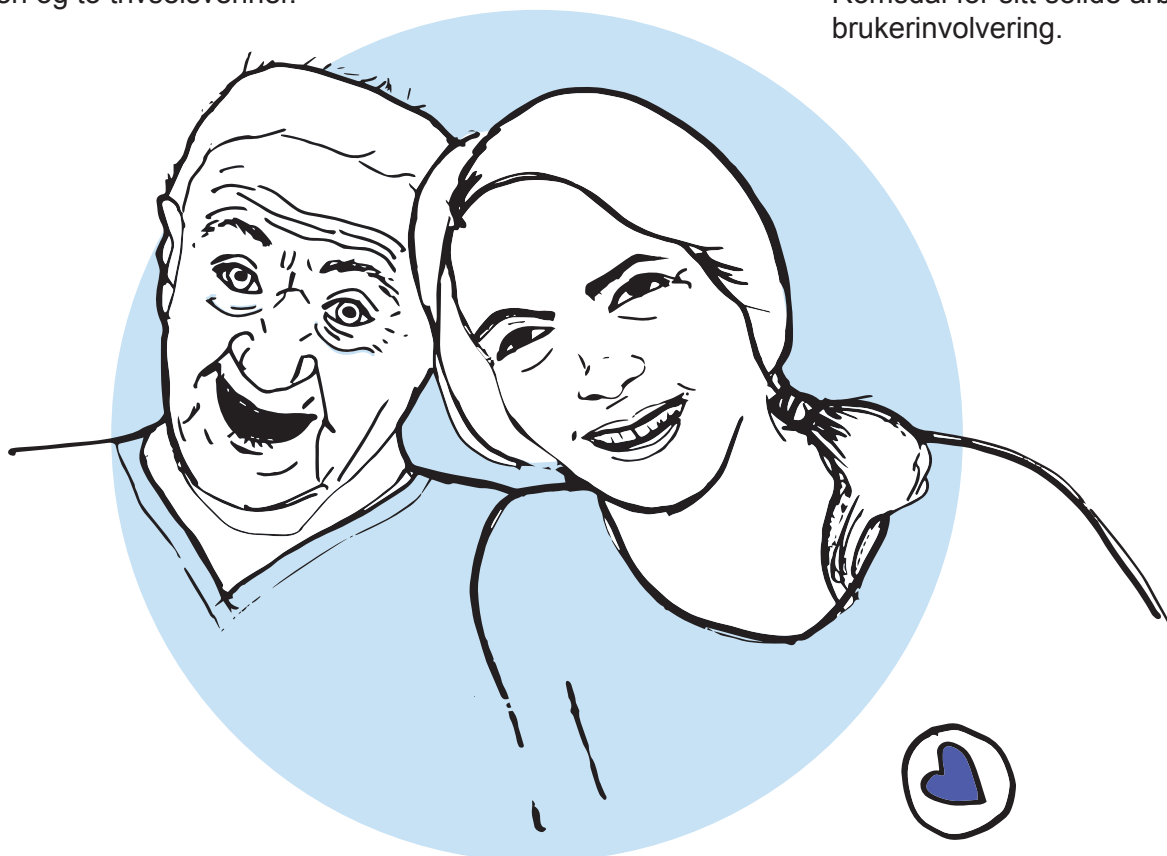
Trivselsvenn er en tjeneste for beboere på sykehjem, der frivillige, som ønsker å bli trivselsvenn, blir linket opp mot beboere av en trivselskoordinator.

Trivselskoordinatoren prøver å finne de pasientene og trivselsvennene som passer best sammen, i form av interesser, personlighet osv. En beboer kan ha både en og to trivselsvenner.

Det er ingen fasit på hvilke aktiviteter de skal gjøre sammen, da det er opp til den frivillige og beboeren, men eksempler kan være å lese, synge, gå tur, løse kryssord eller bare prate. Trivselsvennene fyller behovet for menneskelig kontakt som det kan være vanskelig for personalet å få tid til i en hektisk arbeidsdag.

TRIVSELSKONTORET

Trivselskontoret, som ble åpnet i 2015, er bygd opp etter en modell fra demenslandsbyen Hogeweyk utenfor Amsterdam. Dit dro representanter fra Rokilde og leder i brukerrådet for sykehjemmet på studietur i 2014. Det var en premie for å ha vunnet "Omsorgsprisen 2014" fra Fylkesmannen i Møre og Romsdal for sitt solide arbeid med brukerinvolvering.



ILLUSTRASJON: Anne Karen Aanonli basert på foto tatt av Rokilde Sykehjem/Designit Oslo AS

Demenslandsbyen har et "reisebyrå", som er en møteplass for frivillighets-koordinatorer, frivillige og innbyggere. På samme måte er trivselskontoret en møteplass for trivselskoordinatorer og trivselsvenner, der de kan gjøre avtaler, ha oppfølging eller bare ha en uformell samtale.

TRIVSELSVENNENE

De frivillige blir rekruttert gjennom annonser og reportasjer i avisen og på TV, i tillegg til plakater som blir hengt opp i nærmiljøet. Det er heller ingen fasit på hvem en trivselsvenn er. Blant de første var aldersspennet fra 16 år til pensjonistalder, fra trebarnsmor til en enslig Sør-Amerikaner som savnet egne besteforeldre. Trivselsvenner kommer altså i alle former og fasonger, men fellesnevneren er at de synes dette er en interessant måte å tilbringe fritiden på. De har en felles innstilling til pasientene på sykehjemmet - ressurser som de kan få gjensidig glede av.

VIL DU VÆRE TRIVSELSVENN PÅ ROKILDE SYKEHJEM?



Vi søker deg som vil bidra til en positiv og meningsfull hverdag for eldre på sykehjem. Du trenger ingen forkunnskaper, bare engasjement!

Sykehjemmet skal prøve ut en ny modell for samarbeid med frivillige, og vi er ute etter deg som kan delta i dette prøveprosjektet i november og desember i år.

Vi trenger hjelp både på dagtid og kveldstid. Har du en time til overs en dag i uken?

Ta kontakt med vårt miljøteam for å bli trivselsvenn:
 E-POST: utviklingscenter@kristiansund.kommune.no
 TLF: Ida Ranheim: 476 38 073 | Tone Veglo: 954 41 629

BILDE: Den første rekrutteringsannonsen, som ble trykt i avisen for å finne frivillige til å være trivselsvenn

INNOVASJONSPROSESSEN

2014

Trivselsvenn var et delprosjekt av hovedprosjektet "Morgendagens omsorg"

På våren starter Rokilde et samarbeid med designfirmaet Designit AS, for å gjennomføre et tjenstedesignprosjekt

Budsjettkutt gjør at man må tenke nytt for å få til den tjenesten man ønsker å gi pasientene

PILOT
Des. 2014

Pilotprosjektet starter på Rokilde

Høst 2014

Blir tildelt Omsorgsprisen fra Fylkesmannen i Møre og Romsdal og vinner tur til demenslandsbyen i Hogeweyk i Nederland. Der får de inspirasjon til Trivselskontoret

Rokilde sykehjem har i flere år jobbet systematisk med brukerinvolvering i utvikling av tjenestene sine

Tjenestedesign-
metodikk er brukt
aktivt gjennom hele
prosjektet

ÅPNING AV TRIVSELS- VENNKONTOR

2015

*De åpner et kontor
som skal være
en møteplass for
trivselskoordinatorene og
trivselsvenner (frivillige)*

2016 ->

*Jobber med å ansette
trivselskoordinatorene i
dedikerte stillinger*

Vår 2016

*Det blir startet
piloter på de andre
sykehjemmene i
Kristiansund: Frei,
Kringsjø og Bergan*

2015 -2016

*Man jobber med spredning av
tjenesten til flere sykehjem*

2016

2014 -2015

*Ansatte følte de kunne for lite
om frivillighet, og besluttet
derfor å ta videreutdanning som
frivillighetskoordinatorene i Bergen*

*Blir nominert til "Merket
for God design" sin
hederspris for å "på
forbilledlig vis bruke
tjenestedesign for å skape
en frivillighetstjeneste som
er unik i norsk helsesektor"
- DOGA*

SUKSESSFAKTORER OG UTFORDRINGER

I dette prosjektet hadde man i utgangspunktet en stor utfordring - budsjettkutt - som ble snudd til en suksessfaktor - *"Nå må vi tenke nytt!"*. Det viser at skillet mellom utfordringer og muligheter noen ganger bare er et spørsmål om perspektiv: Er glasset halvfullt eller halvtomt? Ser man muligheter eller problemer? I Trivselsvennprosjektet har man hatt engasjerte folk som har vært flinke til å se på mulighetene. Når det er nevnt, så er det mange viktige faktorer som har spilt inn, for at man skal kunne gjøre nettopp det.

Ansatte på Rokilde drar frem viktigheten av erfaring og det å lære av hva andre gjør og har gjort, i tillegg til å jobbe med folk som har den kunnskapen man selv mangler. Det blir derfor også nødvendig med tid og rom til å skaffe seg slik erfaring. I tillegg ble det sett på som viktig at de samme personene fikk lov til å jobbe på prosjektet hele prosjektperioden,

noe som henger tett sammen med erfaring. Dette krever både støtte og tillit fra ledelsen, da det er de som i stor grad kan være med på å bestemme hva ressursene skal gå til.

Det å jobbe strategisk og kontinuerlig med brukerbehov og involvering av interessentene er viktig for å skape en felles forståelse av utfordringsbildet. Ikke bare pasientene, men også pårørende, frivillige, ledelse, politikere og interesseorganisasjoner har i dette prosjektet kommet sammen jevnlig. Det har også positive effekter utover prosjektet, da man får større forståelse for hverandre og av hvordan ting henger sammen, noe som er viktig for å skape en helhet i tjenestene.

Det er ikke til å legge skjul på at, selv om man ser muligheter, så har økonomi vært en utfordring, også her. Prosjektet har sannsynligvis ikke blitt gjennomført uten tilskudd på søknader om finansiering.

En annen utfordring var, og kommer til fortsatt å være, det å skaffe nok frivillige som egner seg til oppgaven. Det er også utfordrende å finne beboere og frivillige som passer sammen og har den kjemien som kreves. I tillegg ligger det i tjenestens natur at det kan være vanskelig når beboere blir syke og/eller går bort, da er det viktig å følge opp. Man må ta disse utfordringene på alvor, men når alt kommer til alt, så veier det positive opp for det negative. De som har jobbet på prosjektet ser ingen grunn til at ikke tjenesten Trivselsvenn skal kunne spre seg til hele landet.

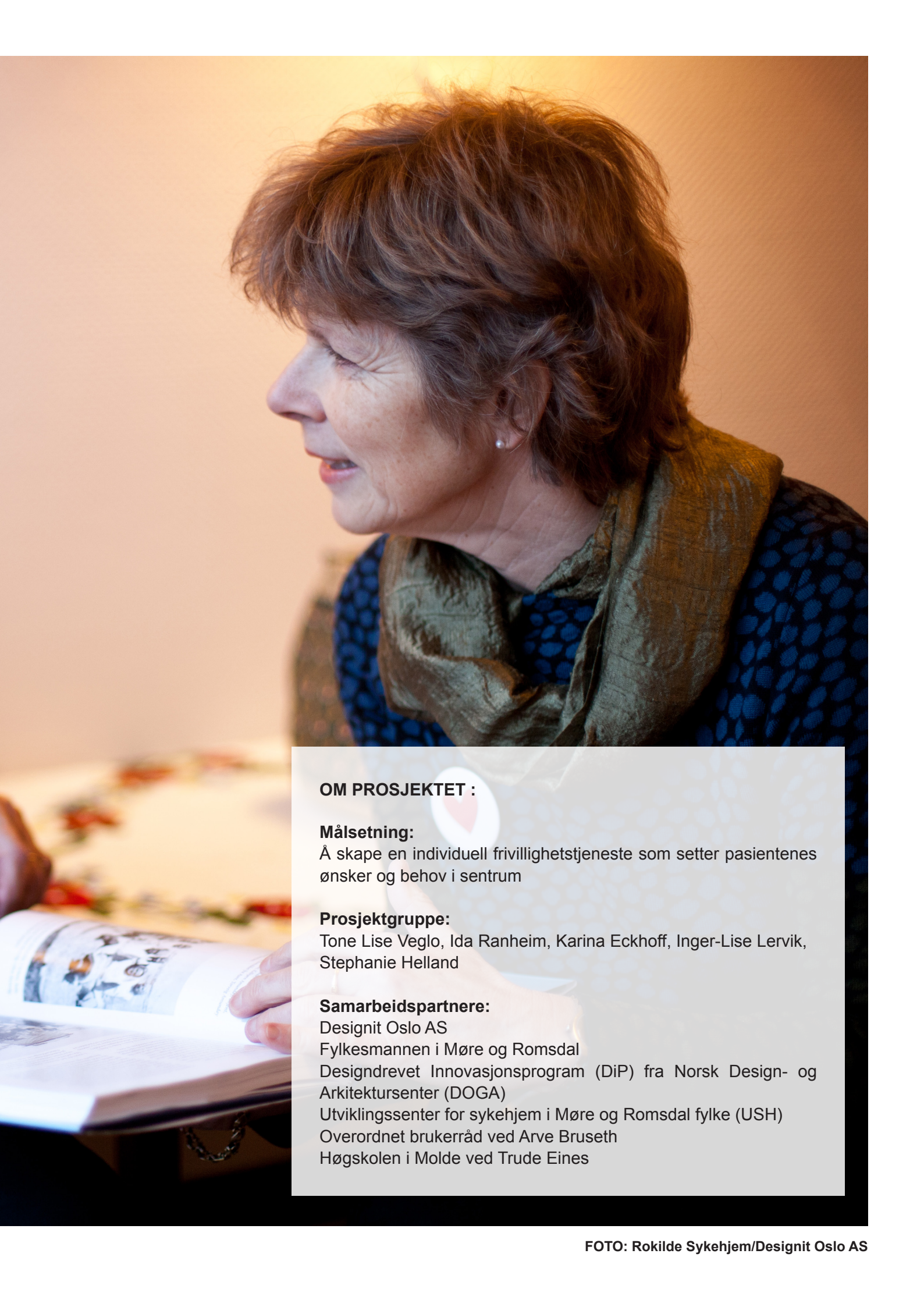
SUKSESSFAKTORER:

- Engasjerte, innovative medarbeidere - ildsjeler - som kan jobbe med prosjektet.
- Skaffe seg erfaring og kompetanse der man ikke har det - utdanning og det å se på hva andre gjør.
- Frikjøp av arbeidskraft (trivselskoordinatorer) - legge til rette for å jobbe med prosjektet.
- Få med både ledere og ansatte - forankring i enheten og støtte fra ledelsen.
- Forankring i politiske føringer.
Man må skape en infrastruktur som legger til rette for den nye tjenesten - tenke helhetlig.
- Ha flere faste møteplasser og arenaer for de ulike interessentene (beboer, pårørende, ansatte, ledelse, politikere, interesseorganisasjoner osv.).
- Det å jobbe tverrfaglig.
- Ikke se på ting som problemer, men muligheter.
- Bruk de samme folkene over tid - kontinuitet.
- Fokus på å skape gode opplevelser for alle - hentet fra tjenesteinnovasjon.

UTFORDRINGER:

- Økonomi.
- Frivillige som ikke er engasjerte.
- Oppfølging av frivillige.
- Koble sammen riktig beboer og trivselsvenn.
- Avslutning av vennskap - Når noen går bort.
- Få dedikert stillingsstørrrelse til trivselskoordinator.





OM PROSJEKTET :

Målsetning:

Å skape en individuell frivillighetstjeneste som setter pasientenes ønsker og behov i sentrum

Prosjektgruppe:

Tone Lise Veglo, Ida Ranheim, Karina Eckhoff, Inger-Lise Lervik, Stephanie Helland

Samarbeidspartnere:

Designit Oslo AS

Fylkesmannen i Møre og Romsdal

Designrevet Innovasjonsprogram (DiP) fra Norsk Design- og Arkitektursenter (DOGA)

Utviklingscenter for sykehjem i Møre og Romsdal fylke (USH)

Overordnet brukerråd ved Arve Bruseth

Høgskolen i Molde ved Trude Eines



Tro, håp og
kjærlighet

3 GATEHOSPITALET

- *Frelsesarmeen*

Frelsesarmeen er kjent for sitt arbeid for mennesker som strever i livet. Det er en solid ideell organisasjon som kan vise til gode resultater, år etter år. Gatehospitalet er et godt eksempel på dette. Et stort antall personer har vært involvert i prosjektet, og de har bidratt med stort pågangsmot og egeninnsats. I tillegg har de vist endringsvilje og åpenhet for å gjøre ting på nye måter. Det har ført til at Gatehospitalet har gått fra å være en god idé til å ha en egen post på Statsbudsjettet.

Utgangspunktet til Gatehospitalet var basert på erfaringer fra Frelsesarmeens feltpleie i Urtegata, og erfaringer fra andre mennesker som hadde jobbet gatenært. Utfordringer som disse hadde registret var at mange rusavhengige hadde store vansker med å fullføre behandling på sykehus, eller at de ikke fulgte opp behandlingen etter at de ble utskrevet, og dermed fikk de liten eller ingen effekt av den. Man så at verken helsevesenet eller sosialapparatet greide å gi tungt rusavhengige den behandlingen de trengte. På bakgrunn av disse og andres rapporteringer om behandling av somatisk sykdom hos rusavhengige søkte Frelsesarmeen om penger fra staten og fikk innvilget midler til å bygge ut 9 sengeplasser for denne pasientgruppen. Hvordan dette skulle gjøres på best mulig måte, var det Marit Myklebust som fikk i

oppdrag å løse, da hun søkte seg inn i Frelsesarmeen.

Marit Myklebust har blant annet vært ordfører i Egersund og "sykepleier i snart 100 år", som hun selv sier, før hun søkte seg inn i Frelsesarmeen. Hennes bakgrunn har kommet godt med i arbeidet med å bygge opp Gatehospitalet.

I forbindelse med etablering av Gatehospitalet hadde Marit ansvaret for å finne egnede lokaler og personale, samt planlegge innholdet i tjenesten. Lokalet som ble valgt, et av Frelsesarmeen sine bygg, måtte totalrenoveres. Det kom, med andre ord, godt med å ha erfaring fra andre byggeprosjekt og vite hvilke "politiske knapper" man skulle trykke på. Men den bakgrunnen Marit selv trekker frem som den aller viktigste kvalifikasjonen til jobben, var hennes erfaringer som sykepleier. "Når man skal

finne ut hvordan man skal bygge opp et omsorgstilbud, som skal treffe sårbare grupper, da passer det godt å være sykepleier", sier Marit. Man må være nysgjerrig, spørrende, interessert, ikke tro at man selv vet best og man må legge fra seg fordommene sine, forteller hun. Dette mener Marit er viktig i helsevesenet, uansett hvor, og med hvilken pasientgruppe, man jobber.

Gatehospitalet startet som et treårig prosjekt og sto ferdig i desember 2004. Da åpnet de en felles avdeling for kvinner og menn. Prosjektet ble utvidet ved forlenging av statsstøtte. I 2008 åpnet de en ny kvinneavdeling. I 2016 utvidet de med en ny avdeling for alvorlig syke og døende, og det er nylig gitt midler til et Gatehospital i Bergen. Man kan for alvor si at dette var et prosjekt som har ført til innovasjon.



Marit Myklebust

FOTO: Silje Eide/Krigsropet/Frelsesarmeen

”Når man skal finne ut hvordan man skal bygge opp et omsorgstilbud, som skal treffe sårbare grupper, da passer det godt å være sykepleier”

- Marit Myklebust

TJENESTEN

OM GATEHOSPITALET

Gatehospitalet er et helse- og omsorgstilbud til rusmiddelavhengige som har store og sammensatte helseproblemer eller problemer som ikke ivaretas i den øvrige helsetjenesten



Sengeplasser for menn



Sengeplasser for kvinner



Sengeplasser på ny avdeling (2016) der 3 er øremerket palliasjon

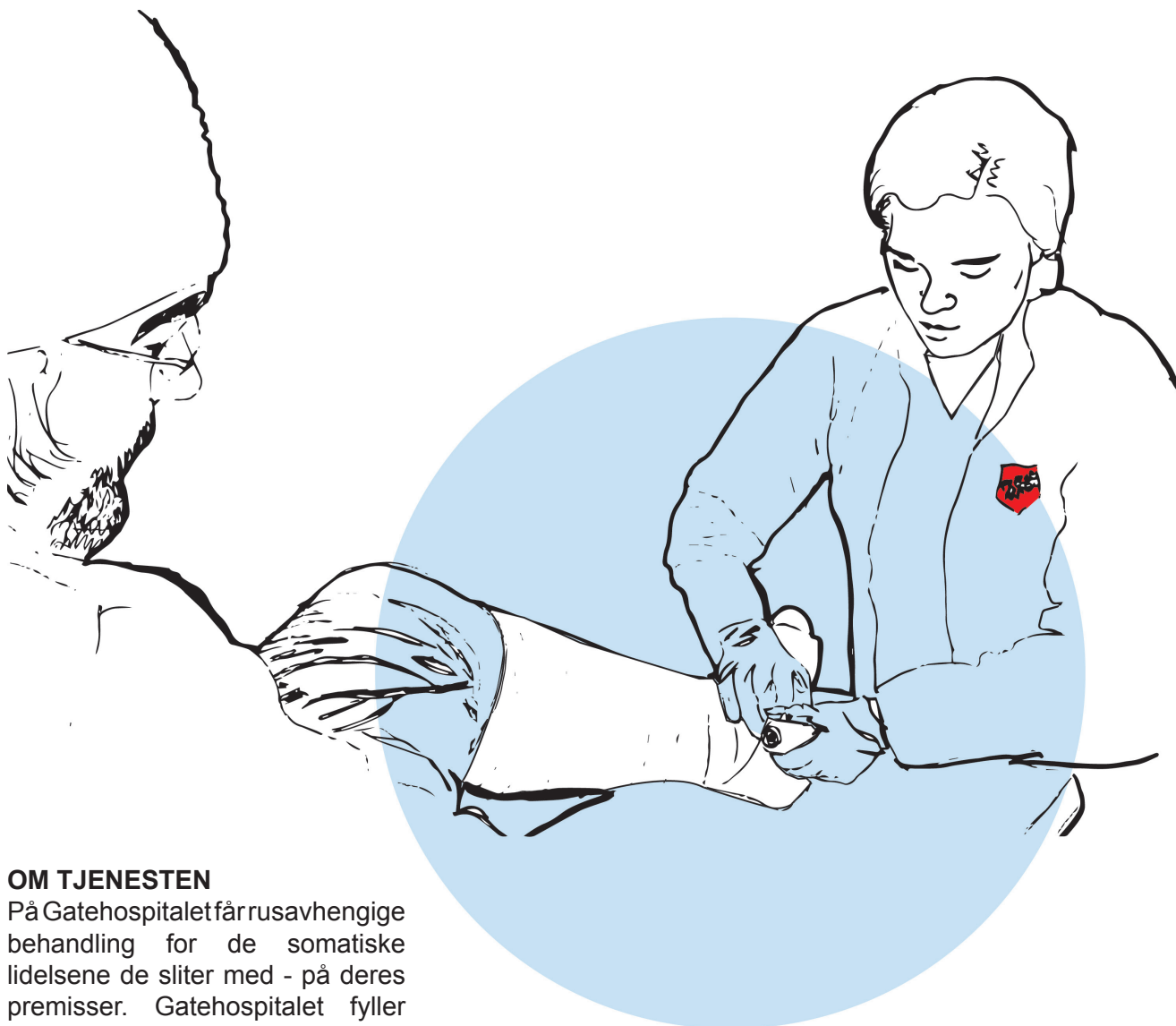
GATEHOSPITALET SKAL FYLLE BEHOV FOR:

Medisinsk døgnpåse ved langvarig sykdom som ikke trenger sykehusinnleggelse

Medisinsk døgnpåse ved underernæring, fysisk utmattelse og en helsemessig kollaps

Medisinsk døgnpåse før innleggelse på sykehus, tannbehandling osv.

Kilde: Frelsesarmeens nettsider www.frelsesarmeen.no



OM TJENESTEN

På Gatehospitalet får rusavhengige behandling for de somatiske lidelsene de sliter med - på deres premisser. Gatehospitalet fyller behov for medisinsk døgnpåleie ved langvarig sykdom. Medisinsk døgnpåleie før innleggelse på sykehus er også et tilbud for denne pasientgruppen.

Mange av reglene knyttet til helse- og omsorgstilbud kan være ganske rigide, av ulike årsaker. Det er gjerne strenge krav til å møte opp til faste tider til behandling og til samtaler. Disse kravene er det ikke alle pasientgrupper som klarer å forholde seg til. Rusavhengige hører ofte til en slik pasientgruppe. På Gatehospitalet strekker de seg derfor langt for å møte pasientenes behov, med hensyn til når og hvordan pasientene ønsker behandling. Samtidig har de klare forventninger til at pasientene skal gjennomføre behandlingstilbudet

de blir gitt på Gatehospitalet. For å oppfordre pasienter til å få struktur i hverdagen har de faste tidspunkt for måltider, men det er ikke noe krav til å møte opp. *"Det å kunne tilrettelegge og være mer fleksibel er noe disse pasientene har behov for, men ting som vold og trusler er vi strenge på. Vi er også strenge på dette med rus [det å snakke om og/eller ta andre stoffer enn de medikamentene de får på Gatehospitalet], fordi vi må passe på de andre pasientene som er her, slik at de ikke blir trigget"*, sier Geir Braaten, som er sykepleier på Gatehospitalet.

ILLUSTRASJON: Anne Karen Aanonli, basert på foto av Camilla Orten/ Krigsropet/Frelsesarmeen

Dette kan og må de være strenge på, da mange av pasientene får medikamenter som for eksempel Subutex eller Metadon for å holde abstinensene under kontroll, slik at de klarer å gjennomføre ulike typer av behandling. Man må derfor ha mest mulig kontroll på at de ikke har tatt rusmidler på forhånd, slik at de risikerer overdose. Dosering og bruk av medikamenter for rusavhengige krever spesialkompetanse, noe det kan være vanskelig å opparbeide seg på andre sykehus, der man ikke har de samme rammene og denne pasientgruppen bare utgjør en brøkdel av pasientene.

PASIENTENE

Hovedvekten av pasientene er mellom 35 og 50 år, og de har ofte hatt et langt og hardt liv med rus, mange av dem uten fast bopel. Flesteparten av pasientene som får plass på Gatehospitalet, kommer fra sykehusopphold og fra feltstasjoner. I tillegg er det etablert samarbeid med spesialiserte ruspoliklinikker, som har legemiddelassistert rehabilitering (LAR), og fastlegene.

Inntrykket til flere av de ansatte på Gatehospitalet er at karakteristika ved pasientgruppen deres har endret seg, pasientene er mer syke og det forekommer større grad av komorbiditet¹.

SENGEPOST

I 2004 ble det åpnet en sengepost for både kvinner og menn. Man observerte imidlertid at kvinner hadde andre behov enn menn, *"Disse damene har ofte dårlige relasjoner til menn"*, nevner sykepleier og avdelingsleder på palliativ avdeling, Toril, som en annen årsak. I 2008 ble det derfor startet opp rene dame- og herreavdelinger.

FLAT STRUKTUR

Relasjonene mellom pasienter, sykepleiere, leger og annet helsepersonell er stort sett gode på Gatehospitalet. Pasienter uttaler at de føler seg forstått og respektert, noe som ikke alltid har vært tilfellet i deres liv. Mye av grunnen til dette er at man har mer tid enn andre steder. *"Vi er heldige her fordi vi er mye helsepersonell, og jeg føler av vi får tid til å behandle. Mange andre steder er de sikkert flinke til å behandle også, men de har ikke tid"*, sier Geir.

En annen grunn til det gode miljøet er en flat struktur, der sykepleiere, leger, annet personell og pasienter, alle blir hørt, og dermed har innvirkning på behandlingen som blir gitt. Måltider blir også trukket frem som et eksempel på den flate strukturen, fordi det er en møteplass for ansatte og pasienter, der de spiser sammen. *"Det er en plass vi kan bare være mennesker, ikke nødvendigvis sykepleier og pasient"*, sier Anette Fredriksen som er sykepleier og en av to avdelingsledere for de rene dame- og herreavdelingene.



1. Komorbiditet; samtidige sykdommer (samsykelighet), forekomst av flere ulike sykdommer eller lidelser samtidig hos samme person (kilde: Store norske leksikon)

Måltid på dameavdelingen
FOTO: Silje Eide/Krigsropet/Frelsesarmeen



**” Det er en plass vi kan
bare være mennesker,
ikke nødvendigvis
sykepleier og pasient”**

- Sykepleier og avdelingsleder Anette

INNOVASJONSPROSESSEN

2002

På bakgrunn av Frelsesarmeens erfaringer og rapporten "Det verste er å skrive dem ut - til gata: utredning om et utvidet helsetilbud for tunge rusmisbrukere", av Elsa Døhlie, ser politikere behovet for et tilbud for tunge rusmisbrukere med somatiske lidelser

Frelsesarmeen har en lang historie med å jobbe med de svakeste i samfunnet. De har vært banebrytende på flere områder innen blant annet rusomsorg.

Evaluering fra eksterne aktører er brukt aktivt i prosjektet for å vise effekt. Diakonhjemmet er et forskningsmiljø som er blitt brukt.

ÅPNING GATEHOSPITALET 1 SENGEPOST FOR KVINNER OG MENN

Det er satt av 20 millioner i statsbudsjettet til et Gatehospitalet i Bergen. Planlagt oppstart er 2017.

2004

Et treårig prosjekt ble startet opp i januar 2004 og 11 måneder senere stod et totalrenovert Frelsesarmeen bygg ferdig til å ta imot pasienter.

2016

Helseministeren åpnet den nye palliative avdelingen 1. september 2016. Dette er Norges første avdeling med palliative plasser for rusavhengige.

Man så tidlig at man trengte en dameavdeling, da de har andre behov enn menn, for å kunne fullføre behandling, men det kom ikke flere plasser før i 2008

2008

Ny sengepost: Kvinner og menn blir adskilt og man utvider med 8 plasser

2014

Gatehospitalet fortsetter å jobbe for en palliativ avdeling, selv om de ikke har fått statlige midler til drift og en ny avdeling blir ferdigstilt

2015

Gatehospitalet får tilskudd av staten til drift av den palliative avdelingen: 7 nye plasser for kvinner og menn, der 3 er øremerket palliative pasienter.

2010

Rapporten "Siste dager" kommer ut og er med på å vise behovet for en palliativ avdeling: Sengepost for alvorlig syke og døende rusavhengige

SUKSESSFAKTORER OG UTFORDRINGER

Sterkt engasjement, pågangsmot og det å ta utgangspunkt i et stort behov har vært deler av oppskriften, for å lykkes med Gatehospitalet.

En suksessfaktor som blir nevnt med tanke på å skape en tjeneste som videreføres over tid, er godt arbeidsmiljø.

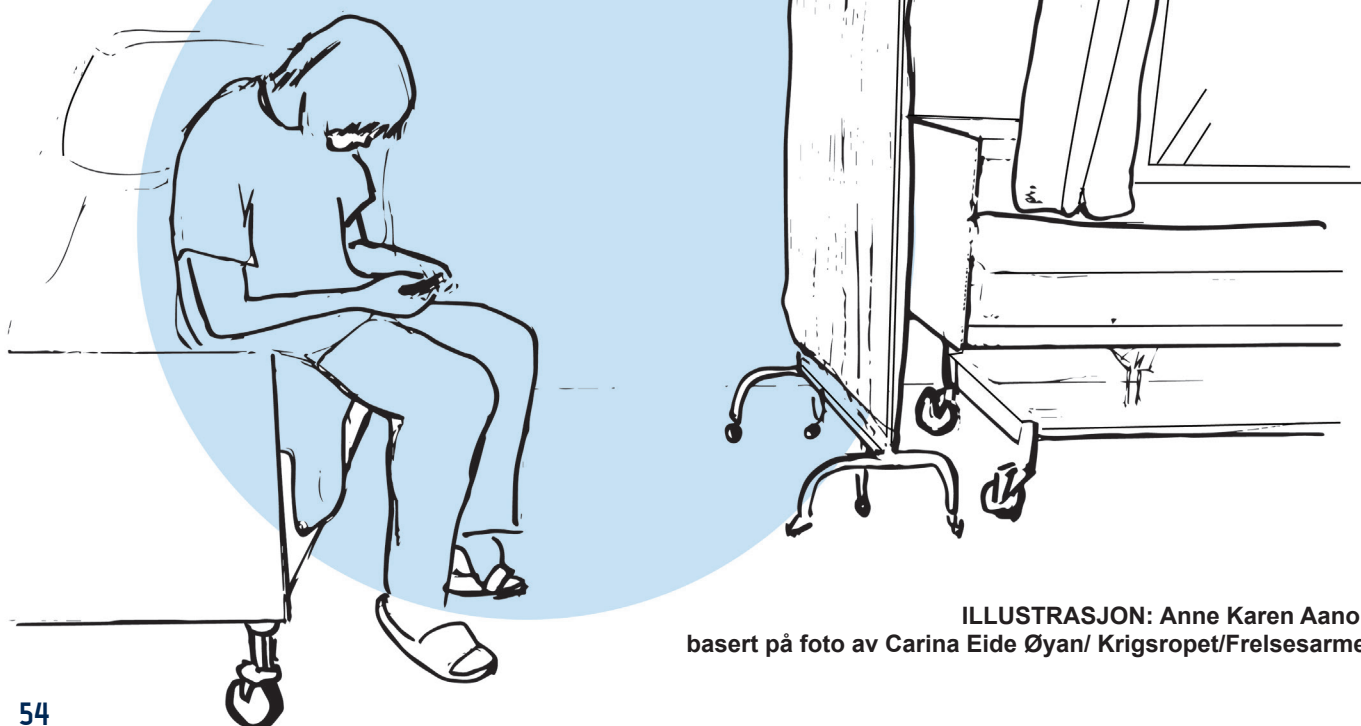
Det som blir fremhevet i forhold til sykepleierens rolle er kontinuitet og nestekjærlighet. *"Det som er den viktigste egenskapen hos medarbeiderne er evnen til å kunne vise stor innlevelse og kjærlighet for våre pasienter",* sier Toril.

De fleste sykepleierne som jobber på Gatehospitalet er erfarne og har gjerne store stillingsprosenter. Dette gjør at både pasienter og ansatte opplever en kontinuitet og trygghet i tjenesten. Det kan komme godt med da pasientene ofte har tilknytningsproblemer til andre mennesker, og det kan være utfordrende å skape gode relasjoner.

Det er ikke uvanlig at det skjer uforutsette hendelser i løpet av en dag og personalet er trent på å se behovet når det oppstår. De

vet hvordan de skal kunne ta tak i utfordringene og sette tiltak ut i livet.

Gatehospitalet i Oslo har vist oss at det er mulig å gjøre en forskjell og få gjennomført innovative prosjekt som blir til en ny tjeneste. Bergen følger etter med etablering av et Gatehospital i 2016 og det viser muligheter for spredning til flere byer i Norge.



ILLUSTRASJON: Anne Karen Aanonli, basert på foto av Carina Eide Øyan/ Krigsropet/Frelsesarmeen

SUKSESSFAKTORER:

- Forankring i en solid organisasjon.
- Ledere som er pådrivere og har tro på at dette skal vi få til.
- Team / Personal har engasjement, respekt og omsorg for denne gruppen pasienter.
- De har lojalitet overfor hverandre og pasientene.
- Det er kontinuitet i arbeidsstokken og de er godt bemannet med sykepleiere, vernepleiere og leger - dette gir fleksibilitet.
- Det er godt arbeidsmiljø.
- De har et felles mål, i tillegg til at de diskuterer det felles målet til enhver tid.
- Det gjennomføres evaluering og debriefing på vakt.
- Personer med erfaring og/eller trygghet ble brukt i oppstart (og senere).
- Forskning er brukt for å bevise effekt av tjenesten og argumentere for utvidelse.
- Tid - Pasientene får god tid til å komme seg.
- Klare og strenge regler i forhold til rus - dette gir trygghet for pasientene.
- Fokus på samarbeid med andre tilbud.

UTFORDRINGER:

- Pasientgruppen har i stor grad et kaotisk liv, som er lite forenelig med ivaretagelse av egen helse.
- Pasientgruppen har ofte lite nettverk og de kan ha negative relasjoner til de som er i nettverket.
- Pasientgruppen sliter ofte med flere lidelser og sykdommer samtidig; somatiske lidelser, psykiske lidelser og rusavhengighet.
- Det er mange flere som trenger hjelp, og ventelistene for å komme inn er lange.
- Det er vanskelig å finne gode plasser å skrive ut de aller sykeste pasientene til, når de er ferdig behandlet på Gatehospitalet, hvis de ikke har noe sted å bo.

Hjælpekunst

«At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst. Enhver, der ikke kan det, han er selv i en Indbildning, naar han mener at kunne hjælpe en Anden. For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han – men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke.»

Søren Kierkegaard (1813–55)

4 AKTIVITETSTILBUD

- til personer med demens i tidlig fase

Når de to geriatriske sykepleierne, Anne og Liv, møtte personer med demens, som hadde et behov de tradisjonelle dagavdelingene ikke kunne dekke, tenkte de i nye baner for å finne løsninger. Dette ble til et prosjekt, som skulle kreve mye slit og stivfrosne fingre, men som ikke bare har ført til et bedre tilbud for personer med demens i tidlig fase, men også gagnet kulturtilbudet i Ålesund kommune.

BAKGRUNN: I 2008 startet Ålesund kommune opp en ny enhet som har ansvar for demensarbeid og forebyggende arbeid. Herunder ligger også et ansvar for å utvikle nye tjenester. De to geriatriske sykepleierne, Liv Aarseth Lied og Anne Roald, så at ikke alle passet inn på den tradisjonelle dagavdelingen. De møtte blant annet personer på sin egen alder, med slitne pårørende og mangel på mestringsopplevelser, som var falt ut av arbeidslivet. Det var starten på arbeidet med å finne et bedre aktivitetstilbud for yngre personer med demens. Det ble senere også utvidet til et aktivitetstilbud for eldre personer med demens i tidlig fase.

Idéen gikk ut på å bruke nærmiljø og kulturtilbud samt finne uteområder i kommunen til å skape bedre tilbud til disse personene. "Vi må ut i frisk luft, sa Anne. Ja, vi må ut i frisk luft, svarte jeg", forteller Liv, da vi spør om hva som var utgangspunkt

til idéen. "Fysisk aktivitet og frisk luft har mye å si for helsen!", forklarer Liv. Deretter tenkte de på hvilke muligheter de hadde innenfor Ålesund kommune, der områdene til Sunnmøre Museum raskt kom opp som et alternativ. De mannen seg opp og tok kontakt med Sunnmøre Museum, der direktøren, Ivar Braathen, sa "JA!", men henviste dem videre til Ingvill. Ingvill Naalsund, en dedikert og engasjert museumsformidler, ble dermed kontaktperson og har vært en viktig samarbeidspartner i utformingen av tilbudet.

Selve prosjektet, "Aktivitetstilbud til yngre personer med demens", startet en kjølig vestlandsdag, høsten 2010. Prosjektet var tildelt Skjønnsmidler fra Fylkesmannen tidligere det året, og nå var det klart for oppstart. Det tok litt tid å finne formen på prosjektet, og i starten hadde de "Ytterlandsstova" som base; et hus som ble bygget

rundt 1840, som hadde begrenset isolering og oppvarmingsmulighet, slik at de frøs mye i starten - før de fikk montert varmpumpe. Museet ble bedt om å finne passende oppgaver og meningsfylt arbeid til dem.

På veien har det vært flere opp- og nedturer. De har blant annet vært nære på å legge ned hele prosjektet på grunn av mangel på finansiering. Det er mye egeninnsats som er lagt inn for å få det til å gå rundt. Men etter mye jobb, litt flaks og mye moro er tilbudet nå videreført til ordinær drift og er per i dag et interkommunalt tilbud med deltagere fra flere kommuner.



(f.v.) Anne Roald og Liv Aarseth Lied
FOTO: Ålesund kommune

” Vi må ut i frisk luft, sa Anne. Ja vi må ut i frisk luft, svarte jeg”

- Geriatrisk sykepleier Liv

DEN NYE TJENESTEN

OM TJENESTEN: Deltagerne er personer med demenssykdom som ønsker og trenger et aktivitets-tilbud. De blir hentet av de ansatte i tjenestetilbudet, og starter dagen sammen, med frokost i sine egne lokaler.

Sunnmøre Museum, avdeling Borgundgavlen er et godt kjent museumsområde for folk i Ålesundsregionen. Her er det rester av middelalderbosetninger, og bygninger fra forskjellige tidsepoker. Området krever mye arbeid for å holdes ved like, og her kommer "dugnadsgjengen" inn, som museet kaller den. De foretar landskapspleie (kvisting, klipping, rydding av skogsområder), enkle reparasjoner, tekstilarbeider, foring av dyr, maling, tilberedning av lunsj og baking. Aktivitetene tilbys, så langt det er mulig, ut fra den enkelte deltakerens interesser. For å få gjort enkelte oppgaver

er man også avhengig av frivillige. Området har i tillegg fine turmuligheter og gruppa går faste runder på naturstien.

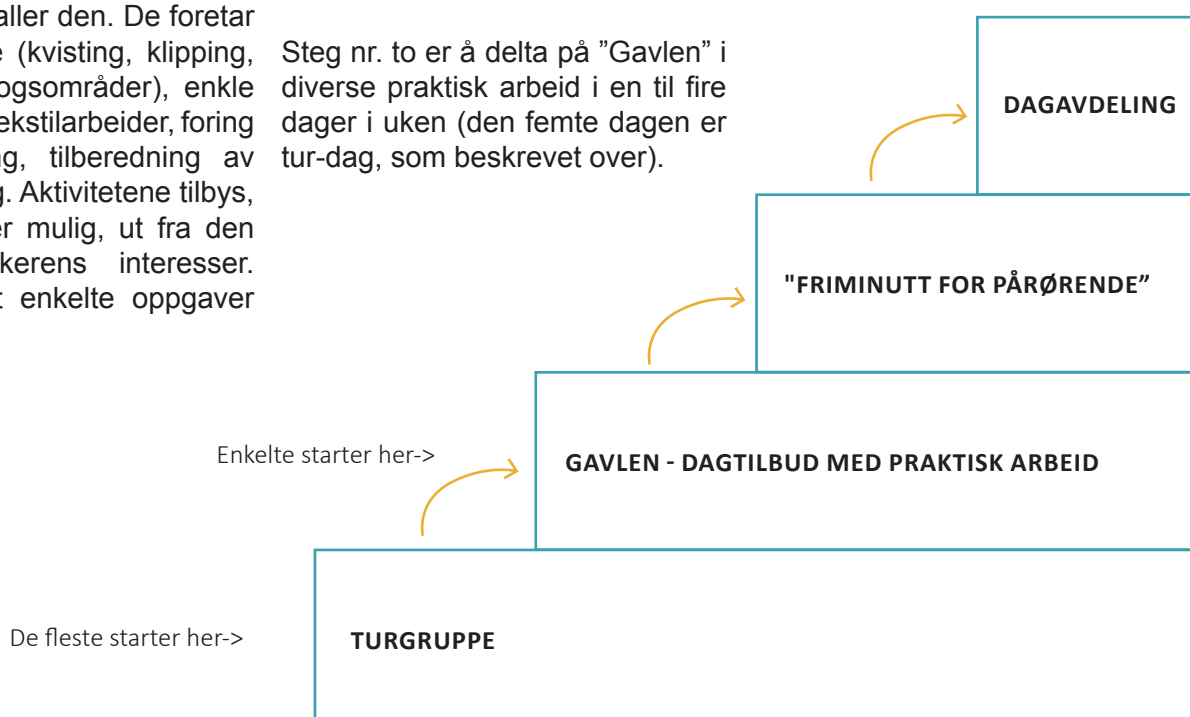
Dagens tilbud kan illustreres som en trapp (se figur) der man begynner i ulike trinn i trappen, alt etter behov.

Det nederste trinnet er et lavterskeltilbud der deltakerne er med i en turgruppe, som benytter seg av nærområde, for å være fysisk aktive. *"Fysisk aktivitet er veldig viktig"*, var det flere som la vekt på i intervjuene.

Steg nr. to er å delta på "Gavlen" i diverse praktisk arbeid i en til fire dager i uken (den femte dagen er tur-dag, som beskrevet over).

Neste trinn i trappen er "friminutt for pårørende", som er inspirert av en modell fra Bærum, der pårørende får avlastning, men pasienten kan være hjemme og få bistand fra samme person ved hvert "friminutt".

Trinn nr. fire er en tradisjonell dag-avdeling



Illustrasjon av dagtilbud for personer med demens i Ålesund

Til daglig arbeider en miljøterapeut og en hjelpepleier i geriatri i prosjektet. I perioder har man fått personalressurser fra NAV og fra Sunnmøre Museum, blant annet til tilrettelegging av arbeidsoppgaver for deltakerne. Liv og Anne er prosjektansvarlige og har i oppgave å kvalitetssikre prosjektet, rekruttere deltakere og veilede personalgruppa.

Målet er å være mest mulig i Borgundgavlen, men de drar også på turer i nærområdet. Deltagerne er med på å bestemme hvor de skal dra, og det har ført dem på tur med hurtigruta, besøk på Moldejazz og ulike dugnadsaktiviteter rundt om i kommunen.

Museumsformidler Ingvill sier at denne gruppa er med på gjøre museet til et "levende museum". De gjør viktig arbeid for museet som de ikke nødvendigvis kunne prioritert selv, og det fører til liv og røre når de utfører arbeid på området og tar bygningene i bruk.



Ytterlandsstova
FOTO: Ålesund kommune

” Gruppa er med på å gjøre Borgundgavlen til et levende museum!”

- Museumsformidler Ingvill

INNOVASJONSPROSESSEN

2010

Skjønnsmidler på 160 000 kr ble tildelt fra fylkesmannen i Møre og Romsdal

Samarbeidsprosjekt mellom virksomhet Aktivisering og velferdstjenester i Ålesund kommune, Sunnmøre Museum og kommunens hjelpemiddelavdeling

2008

Geriatriske sykepleiere, Liv og Anne, ser at yngre personer med demens mangler tilpassede tilbud og ønsker å møte deres behov - arbeidet med å utvikle et konsept, sette sammen prosjektgruppe og søke midler starter

2008

En ny virksomhet i kommunen ble opprettet: Aktivisering og velferdstjenester i Ålesund kommune
Virksomhetsleder: Ida Lindstad Skotheim

Frivillige har vært en viktig del av prosjektet og en viktig faktor i å få tilbudet til å fungere

Men frivillige trenger også oppfølging og opplæring - her har Frivillighetsentralen kommet inn

En viktig oppgave har vært å bruke personale med faglig tyngde og trygghet

PROSJEKTSTART: "AKTIVITETSTILBUD FOR YNGRE PERSONER MED DEMENS"

Oktober 2010

*"Alder har mindre å si enn funksjonsnivå"
Tilbudet skulle opprinnelig gis til yngre personer med demens. Men med støtte i professor Kirsti Skovdahls forskning fra 2010-2012, vektlegges funksjonsnivå mer enn alder i dag.*

ORDINÆR DRIFT

fra 2015

Videreutvikling av tilbudet pågår kontinuerlig. For eksempel så har man med midler fra Gjensidigestiftelsen renoverert og innredet et gammelt stabbur på tunet til et minitreningssenter og verksted.

2013

Prosjektet avsluttes formelt, men man fortsetter å jobbe på Gavlen, spre informasjon og resultater på konferanser o.l. og jobbe med implementering i to år før tilbudet blir en del av ordinær drift

2012

Prosjektet fikk tildelt skjønnsmidler fra fylkesmannen i Møre og Romsdal i flere år, noe som var med å holdt liv i prosjektet. Men det hjalp virkelig når Helsedirektoratet øremerket midler til "Etablering og drift av dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens"

2016

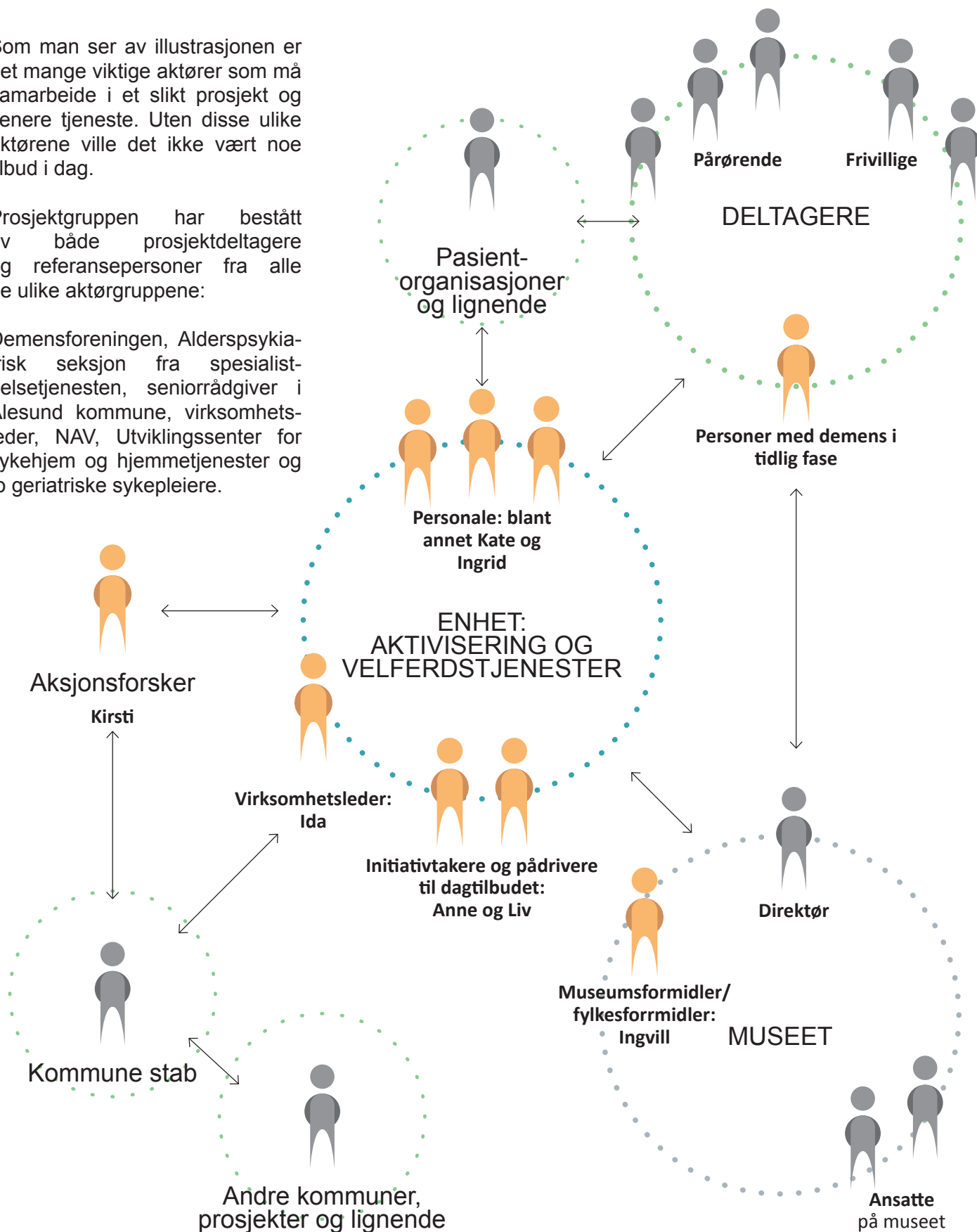
Ålesund fortsetter å fokusere på tilbud til personer med demens: Ålesund kommune har inngått en samarbeidsavtale med Nasjonalforeningen for folkehelse om å bli en demensvennlig kommune.

AKTØRER

Som man ser av illustrasjonen er det mange viktige aktører som må samarbeide i et slikt prosjekt og senere tjeneste. Uten disse ulike aktørene ville det ikke vært noe tilbud i dag.

Prosjektgruppen har bestått av både prosjektdeltagere og referansepersoner fra alle de ulike aktørgruppene:

Demensforeningen, Alderspsykiatrisk seksjon fra spesialisthelsetjenesten, seniorrådgiver i Ålesund kommune, virksomhetsleder, NAV, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester og to geriatriske sykepleiere.



Turer og jobbing på Borgundgavlen
FOTO: Ålesund kommune



Om prosjektet

Målsetting

Skape en aktiv og meningsfylt hverdag med aktiviteter som er individuelt tilrettelagt for personer med demens, utenfor tradisjonelle institusjonsmiljøer. Avlastning for pårørende.

Organisering

Prosjektgruppe: Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) i Møre og Romsdal, Helse Sunnmøre, Ålesund kommune.

Referansegruppe: NAV, Eldrerådet, Ålesund og omegn demensforening,

Styringsgruppe: Ålesund kommune, Helse Sunnmøre.

Samarbeidspartnere

Sunnmøre Museum, Dyreklubben Borgund, Teknisk hjelpemiddelservice.

Et forskningsprosjekt som fulgte aktivitetstilbudet fra 2010 til 2012 fant sted i samarbeid mellom Ålesund kommune, Høgskolen i Ålesund og Høgskolen i Buskerud v/professor Kirsti Skovdahl.

Kilde: Aldring og helse - Nasjonal kompetansetjeneste

SUKSESSFAKTORER OG UTFORDRINGER

Det var ikke bare lett i oppstarten av prosjektet. *”Det var så kaldt at vi hadde på oss votter, lue og ytterjakke når vi satt inne i stova”*, sier geriatrisk hjelpepleier Ingrid og mimrer tilbake til da de startet opp. Hun var med på oppstarten av prosjektet. Hun har videreutdanning innen geriatri og mye erfaring innen fagfeltet. Dette er blitt pekt på som en suksessfaktor i prosjektet – personale med erfaring og trygghet til å bevege seg utenfor kjente rammer. Dette poengterer også miljøterapeut og hjelpepleier Kate Vestre, som har jobbet i Gavlen siden 2012. *”Dette er min drømmejobb, men jeg kunne ikke gjort dette da jeg var 20 år. Man trenger erfaring og trygghet”*, sier Kate.

Vel så viktig er det å trives med de oppgavene de skal gjøre på Gavlen og det å være glad i å være ute. Det er med andre ord en helhet som må stemme for å finne gode kandidater til slike stillinger, og spesielt i oppstarten er det avgjørende.

En annen utfordring har vært å skape en god overgang for brukerne fra det å være på Gavlen til å gå over til den ordinære

” Dette er min drømmejobb, men jeg kunne ikke ha gjort dette da jeg var 20 år. Man trenger erfaring og trygghet”

- Miljøterapeut/hjelpepleier Kate

dagavdelingen. *”De blir jo glade i Gavlen og ønsker å fortsette å være der, selv om de egentlig blir for dårlige”* er det flere i prosjektgruppen som nevner. For å løse denne utfordringen har de i dag en gradvis overgang, der man begynner med én dag i uken på dagavdelingen og resten på Gavlen, for så å øke antall dager etter hvert, til man til slutt bare er på dagavdelingen.

Økonomi blir også trukket frem som en utfordring. Midler fra fylkesmannen, egeninnsats, midler fra Helsedirektoratet er bare noen av finansieringskildene. *”I starten fikk vi ikke bruke midlene fra Helsedirektoratet til lønn. Dette*

var virkelig en hemsko – det var jo det vi trengte midler til. Dette ble heldigvis endret etter hvert”, sier Liv. Avgjørende for å få finansiering til prosjektet har det også vært å ha med seg aksjonsforsker Kirsti Skovdahl, på laget. Det å kunne bevise effekt og presentere resultat har vært viktig både med tanke på forankring, finansiering og spredning av tiltaket.

Alt dette viser at det ikke er lett å få et prosjekt fra idé til innovasjon, men med en god idé, godt pågangsmot, flinke prosjektdeltagere og en liten dose flaks, kan man få til det meste!

SUKSESSFAKTORER:

- Sykepleiere med støtte og pågangsmot til å ta tak i behov og komme opp med nye idéer for å møte behovene.
- Kompetanse, trygghet og personlig egnethet for arbeidet hos ansatte.
- En positiv museumsledelse og god kommunikasjon kontinuerlig med museet.
- Tilgang på egnede lokaler i museet, og passende arbeidsoppgaver.
- Transport - det å hente og bringe deltagere.
- Forankring og tverrfaglig prosjektgruppe.
- Synliggjøring av prosjektresultat, blant annet gjennom samarbeid med aksjonsforsker.
- Rekruttert frivillige til å hjelpe til med større oppgaver som for eksempel trefelling. Dette krever også ressurser, men gir muligheter og ekstra kapasitet.
- God faglig og politisk forankring.
- En behovsdrivet og personsentrert tilnærming.

UTFORDRINGER:

- Økonomi er alltid en viktig faktor og ofte en utfordring i slike prosjekt, det var det også her: Finne finansiering og få bruke midlene til det de trengte var utfordringen her.
- Det kan være veldig kaldt i Gavlen (museet). Dette gjør at det ikke passer for alle. I starten frøs vannet, og de måtte gå på do i at annet hus på museumsområdet.
- Utfordrende å få til en god overgang når personen ikke lenger er frisk nok til å ha nytte av tilbudet. Viktig å få til en smidig overgang til andre tilbud og samtidig ikke overskygge andre viktige tilbud.
- Finne deltagere som fungerer med resten av gruppen - rekruttering av deltagere var en viktig og krevende del av prosjektet. Funksjonsnivå og interesseområder er nå viktigere enn alder, som var et "inntakskriterium" i starten av prosjektet.



Barn

Å møte et barn i blikket
er mer enn et møte med vår:
Det er som å dra på en reise
tilbake titusener av år.

- *André Bjerke*

5 NURSE-FAMILY PARTNERSHIP®

- *Utprøving av lisensbasert program i Norge*

Da jordmor Tine Gammelgaard Aaserud i Rælingen kommune fikk høre om en kommende utprøving av Nurse-Family Partnership® (NFP) i Norge, visste hun at dette ville hun være med på. NFP er et av verdens best dokumenterte programmer for å hjelpe unge, kommende mødre og deres barn som befinner seg i en sårbar livssituasjon. Programmet inneholder nøye instruksjoner for hvordan det skal brukes. Likevel er den enkelte sykepleiers kompetanse avgjørende for å oppnå et godt tilbud.

NURSE-FAMILY PARTNERSHIP® (NFP) er et program der sårbare førstegangsfødende får nøye oppfølging gjennom graviditet og i barnets to første leveår, i tråd med foreldrenes egne ønsker og verdier. Sykepleiefaglig teori og praksis er sentralt i programmet. Familiene som mottar tilbudet får inntil 64 hjemmebesøk av sykepleiere gjennom de to og et halvt årene de mottar tilbudet. For å sikre kontinuitet i oppfølgingen får familiene oppfølging av samme sykepleier gjennom hele perioden. Opphavsmannen til NFP, prof. David Olds, startet utviklingen av programmet på 1970-tallet, og siden den gang har NFP blitt utprøvd og forsket på i en rekke land. Denne utprøvingen har gitt gode resultater, blant annet relatert til bedre helse for mor og barn under svangerskapet, færre skader som kan være

forbundet med barnemishandling og omsorgssvikt, samt redusert avhengighet av offentlig støtte for mor.

ANDRE PROSJEKT SOM HAR "BANET VEI" FOR NFP

Det har vært flere prosjekt i Norge som har vist at nær kontakt mellom kommende mødre og jordmor på hjemmebesøk kan gi svært positive effekter. Tine Aaserud fremhevet også et beslektet prosjekt i Troms kalt "Gravid og i arbeid". Det ble ledet av bedriftsjordmor og rådgiver Kathrine Kanebog Thorsen i Sør-Troms HMS-tjeneste. Bedriftene som deltok i prosjektet satset på bedre tilrettelegging for gravide. Sykefraværet ble redusert med 85 % (eller nesten 14 uker pr. gravide).

BAKGRUNN:

I 2014 ble det politisk vedtatt at NFP-programmet skulle prøves ut i Norge. Det var Inga Marte Thorkildsen (SV), Barne-, likestillings- og inkluderingsminister 2012-13, som først foreslo å implementere NFP i Norge. Dette ble fulgt opp med stort engasjement av Solveig Horne (FrP) da hun tok over som Barne- og likestillingsminister i 2013, og det ble inngått samarbeid mellom Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet som øverste ansvarlige og Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse ved RBUP Øst og Sør, om utprøving av programmet i Norge. Formålet med utprøvingen er å undersøke om NFP også kan fungere godt i Norge.



”Det handler om en styrkebasert og ressursorientert tilnærming. Ingen av de teoretiske tilnærmingene er nye, men måten man bruker dem på er ny.”

- Fagsjef RBUP Tine Aaserud

Jordmor Tine Aaserud har lenge vært en pådriver for forbedringsarbeid, og i 2015 ble hun ansatt som nasjonal fagsjef ved RBUP, Regionsenter for barn og unges psykiske helse - Helseregion Øst og Sør, som ansvarlig for den norske utprøvingen av NFP-programmet. Tine forteller at hun samarbeider tett med internasjonale miljøer som jobber med NFP-programmet. Hun opplever et spesielt fellesskap med

de andre sykepleierne som jobber med programmet, både nasjonalt og internasjonalt. Dette mener hun kan være fordi alle, uavhengig av nasjonalitet og bakgrunn, tror på økologisk teori, tilknytningsteori og mestring.

”Det handler om en styrkebasert og ressursorientert tilnærming. Ingen av de teoretiske tilnærmingene er nye, men måten man bruker dem på er ny.” (Tine Aaserud, fagsjef, RBUP).

Videre mener hun at siden sykepleierne i NFP-programmet har samme teoretiske tilnærming, tar det bare et øyeblikk for dem å være ”på nett”, til tross for at de kan komme fra svært ulike land. Tine opplever at andre land er svært interessert i hvordan utprøvingen av NFP-programmet går i Norge, da Norge skiller seg fra flere andre land ved å ha ”helsetjenester for alle”.

TJENESTEN

MÅLGRUPPEN er førstegangsfødende og deres pårørende som befinner seg i en sårbar livssituasjon.

MÅLSETTINGEN er å fremme helse og sosial likhet, og det overordnede målet er (1) å forbedre mødre og barns helse i svangerskapet, (2) fremme barns utvikling og oppvekstvilkår, og (3) forbedre foreldres helse og fremtidige livssituasjon.

VALG AV UTPRØVINGS-OMRÅDER

NFP-programmet gir klare retningslinjer også for hvordan det skal implementeres. For å finne utprøvningsområder ble det kunnngjort en invitasjon til kommunene der de ble bedt om å sende inn en beskrivelse av hvorfor de syntes det ville være interessant å være med i utprøvingen. Dermed fikk man svært motiverte kommuner å snakke med, og det ble gjennomført samtalerunder med dyktige personer på ledernivå. Det endte med at man valgte å sette i gang to piloter i Norge. Den ene utføres i Oslo, i bydelene Gamle Oslo og Søndre Nordstrand, og den andre utprøvingen er i Rogaland, i kommunene Sandnes, Stavanger og Time.

Neste skritt var å få etablert et lokalt råd og solid forankring i hvert utprøvningsområde. Det var en krevende, men interessant prosess. Det var spesielt utfordrende å skaffe nødvendig politisk forankring, noe som kreves i retningslinjene for implementering av NFP. På det ene stedet var man så heldig at en lokal jordmor gikk inn i politikken, og da løsnet det.

OM TJENESTEN

I NFP-programmet jobber de ut fra at familiene er eksperter på seg selv. De forteller ikke en forelder hva hun eller han bør gjøre, men stiller heller spørsmål som: *"Hva slags forelder ønsker du å bli?"* Mange av mødrene som mottar tilbudet har selv hatt tøffe og krevende oppvekstvilkår, noe som kan påvirke hvordan de selv opplever rollen som forelder. Tine forteller at en mor kan oppleve at barnet sparker og skriker bare for å være slem. En viktig oppgave for sykepleierne er å jobbe med å legge til rette for at moren skal kunne gi eget barn trygghet, til tross for at hun muligens ikke fikk denne tryggheten i egen oppvekst. *"Det handler i høy grad om å fremme helse og sosial likhet"*, forteller Tine.

I Norge har de valgt å kalle sykepleierne som jobber i NFP-programmet for familiesykepleiere. Tine forteller at til tross for at NFP-programmet er stramt og det meste, ned på et meget detaljert nivå, er beskrevet, er det det relasjonelle arbeidet som er avgjørende.

"Det er ytterst viktig å få fram at det er kompetansen hos familiesykepleierne som driver hele verket." (Tine Aaserud, fagsjef RBUP)

For å få rekruttert de mest egnede sykepleierne til NFP-programmet ble det gjennomført en omfattende intervju prosess, som i tillegg til søknad og CV, blant annet innebar rollespill og "speeddating" mellom sykepleiere og brukerrepresentanter.

Sykepleierne fikk også en oppgave der de fikk forberede seg i en halv time før de skulle reflektere over temaet i oppgaven. Tine, som gjennomførte rekrutteringsprosessen i samarbeid med en tverrfaglig gruppe, forteller at de har fått rekruttert svært dyktige personer. *"Jeg føler at vi har fått de absolutt beste folkene ombord til å gjennomføre dette her"*, forteller

” Terrible things can be prevented and good things can be made to happen with the involvement of nurses with these families early in their lives.”

– David Olds, Ph.D., professor of pediatrics, University of Colorado Denver and Nurse-Family Partnership program founder www.nursefamilypartnership.org

hun. I begge utprøvningsområdene i Norge er det blitt ansatt et team med tilknytning til RBUP. Teamet består av en NFP-veileder, fire familiesykepleiere og en halv sekretærstilling.

Veilederens oppgaver innebærer blant annet å ha kontakt med de tjenestene teamet skal samarbeide med og å gjennomføre ukentlig veiledning med hver enkelt familiesykepleier. Teamene har ukentlige møter. Tine mener at disse aktivitetene er svært viktige for å lykkes. Tine har, i sin rolle som fagsjef og ansvarlig for utprøvningsprosjektet, månedlige telefonkonferanser med alle NFP-fagkoordinatorer globalt. I tillegg til å lære av andres erfaringer, ser hun at i disse møtene brukes erfaringer fra praksis til å utvikle programmet

videre. Grunnleggeren, Dr. David Olds, deltar i disse møtene, og hans hjertesak er å bruke erfaringer fra praksis til å utvikle programmet videre. Siden NFP-programmet er lisensbasert og så nøye beskrevet, vet teamet hva de skal jobbe med. *”Det gir en trygghet at alt er beskrevet i NFP-programmet, spesielt i oppstartsfasen når det kan være mye usikkerhet og mange spørsmål”*, forteller Tine. Hun sier også at hun gjerne sammenligner med hvordan programmet praktiseres i England og Skottland.

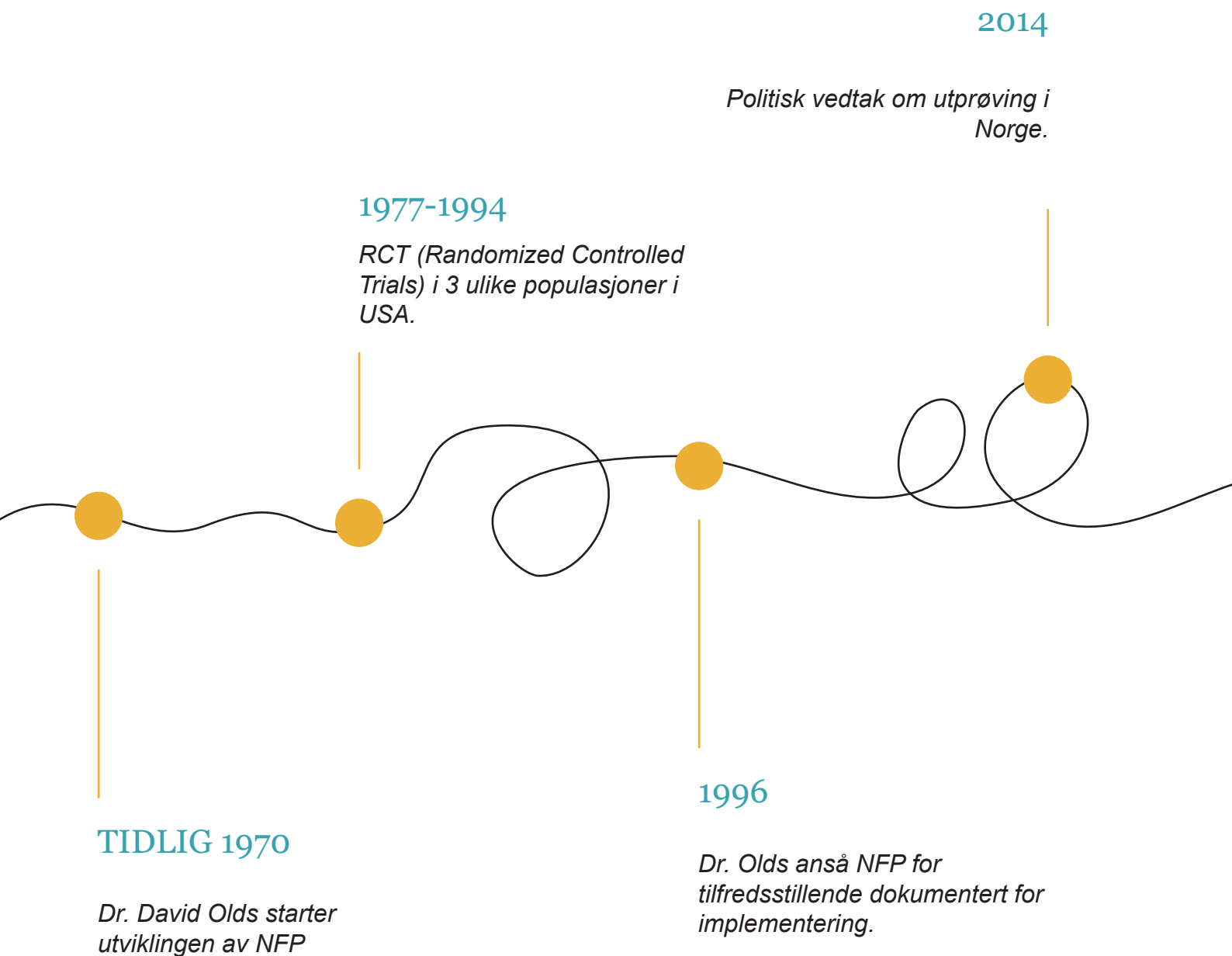
”Jeg er veldig begeistret for dette programmet fordi jeg tror det kan gi oss noe kunnskap, ikke nødvendigvis at programmet er det rette for Norge i sin originale form, jeg tror vi må tilpasse det, men

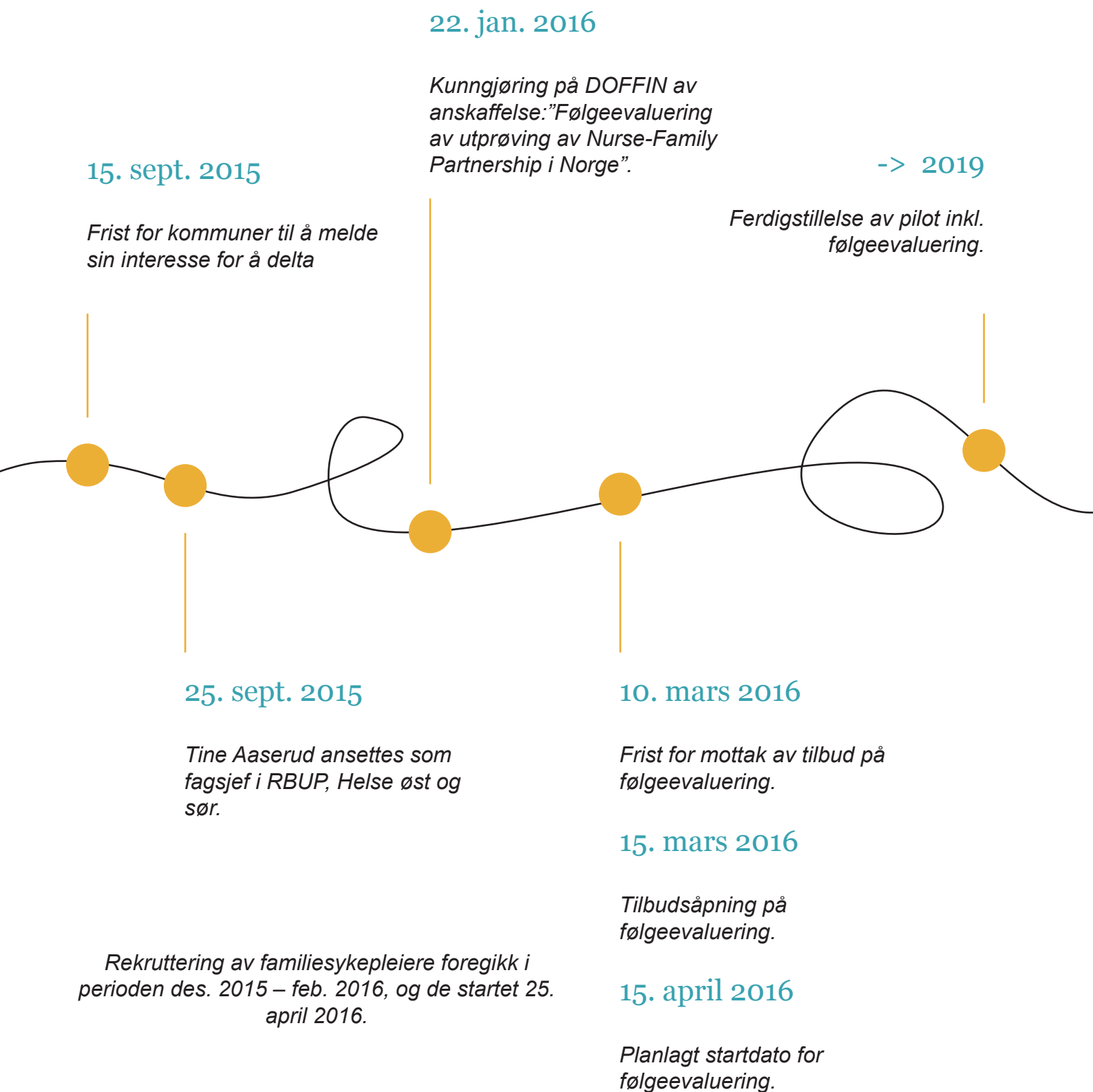
alle erfaringene, tror jeg er nyttige. Vi kan overføre noen erfaringer til eksisterende tjenester.” (Tine Aaserud, fagsjef RBUP)

SPREDNING

En avgjørende faktor for å få spredt en ny løsning er at effekten av løsningen blir godt dokumentert. Grunnleggeren av NFP, Dr. David Olds, var meget nøye med dette, og i forbindelse med utprøvingen av NFP i Norge kunngjorde Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet 22. jan. 2016 gjennom Doffin en konkurranse på følgeevaluering gjennom hele prosjektperioden 2016 – 2019 med en anslått sum på i størrelsesorden 1,8 - 2,5 mill. NOK inkl. mva.

INNOVASJONSPROSESSEN





SUKSESSFAKTORER OG UTFORDRINGER

I og med at dette prosjektet er i startfasen og man ikke har rukket å høste så mange erfaringer ennå, blir det her å beskrive noen antagelser som også er basert på erfaringer fra andre prosjekt.

SUKSESSFAKTORER

NFP-konseptet er svært godt dokumentert og det foreligger en detaljert beskrivelse, også for hvordan man implementerer konseptet. Den er utviklet gjennom lang tid og med erfaringer fra mange land. Man har derfor et godt utgangspunkt.

Prosjektet ledes av en person med solid og relevant erfaring og et bredt nettverk også internasjonalt.

Prosjektet er godt forankret i ledelsen, samt faglig og politisk i kommunene som deltar, og det er sørget for at prosjektteamet i hver kommune er bemannet med dyktige og motiverte medarbeidere.

Den ganske omfattende følgeevalueringen som det er lagt opp til, vil være svært viktig for spredning av konseptet.

UTFORDRINGER

Den detaljerte beskrivelsen av NFP-konseptet kan også være en utfordring:

- Det synes å være en spesiell, innebygd motvilje blant mange nordmenn mot å la seg bli detaljstyrt.
- Samfunnsoppbyggingen i Norge, spesielt innen helse og omsorg, er svært forskjellig fra USA der NFP-konseptet i hovedsak er utviklet. Det vil derfor sannsynligvis bli behov for ganske store justeringer og tilpasninger for at det skal kunne fungere godt hos oss. (Her er kontakten som allerede er etablert med UK nyttig da de har tilpasset konseptet i en helse- og omsorgssektor som er mer lik vår.)

I konseptet er det lagt opp til hyppige besøk av familiesykepleier i hjemmet. Vi ser ikke bort fra at man kan møte motstand mot så hyppige besøk, i hvert fall i en startfase før brukerne forhåpentligvis opplever nytten.





Frihet

”Det er samfundets positive opgave at skaffe hvert enkelt af sine medlemmer al den frihed som det kan skaffe dem, uden at nogen enkelts frihed derved kommer til at lide.”

- *Hans Jæger*

6 REDUSERT TVANG

- Personalet endret egne holdninger for å skape endring

Ansatte på Akuttpsykiatrisk Inntakspost ved Lovisenberg Diakonale Sykehus forteller at det lenge har vært et helsepolitisk mål å få ned bruken av tvang i psykiatrien. De bestemte seg for selv å ta grep for å nå målet. I dag har de innført nye rutiner, endret måten de kommuniserer med pasientene på, og, ikke minst, ryddet vekk beltesenga fra gangen. Hvis de likevel blir nødt til å bruke tvang mot pasientene, diskuterer de i etterkant (også med pasienten) om de kunne ha gjort noe annerledes for å ha forhindre situasjonen.

BAKGRUNN

Det har i mange år vært et helsepolitisk mål å redusere bruk av tvang, og det har vært gjennomført større prosjekt for å oppnå dette uten at det har gitt markante resultater i positiv retning. I 2011 publiserte AFI i samarbeid med SINTEF og Rådet for psykisk helse rapporten "Som natt og dag? – Om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang".

For få år siden sto beltesenga kontinuerlig klar til bruk i gangen på

Akuttpsykiatrisk Inntakspost ved Lovisenberg Diakonale Sykehus. Den ble brukt hvis en pasient ble vurdert til å være i fare for å skade seg selv, helsepersonell eller innredning. Personalet hadde rutiner som gjorde at det gikk kort tid fra en utagerende pasient ble lagt i bakken, til beltesenga sto klar til bruk.

Det er lovfestet at Akuttpsykiatrisk Inntakspost kan bruke mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder mekaniske tvangsmidler som belter og remmer, samt

skadeforebyggende spesialklær (jf. Lov om psykisk helsevern §4.8). Det kan være helt nødvendig å bruke tvang for å forhindre at pasientene skal skade personal, inventar eller seg selv. Like fullt er tvangsbruk et inngripende tiltak overfor pasienten.

Martin C. Veland
FOTO: Susanne Ward Ådlandsvik



” Vi har alltid møtt pasienten med respekt, men vi har sett at pasienten trenger mer enn det. Pasienten må også oppleve at ansatte har forståelse for at dette er en vanskelig situasjon.”

- Klinikksjef Martin C. Veland

OM PROSJEKTET

Våren 2013 deltok personalet på Akuttpsykiatrisk Inntakspost ved Lovisenberg Diakonale Sykehus et personalseminar der de diskuterte bruken av tvang. *"Vi tenkte at vi kan ikke forvente at noen høyere opp i systemet kommer og pålegger oss å oppnå reduksjon i bruk av tvang"*, sier sykepleier Martin C. Veland, avdelingsleder ved Inntaksposten (nå klinikkjef). Personalet begynte å diskutere hva de, i deres akuttmottak, kunne gjøre for å redusere tvangsbruken, og det ble gode diskusjoner som resulterte i at det ble besluttet å sette i gang et prøveprosjekt som skulle starte

i nov. 2013 og vare i ett år, frem til nov. 2014. Dette skulle ikke gå på bekostning av behandlingskvalitet eller personalets sikkerhet. Det var noen skeptikere til prosjektet som bl.a. var redde for økt risiko for skader, men etter hvert ble motivasjonen sterk for å lykkes, og skeptikerne ble kanskje de mest entusiastiske tilhengerne av initiativet. Frem mot prosjektstart ble alternative tilnæringsmetoder drøftet, og mye handlet om å bli mer fleksibel og være individorientert.

I 2012 utarbeidet Martin C. Veland et intervjuopplegg om vold. Dette

brukes når pasienter kommer til inntaksposten. De ansatte bestemte seg for å jobbe med hvordan de kommuniserte med pasientene. Martin forteller: *"Vi har alltid møtt pasienten med respekt, men vi har sett at pasienten trenger mer enn det. Pasienten trenger også en forståelse for at dette er vanskelig."*

PSYKIATRISK AKUTTAVDELING

Psykiatrisk akuttavdeling ved Lovisenberg Diakonale Sykehus yter hjelp til pasienter fra bydelene Grünerløkka, St. Hanshaugen og Gamle Oslo og har ca. 900 innleggelser i året. Avdelingen er inndelt i følgende poster:

- Inntaksposten - 6 døgnplasser.
- Post 3 - lukket post med 10 døgnplasser (derav tre skjermingsplasser).
- Post 4 - 10 døgnplasser (derav tre skjermingsplasser).

Psykiatrisk akuttavdeling skal yte hurtig og effektiv hjelp til alle personer i Lovisenberg sektor som trenger innleggelser på grunn av akutte psykiatriske tilstander. Pasientene skal sikres god diagnostisering, behandling og evaluering. Det skal legges grunnlag og planer for videre behandling i eller utenfor institusjon.

” Vi tenkte at vi kan ikke forvente at noen høyere opp i systemet kommer og pålegger oss å oppnå reduksjon i bruk av tvang”

- Klinikksjef Martin C. Veland

Noen av de ansatte på Akuttpsykiatrisk Inntakspost, f.v. Jorunn Olstad, Sissel Bruun, Jon Kvaal Pedersen, Elisabeth Wittussen, Ragnhild Schou, Gry Andreassen og Martin C. Veland (her på besøk på Inntak)
FOTO: Kevin Ivanowitz



TILTAK SOM BLE SATT I GANG

Her er noen av tiltakene som ble iverksatt:

- I samtalen med pasientene som kom til posten var det viktig å unngå inntrykket av at pasientene ble sett ned på. Pasientene fikk også mulighet til å fortelle om de opplevde at de ansatte hadde vært urimelige med noe, eller om det var noe de ansatte kunne gjøre annerledes for å unngå å havne i tilsvarende situasjon på nytt.

- Enkelte av de ansatte kom sjeldnere i situasjoner der det ble behov for å bruke tvang, eller de lyktes bedre enn andre med å roe ned pasienten og unngå tvangsbruk. Hva skyldes det, er det noe de gjør, og hvordan kan vi lære av dem?

- Opplæring i å se etter tegn på adferd som kan utvikle seg til en vanskelig situasjon: Uro, rastløshet osv.

”Vi prøver å være i forkant, og vi er blitt flinkere til å se etter tegn som gjør at vi kan skjerme vedkommende før det skjer”, sier sykepleier Gerd Nordås.

- Opplæring i miljøterapeutisk samtale som aktivt involverer pasienten. I opplæringen er det benyttet medisinsk simulering, hvor man i etterkant av et scenario kunne diskutere hva som var bra og hva som kunne vært bedre. En intern rådgiver har ledet dette, og det har gjerne vært samarbeid mellom de tre postene i akuttavdelingen.

- Det gjennomføres internseminar 2 ganger pr. år, og det gis muligheter for faglig påfyll ved deltakelse på konferanser etc. Det er for øvrig teammøte hver dag og hver enkelt pasient diskuteres.

- Beltesenga som sto ferdig oppredd i korridoren ble fjernet. Beltene ble tatt av og plassert i bokser på sengetøylager. Bakgrunnen for det var at man hadde observert konfliktsituasjoner der pasienten sa: *”Når skal dere legge meg i denne?”* Det var tydelig at synet av beltesenga kunne virke provoserende på enkelte.

- Når man fikk inn en utagerende og urolig pasient, la man inn et kriterium om at, så sant det var mulig, måtte man ha holdt pasienten i ro i 20 minutter før beltesenga kunne brukes. Målet med dette var å gi pasienten en mulighet til å samle seg før beltesenga ble brukt. Samtidig ga det personalet en «pause» til å tenke gjennom andre handlingsmuligheter enn det å legge pasienten i belter. Det vesentlige var da å komme i dialog, eller gjenopprette dialog, med pasienten, og fokuset var på å hjelpe pasienten med å gjenvinne kontroll over seg selv.

” Vi prøver å være i forkant, og vi er blitt flinkere til å se etter tegn som gjør at vi kan skjerme vedkommende før det skjer.”

- Sykepleier Gerd Nordås

”Vi har vært heldige som har fått inn personer med erfaring fra andre poster. De har søkt seg hit fordi de syntes det virket spennende.”

- Sykepleier Jorunn Olstad

• Økt bevissthet rundt hvem man rekrutterer, og i det daglige, hvem som er på vakt samtidig (kjønnsfordeling, erfaring, alderssammensetning osv.). (Det er behov for personer med fysisk styrke, men muskuløse menn kan virke provoserende, mens kvinner kan virke mindre provoserende.)

”Vi har vært heldige som har fått inn personer med erfaring fra andre poster. De har søkt seg hit fordi de syntes det virket spennende,” sier sykepleier Jorunn Olstad,

• Løpende kommunikasjon mellom de ansatte for innsikt og opplæring. Toleranse og støtte for at noen kan føle usikkerhet

og frykt. Leder deltok aktivt i den utøvende tjenesten som mentor og rollemodell.

”Det er alfa og omega å kunne stole på kollegene,” sier sykepleier Gerd Nordås.

Inntaksposten har en alarmløsning der man enten kan alarmere internt på posten eller eksternt for å tilkalle assistanse fra de andre postene. Samhandlingen med de andre postene er svært viktig.

”Etter prosjektperioden ”ligger det nå i ryggmargen” at beltelegging ikke er førstevalget,” sier sykepleier Jorunn Olstad.

INNOVASJONSPROSESSEN

Våren 2013

Internt personalseminar der man diskuterte hvordan man kan oppnå redusert tvangsbruk

2012

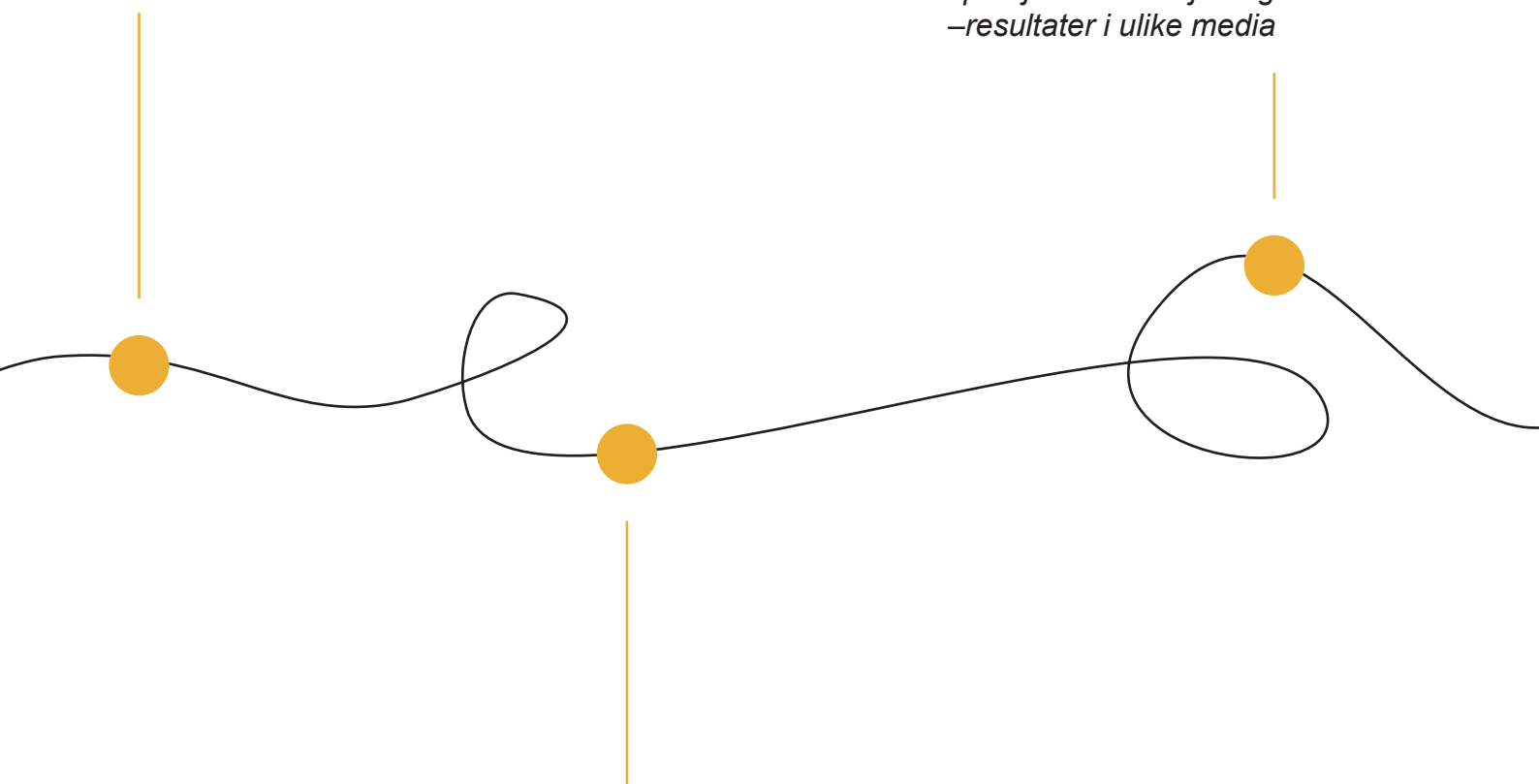
Avdelingsleder Martin C. Veland utformet et opplegg for bedre dialog med pasienter som var faglig fundamentert og fremhever pasienten som likeverdig partner i behandlingen

November 2013

Start utprøving

Veien videre

*Spredning av
prosjektinformasjon og
-resultater i ulike media*



November 2014

Prosjektperiode avsluttes

SUKSESSFAKTORER OG UTFORDRINGER

SUKSESSFAKTORER

Dette prosjektet kunne vanskelig vært gjennomført i en større avdeling som ville krevd mer av formell avklaring og godkjenning. Beslutningsprosessen om igangsettelse var godt faglig fundamentert, og i en såpass liten enhet var det enklere å oppnå consensus: *"Dette gjør vi!"*

Utviklingen i prosjektet ble fulgt opp og dokumentert med løpende registrering av beltebruk og medisinerer.

God faglig fundamentering var en viktig suksessfaktor.

Et kvalifisert, trygt og samkjørt personale som alle deltok aktivt og fikk eierskap til prosjektet, var svært viktig for suksess.

De som ble intervjuet understreket viktigheten av rollen som Martin praktiserte som leder i prosjektet ved at han deltok aktivt i håndteringen av pasientene og demonstrerte alternative tilnærminger til beltebruk i praksis. Han var også flink til å gi konstruktive tilbakemeldinger til den enkelte og stimulere til at medarbeiderne snakket mye sammen og diskuterte de problemstillingene de hadde og hvordan de hadde løst dem.

Solid opplæring med bruk av metoder som simulering ga trygghet hos den enkelte medarbeider til å gjennomføre endret praksis.

UTFORDRINGER

Da prosjektet ble igangsatt ved Inntaksposten, begynte ansatte ved de andre postene å reagere: *"Hva betyr det for oss at dere har dette prosjektet?"* Martin sier i ettertid at de andre postene burde vært mere involvert i prosjektet da de gjerne blir tilkalt i vanskelige tilfeller.

Den nye praksisen med mindre tvang er krevende overfor dem som jobber på posten. Den enkelte må endre tankesett; når de tidligere kunne ty til beltelegging av pasienten for å unngå fysisk utagering og fare, og dermed risiko, må de nå velge annen tilnærming. Dette stiller andre og økte krav til opplæring og kompetanse.

SPREDNING

Flere av medarbeiderne har holdt innlegg og blitt intervjuet om prosjektet, og resultatene er blitt publisert både i tidsskrift og f.eks. gjennom NRK. Dette har skapt stor interesse fra andre akuttpsykiatriske avdelinger.

Her er ett av mange eksempler: I kronikken "Beltetvang. Vi må ta styringen"¹ i VG Nett 24. nov. 2016 står det bl.a.: "Lovisenberg sykehus i Oslo reduserte bruken av belter med 80 prosent ved å endre måten å jobbe på." Og klinikkssjef Martin C. Veland sa samme uke til VG: *"Vi har de samme pasientene som tidligere. Det er vi som jobber her som har endret oss."*

Med prosjektmidler fra Helse- direktoratet og inspirasjon fra Lovisenberg Diakonale Sykehus ble det i november 2016 opplyst at Spesialavdeling for voksne ved Stavanger Universitetssjukehus starter et prosjekt for å redusere bruken av tvang.²



” Vi har de samme pasientene som tidligere. Det er vi som jobber her som har endret oss.”

- Klinikkssjef Martin C. Veland

1. <http://redir.opoint.com/?key=wxHoKn0HfRpUh12NfpdU>

2. <https://helse-stavanger.no/om-oss/nyheter/psykiatri-skal-kvalitetssikre-og-redusere-bruken-av-tvang>

Fremskritt

"Fremtiden kommer av seg selv,
fremskrittet ikke."

- *Poul Henningsen*

7 HALVANNEN- LINJETJENESTEN

- *Indre Østfold Medisinske kompetansesenter IKS*

Fra 1. januar 2016 ble det lovpålagt at alle kommuner skal ha kommunale akutte døgnplasser (KAD-senger). Dette var et resultat av samhandlingsreformen som ble lansert i 2009. Sju kommuner i Indre Østfold så ingen grunn til å vente og startet arbeidet med å etablere Helsehuset - Indre Østfold Medisinske kompetansesenter IKS. I 2013 åpnet senteret, som inkluderer legevakt, kompetansesenter, enhet for samfunnsmedisin og en døgnenhet med 10 senger, hvorav syv er KAD-senger og tre er senger for utskrivningsklare pasienter (USK-senger).

BAKGRUNN

Det var så langt tilbake som i 2010, like etter at samhandlingsreformen ble lansert, at idéen om et helsehus i Askim oppsto. Det var lenge før de fleste andre hadde gjort seg opp konkrete tanker om hvordan man skulle løse det kommende kravet om KAD-senger. Det at de begynte så tidlig med prosjektet, tror Kristian Devold, sykepleier og enhetsleder ved døgnavdelingen, er litt av grunnen til at de har fått tilbudet til å fungere som tiltenkt - et tilbud før, istedenfor og etter sykehusbehandling.

HVORFOR INDRE ØSTFOLD?

Akkurat hva som gjorde at Indre Østfold kom igang med dette så tidlig, tror Kristian har flere årsaker. En grunn er politikerne som satt med styringen på det tidspunktet, som våget å tenke nytt, i tillegg til å satse på interkommunalt

samarbeid. Flere av disse kommunene har også vært med på å starte interkommunale selskap tidligere, slik at de hadde erfaring fra denne typen samarbeid.

Et annet smart grep var å involvere, blant annet, legevaks- og fastleger i utformingen av tilbudet, da det er de som må ha tillit til tilbudet for å henvise pasienter dit. De var også med på å gi innspill til hva som måtte til for å kunne henvise pasienter.

I tillegg var Indre Østfold heldige, i og med at de allerede hadde bygninger som egnet seg, i lokalene der Askim sykehus lå tidligere. Askim ligger også gunstig plassert i forhold til sykehusene i området, der flere er innenfor en times reise fra Askim. Kristian tror det har gitt en trygghet til å ta imot pasienter, som man kanskje hadde unngått, hvis nærmeste sykehus

lå langt unna - sett at pasientens tilstand skulle forverre seg raskt. Dette gjør at man bygger seg opp større kompetanse og, i neste runde, er enda tryggere på å ta imot denne typen pasienter.

MÅLET

I dag fungerer tilbudet så godt at flere pasienter velger Helsehuset fremfor behandling på sykehus. For disse pasientene er nærhet til familie og hjemsted, samt personale som har tid til å snakke med dem, mer verdt enn at de får den behandlingen, som bare sykehus kan tilby. Man kan derfor, med trygghet, si at Helsehuset har nådd målet i samhandlingsreformen - at KAD-tilbudet skal være like godt, eller bedre enn innleggelse på sykehus.



” Vi er en av de få som har fått til dette med KAD-senger på en god måte – sikkert fordi vi begynte med det så tidlig. ”

- Sykepleier og enhetsleder Kristian Devold

F.v. Kristian Devold, Marianne B.Landerud og Maria Olsson-Egeland
FOTO: Linda Øverland

Inklusjonskriterier:

- Pasienter som ellers ville blitt innlagt i sykehus
- Skal være tilsett av lege før innleggelse
- Akutt forverring av definerte, kjente tilstander
- Uavklarte tilstander der fare for akutt forverring vurderes som liten
- Kjent funksjonssvikt hos eldre pasienter
- Voksne og barn > 16 år

Kilde: Norsk forening for allmenntilleggsmedisin - den Norske legeforening, 2014, *Medisinfaglig veileder for kommunale akutte døgnplasser*, Oslo

TJENESTEN

Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS er et interkommunalt selskap eid av kommunene Askim, Eidsberg, Hobøl, Marker, Skiptvet, Spydeberg og Trøgstad. KAD-sengene er plassert i gamle Askim sykehus, i senter av alle kommunene. De har syv KAD-senger med sykepleie- og legebemannning hele døgnet. De er samlokalisert med legevakt og samfunnsmedisinsk enhet.

DE ANSATTE

På Helsehuset jobber det leger, sykepleiere og etter hvert også helsefagarbeidere. De første årene måtte sykepleierne i stor grad også drifte Helsehuset. De bestilte mat, vasket senger osv., men systemet rundt har kommet etter hvert.

Det er lege til lege kontakt hele døgnet ved innleggelse av pasient på KAD, da det er ansatt

egne KAD-leger på Helsehuset. Siden de er samlokalisert med legevakten, kan legene også gå på tvers og bistå hverandre ved behov. Dette er, i tillegg til å være en faglig fordel, også en økonomisk fordel, siden man utnytter den dyreste ressursen, altså legene, mer optimalt. Andre steder er det legevakt som skal bistå KAD-sengene, men her er det omvendt.

I tillegg til å være bakvakt for legevakten, rykker KAD-legene ut på sykebesøk og på utkall fra AMK hele døgnet. De tok over vaktlege-/beredskapslegefunksjonen fra fastlegene i eierkommunene i 2015. Dette gjør at Indre Østfold har vaktleger på, som er erfarne og vant med utrykninger, siden de gjør dette ofte, istedenfor at det skal tilfalle leger på rundgang, som kanskje sjelden har rykket ut på akutte oppdrag.

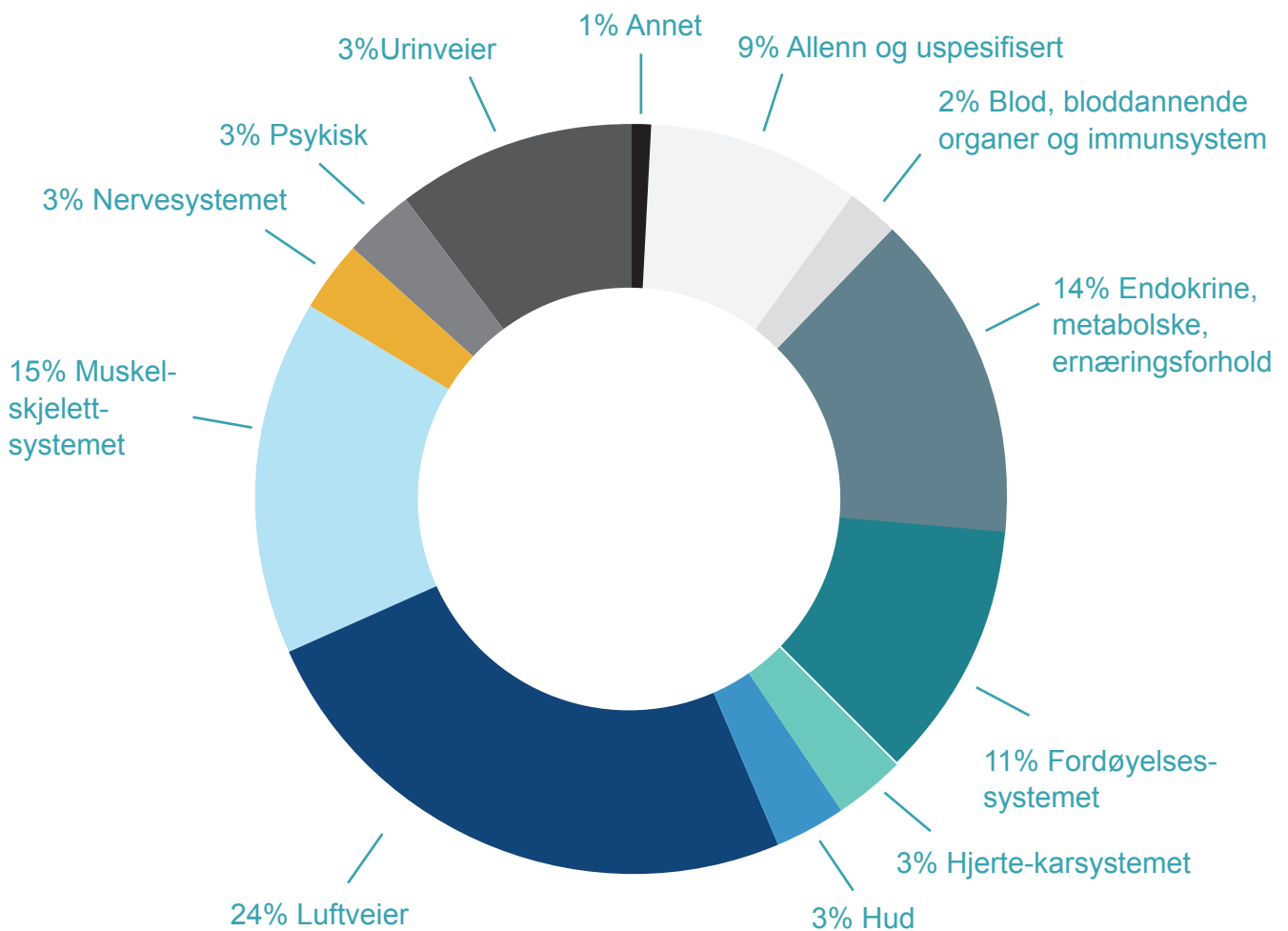
PASIENTENE

I starten var det strenge kriterier for hvilke pasienter Helsehuset kunne ta imot - for strenge. *”Skulle vi fulgt veilederne, som kom i starten, til punkt og prikke, så hadde vi ikke hatt pasienter”*, sier Kristian, som støttes av sine kolleger. Årsaken var at det ble oppfattet som for vanskelig for fastlegene å legge inn pasienter på KAD i forhold til hvor lett det var å legge dem inn på sykehus. I dag, er kravene endret noe, slik at det er blitt lettere å legge inn pasienter på KAD.

Pasienten blir alltid vurdert av både KAD-legene og fastlege eller legevaktslege. Det å få en slik ”second opinion” gjør det også tryggere for legevakts-/fastlegene å legge inn pasienter på KAD.

***”Skulle vi fulgt veilederne,
som kom i starten, til punkt
og prikke, så hadde vi ikke
hatt pasienter”***

- Sykepleier og enhetsleder Kristian Devold



Figur 1: Andel pasienter innen ulike hoveddiagnosegrupper
Kilde: Sletvold , B., 2016, *Etablering og drift av Kommunal akutt døgnerhet i Oslo*, InnoMed-konferanse: Akuttmottak og legevakt for eldre

I 2015 var det i snitt 80 % belegg¹ på døgnheten og totalt 892 innleggelser, som i snitt gir en liggetid på 3-4 døgn per pasient. Det vil si at det er mange pasienter som kommer og går, og mange forskjellige diagnoser, se eksempl fra KAD-enhet i Oslo i *Figur 1*. *"Vi har veldig varierte dager - noen ganger må vi løpe, andre dager er det helt rolig, det tror jeg er viktig!"*, sier sykepleier Maria Olsson-Egeland. Hun tror den varierte hverdagen gjør det mer attraktivt å jobbe der og derfor tiltrekkes personer med høy kompetanse.

Det at det er mange pasienter inn og ut av Helsehuset, betyr også at de har tett kommunikasjon med de syv eierkommunene som er tilknyttet helsehuset. Med det samme en pasient blir lagt inn, blir hjemkommunen kontaktet, for å legge en plan for pasientens hjemkomst. Det å ha tett kontakt med kommunene er viktig, mener

"Vi har veldig varierte dager - noen ganger må vi løpe, andre dager er det helt rolig, det tror jeg er viktig"

- Sykepleier Maria Olsson-Egeland

ansatte på Helsehuset. *"Det gjør det lettere å spre kompetanse - noe vi ønsker, siden vi jo også er et kompetansesenter"*, sier sykepleier Marianne Baggetorp Landerud.

FREMTIDEN

Selv om de har utviklet et godt tilbud, har ikke Helsehuset tenkt å "hvile på laurbærene". De ser stadig på muligheter for å utvikle seg selv og søker ofte på midler for å få utforske nye muligheter. Det seneste eksemplet er fra

2016, da helsehuset fikk innvilget et tilskudd på fem millioner kroner fra Helsedirektoratet til et rehabiliteringsprosjekt; "Innovativ Rehabilitering i indre Østfold". Og flere skal det bli, ifølge Kristian, Marianne og Maria.

1. Opptatte senger

INNOVASJONSPROSESSEN

2013

*Helsehuset Indre Østfold
Kompetansesenter IKS står
ferdig, med en døgnenhet med 7
senger for øyeblikkelig hjelp.*

2010

*Ledere og ordførere i Indre Østfold
begynner å tenke på hvordan de kan
samarbeide om kravet som kommer.*

2009

*Samhandlingsreformen blir
lansert. Det blir varslet om at
i 2016 vil det bli et krav om at
alle kommuner har øyeblikkelig-
hjelp-plasser også kalt KAD-
senger (Kommunale akutte
døgnplasser)*

*Kommuner i Indre
Østfold har god erfaring
med interkommunale
selskap, noe som har
vært nyttig i dette
prosjektet*

2016

Tidlig i 2016 fikk Helsehuset IKS gode nyheter. Det var blitt innvilget et tilskudd på 5 millioner kroner fra Helsedirektoratet til et rehabiliteringsprosjekt. Dette var starten på prosjektet «Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold».

Jobber kontinuerlig med å utvikle både KAD-sengene og andre tjenester på Helsehuset.

Mange kommuner så til Indre Østfold når de skulle etablere egne KAD-senger

1. januar 2016

Kravet om at alle kommuner er pliktige til å ha øyeblikkelig-hjelp-plasser trår i kraft

SUKSESSFAKTORER OG UTFORDRINGER

Selv om dette har blitt en vellykket tjeneste, så har ikke alt gått på skinner hele veien. Det har vært uenigheter underveis. Da blir det fremhevet at det er viktig med stor takhøyde og at det er lov til å diskutere. Slik driver de seg selv fremover og utvikler seg.

Som tidligere nevnt er det flere andre grep som er fremhevet i forbindelse med å gjøre denne tjenesten til en suksess;

- Samlokalisering av legevakt og døgnetenhet.
- Gunstig plassering av Helsehuset.
- Involvering av interessenter i prosessen.
- God kommunikasjon med kommunene.
- Å starte tidlig, når man vet at en tjeneste før eller siden må innføres.
- Gjøre det enkelt å legge inn pasienter på KAD.

En annen viktig faktor, som både er en utfordring og et suksesskriterium, har vært å få inn god og riktig kompetanse - det å finne leger og sykepleiere med den

riktige kompetansen. Dette gjør at både leger og pasienter føler økt trygghet og det blir en mer attraktiv arbeidsplass, som igjen sikrer kompetanse i neste runde.

Det blir også diskutert som både et suksesskriterium og en utfordring å være så synlige som Helsehuset har vært. Det er motivasjon og inspirasjon ettersom mange kommer på besøk for å lære av dem. Men det kan være en utfordring i forhold til at de selv får lite tid til å reise rundt og lære av andre.

Selv om man på Helsehuset i Indre Østfold har flere muligheter enn mange andre KAD-enheter til å behandle, med blant annet røntgen og blodprøveanalyse, så kan de ikke tilby likeverdig behandling med et sykehus, i mange tilfeller. Men de kan tilby noe sykehuset ikke kan, nemlig tid. *"Det er godt for både sykepleier og pasient at vi faktisk har tid til å sette oss ned ved pasientene og høre på hva de har å si"*, sier Maria, noe flere pasienter verdsetter høyere, da de heller velger Helsehuset - Indre Østfold Medisinske kompetansesenter IKS enn sykehus.



” Det er godt for både sykepleier og pasient at vi faktisk har tid til å sette oss ned med pasientene og høre på hva de har å si.”

- Sykepleier Maria Olsson-Egeland



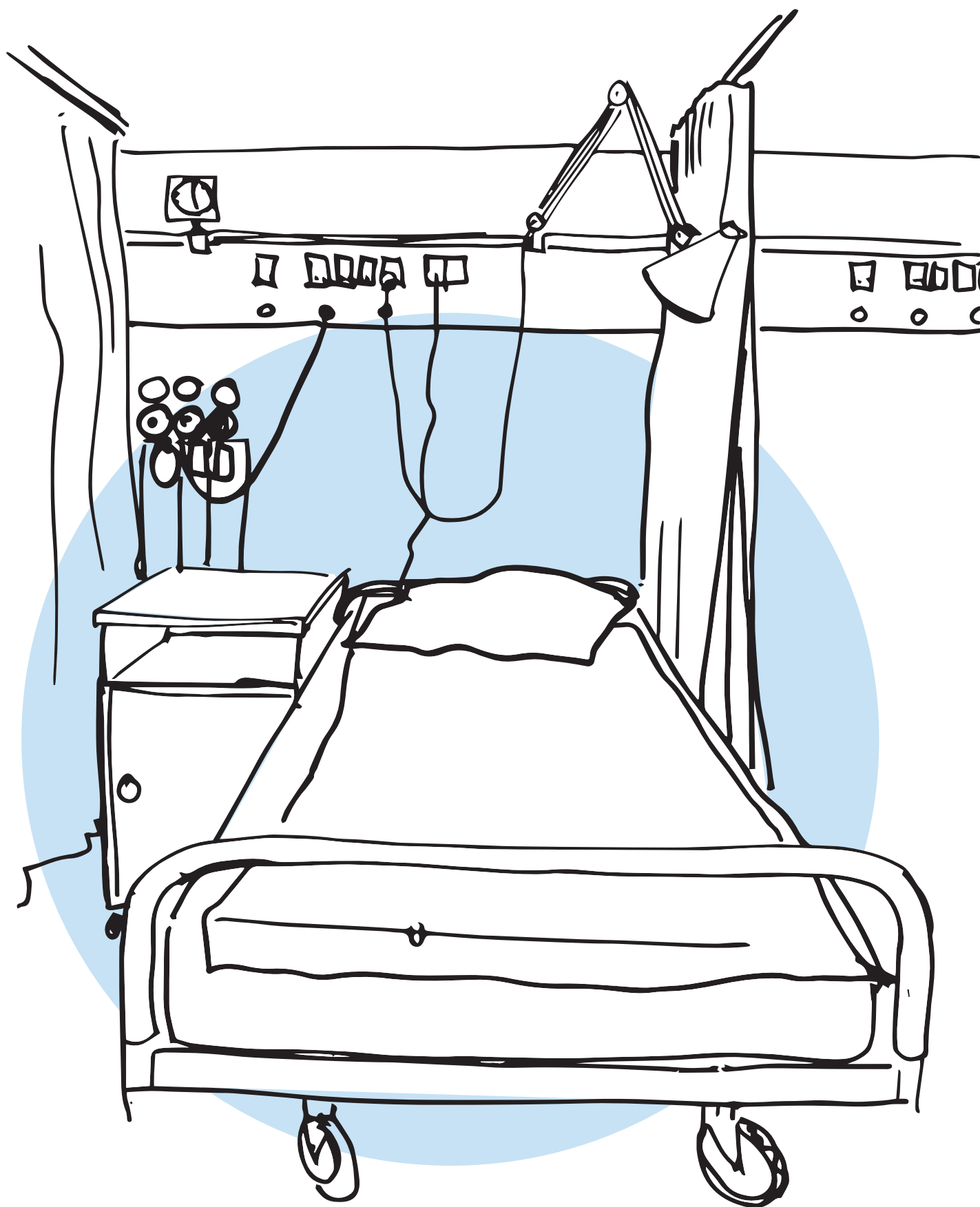
Tegning av nye lokaler som skal stå ferdig september 2017
ILLUSTRASJON: Arkis arkitektar

SUKSESSFAKTORER:

- En dedikert prosjektleder - i prosjektet ansatte de en prosjektleder med erfaring, noe de som jobbet på prosjektet tror hadde betydning for resultatet.
- Tillit hos fastlegene - prosjektet hadde med fastleger fra starten av.
- Ikke sette for mange kriterier for at fastlegene skal kunne legge inn pasienter på KAD.
- Samlokalisering med legevakt - bedre ressursutnyttelse.
- Egen lege, som er på 24 timer i døgnet - trygghet for pasienter og legene som legger inn pasienter.
- Egen dedikert KAD-lege - bedre fagmiljø, bedre ressursstyring og mer trygghet.
- Fokus på kvalitet og dokumentering av effekt i prosjektet - i dette prosjektet blir resultater lagt inn på "Kvalitetslosen", som er deres system for prosedyrer.
- Kontinuitet i arbeidsstokken - la folk få tid til å bygge opp kompetanse.
- Bruk av verktøy som MEWS (Modified Early Warning Score) - et system for å score pasienters helsetilstand - for å få konkrete mål - gir trygghet til sykepleierne.
- Godt samarbeid mellom leger og sykepleiere. *"Vi føler at vi blir lyttet til"* - sykepleier.
- Gunstig geografisk plassering.
- Kommuner med erfaring fra interkommunalt samarbeid.
- Inspirerende å være først ut og at andre ser til dem for å lære.

UTFORDRINGER:

- Det er en døgnspris å bruke Helsehuset, så kommunene ønsker å bruke egne plasser først - et stort problem i starten da kommunene måtte betale 90% av prisen, men det er nå redusert til 40%, noe som gjør det mer attraktivt for kommunene.
- Kommunene må redusere på noen egne tilbud om de skal kunne bruke dette tilbudet, fordi de ikke har råd til å gjøre begge deler.
- I dette interkommunale samarbeidet har de ikke felles tildelingskontor, som gir mindre helhetlig oversikt over tilbudet og mindre insentiv for å bruke tilbudet for enkeltkommunene.
- Rekruttering av folk med riktig kompetanse - er ikke alltid like enkelt.
- Sårbart når man er få personer med spesifikk fagkompetanse og lite utskifting - vanskelig å finne vikarer som kan ta oppgavene til de fast ansatte.



Gode idéer

”Det er like viktig å ta vare på gode idéer, som å få dem.”

- *Karsten Isachsen*

8 SYKEPLEIEKLINIKK

- Sykepleieklippene i Stavanger og Sola

Hvorfor skal hjemmeboende med behov og tilbud om sykepleietjenester sitte hjemme og vente på hjemmesykepleier dersom de enkelt klarer å komme seg til en klinikk med kompetente sykepleiere og egnet innredning og utstyr?

SYKEPLEIEKLINIKKEN

– Inspirasjon fra Danmark:

Som så ofte før har danskene utviklet løsninger som vi i Norge ser og blir inspirert av. Den første sykepleieklippene i kommunal regi i Danmark ble etablert våren 2002 i tidligere Vojens kommune (som nå etter kommune- og regionreformen 2005-07 er innlemmet i Haderslev kommune). I ettertid er det etablert en lang rekke sykepleieklippene i Danmark med bakgrunn i Sundhedsloven §138 om hjemmesykepleie. For å kunne møte på en sykepleieklipp må man ha henvisning eller allerede være mottaker av hjemmesykepleie, og man må klare å komme seg til klippene selv. Ved klippene kan man f.eks. få sårpleie, legeordinerte innsprøytinger, blodtrykk- og blodsuktermåling, øye- og øredrypping, assistanse med kateter og stomier, råd og veiledning ved inkontinens osv. Sykepleieklippene er blitt populære i Danmark, og ca. 1/4 del av dem som mottar sykepleietjenester fra kommunen bruker sykepleieklippene. Ofte er

klippene lokalisert ved dagsenter som brukerne også benytter. Tre av fordelene for brukerne er: 1) Sykepleieklippene kan tilby bedre hygieniske forhold enn i hjemmet, og de har lett tilgang til riktig utstyr. 2) Brukerne opplever at det er færre personer å forholde seg til. 3) Ved f.eks. sårstell kan det være høyere kompetanse i klippene enn snittet er i hjemmesykepleien.

DEN FØRSTE SYKEPLEIEKLINIKKEN I NORGE

ble etablert som utprøvningsprosjekt i Lillesand kommune og som et delprosjekt i et større prosjekt på utvikling av "Lokalmedisinske tjenester i Knutepunkt Sørlandet-kommuner". Klippene ble åpnet 2. mai 2013 og driften ble fulgt opp med brukerundersøkelse der 19 av 35 brukere har svart på spørsmål.

- 16 brukere svarer at de er meget godt fornøyd med tilbudet, mens 3 svarer at de er fornøyd.

- 84 % svarer at de ønsker å fortsette å motta tjenester på sykepleieklippene, mens 11 %

ønsker tjenesten lagt til hjemmet og 5 % sier at det varierer med dagsformen.

- Brukerne har i liten grad tro på at sykepleieklippene bidrar til at de er mer fysisk aktive enn tidligere.

Utlevering av medisindosetter har stått for ca. 3/4 av aktiviteten i klippene som har hatt åpent 2 timer to dager i uken.

I Lillesand ligger sykepleieklippene sentralt og innenfor gangavstand for de fleste brukerne. Utgifter til transport, som brukerne må bekoste selv, har derfor ikke vært en stor utfordring der.



STAVANGER OG SOLA BLE VALGT SOM CASE til denne rapporten. Bakgrunnen for etableringen i Stavanger var Samhandlingsreformen og etablering av lokalmedisinske sentre.

Sykepleieklirikken i Stavanger er lokalisert i Helsehuset i gamle Stavanger sykehus. Helsehuset inneholder også frisklivssentral med pårørendekoordinator, psykologtjenester for unge og voksne opp til 40 år, avdeling for velferdsteknologi og Utviklings-senterer for sykehjem og hjemme-tjenester. Helsesenteret foretar også forebyggende hjemmebesøk hos beboere over 80 år. Samlokaliseringen muliggjør bedre samhandling og utviklings-prosjekter på tvers.

Hverdagsrehabilitering er organisert under "Leve HELE LIVET"-satsingen, som har et tett samarbeid med Helsehuset, og er plassert som en bydekkende tjeneste under hjemmebaserte tjenester i en av bydelene. Helsehuset gir unike muligheter

for tverrfaglig samarbeid og et mer helhetlig tilbud til borgerne.

Sykepleieklirikken i Sola har et sentrumsnært behandlingsrom i sykehjemmet som de deler med en fotpleier. De deler også en del utstyr, inkl. en egnet behandlingsstol.

Initiativet i Stavanger startet med at Fagstab oppvekst og levekår var på studietur i Danmark der de besøkte to "sundhedshus" i København som hadde nokså identisk innhold med det Helsehuset i Stavanger har fått. Senere besøkte også lederen for Helsehuset, Ingvill Moen Hovlund, de to "sundhedshusene" i København, og representanter fra Sola kommune har også vært der. Tidligere hovedtillitsvalgt for NSF i Stavanger kommune, Kirsten Helen Harstad, spilte også en aktiv rolle med å få etablert en sykepleieklirik i Helsehuset. Fra feb. 2014 til juni 2015 var klirikken et prosjekt underlagt Hillevåg hjemmebaserte tjenester. Så ble det besluttet permanent drift.

Stavanger kommune har ABI¹-budsjett, sykepleieklirikken sitt budsjett ble tatt fra HSK²-midler, men på grunn av at de har to årsverk fast ansatte har de en fast ramme på Helsehuset, uavhengig av ABI. Belegget er jevnt over nokså nøyaktig ifht. behovet hos brukerne i Stavanger kommune og sykepleieklirikken ble gradvis bemannet opp og styrket ifht. til behovet for TSK³ i kommunen. Sykepleieklirikken ble fra starten bemannet med to sykepleiere, Birthe Sæle Håland og Rita Bùgelmeyer, som ble ansatt i des. 2013 etter en intern utlysning.

Sykepleierne ved Sykepleieklirikken i Stavanger er svært bevisste på at de har bidratt i et innovasjonsprosjekt.

Etter hvert som man fikk erfaringer med Sykepleieklirikken og at tilbakemeldingene fra brukerne var positive, fattet også andre kommuner interesse for konseptet, og klirikken fikk en god del besøk og forespørsler om hospitering. I nàrområdet ble det etter hvert etablert sykepleieklirikker i

1. ABI = Aktivitetsbaserte inntekter i omsorgstjenesten

2. HSK = Helse- og sosialkontoret

3. TSK = Tjeneste sykepleieklirik

Sola, Tananger og Randaberg. I forb. med denne rapporten er Sykepleieklinikken i Sola besøkt.

I Sola kommune ble det gjort et politisk vedtak om etablering av sykepleieklinikk etter hospitering i Stavanger og studietur til Danmark. Sykehjemmet, fastlegen og hjemmetjenesten var enige om at dette var et godt tilbud, og med det politiske vedtaket var det et godt fundament for etableringen.



Ordfører Ole Ueland i Sola kommune klipper over en bandasje og markerer åpningen av Sykepleieklinikken
FOTO: Trine Barka Høymark, Solabladet AS



Sykepleier Rita Bügelmeyer utfører sårpleie
FOTO: Eivor Hofstad for Sykepleien

” Den gode kvaliteten på sårbehandlingen i Sykepleieklinikken har ført til at noen kaller den for ”Sårklinikken”.

TJENESTEN

MÅLGRUPPEN for denne tjenesten er mennesker som har fått tildelt hjemmesykepleie, men som godt klarer å ta seg til Sykepleieklinikken selv i stedet for å sitte hjemme og vente på sykepleier.

"Jeg synes det er flaut når naboen står bak gardina og følger med når hjemmesykepleien kommer på besøk." (Bruker)

BEMANNINGEN av Sykepleieklinikken i Stavanger har utviklet seg fra Birthe og Rita hadde en 30%-stilling hver i klinikken i tillegg til å jobbe i hjemmesykepleien. Nå er det 4 ansatte fordelt på to årsverk. I starten var de to sykepleierne i klinikken til ulike tider og i hvert sitt behandlingsrom, og de hadde svært liten kontakt med hverandre. Nå er det bedre muligheter for kontakt og til å utveksle erfaringer.

BEHANDLINGSTILBUDET:

Både i Stavanger og Sola utgjør sårstell en vesentlig andel av behandlingstilbudet, og sykepleierne har videreutdanning i sårstell noe ikke alle i hjemmesykepleien har. Klinikken kan også tilby gode hygieniske forhold og godt utstyr og materiell. Foruten sårstell kan klinikken tilby assistanse ved stomi, infusjon,

injeksjoner m.m. Stavanger kommune ser gjerne et enda større repertoar. I Danmark er det gjort forsøk med "inkontinensklinikk", men dette er ikke videreført fra pilotprosjekt til drift. (Når det gjelder stomier, kan kombinasjon med morgenstell gjøre det mer gunstig å utføre dette i hjemmet.) Behandling som må utføres utenom klinikkens åpningstider må utføres i hjemmet. Åpningstidene må antagelig revurderes dersom tilbudet i klinikken utvides.

De som jobber i hjemmesykepleien er positive til Sykepleieklinikken da de ser at det her kan gis et meget godt behandlingstilbud, og at man sparer transporttid som vanligvis utgjør en vesentlig del av arbeidsdagen.

NYTTEVERDI FOR PASIENTEN:

Brukerne erfarer at de får en mer fleksibel hverdag der de slipper å være låst til å vente på hjemmesykepleie. De ser også at det er færre å forholde seg til og de blir godt kjent med sykepleierne i klinikken. Mange ser også det positive med å komme seg ut, både som aktivitet og økt sosial kontakt, og de kombinerer gjerne besøket i Sykepleieklinikken med andre ærender og gjøremål. Hverdagsrehabilitering har blitt en satsing i mange kommuner,

og når brukerne blir spurt om *"Hva er viktig for deg nå?"*, så handler det ofte om trening slik at man kommer seg ut og får gjort ærender selv. Det å da kunne oppsøke Sykepleieklinikken selv gir en egen mestringsfølelse.

Pasientene erfarer også at de får behandling med god kvalitet i Sykepleieklinikken, og at f.eks. sår gror raskere ved profesjonell sårbehandling. (Sykepleieklinikken har også deltatt i DiaFOTo-prosjektet som handler om telemedisinsk oppfølging av diabetes fotsår i samhandling med spesialisthelsetjenesten.)

"Den gode kvaliteten på sårbehandling i Sykepleieklinikken har ført til at noen kaller den for "Sårklinikken"."

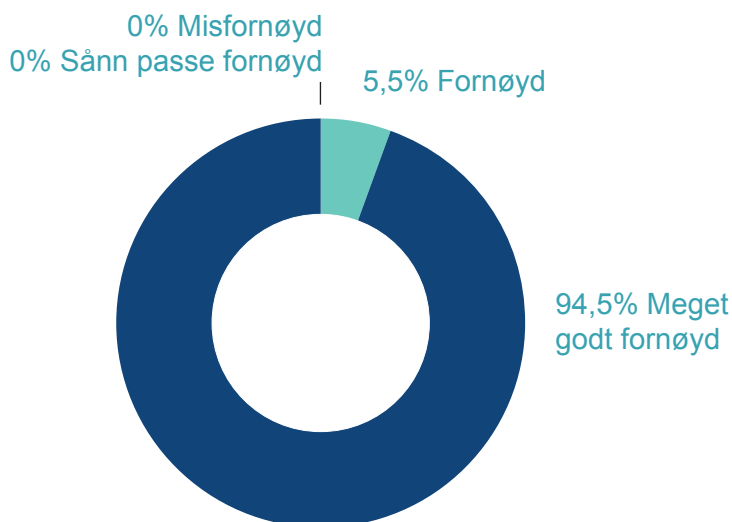
Sykepleieklinikken i Stavanger har nært samarbeid med Hudklinikken ved Stavanger Universitetssjukehus (SUS).

SPREDNINGSEFFEKT

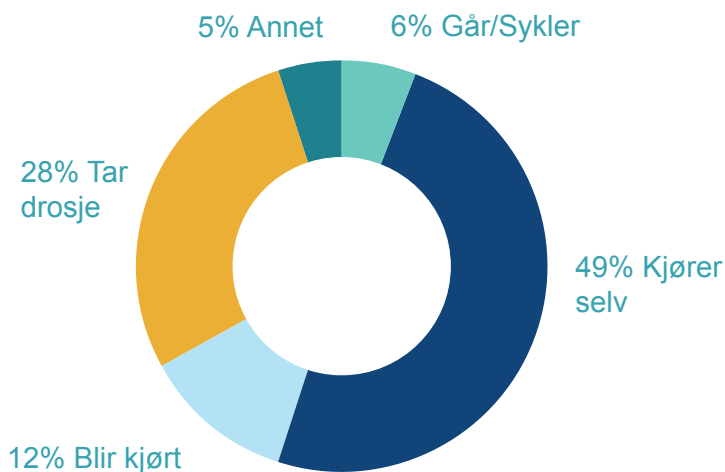
Sykepleieklinikken i Stavanger ble evaluert etter ett års drift, og det skal nå foretas en ny evaluering. Tilbakemeldingene fra brukerne er meget positive, og dette har skapt stor interesse fra resten av landet. En fyldig artikkel i Sykepleien nr. 2, 2016 har også vært viktig for spredningen.

Sykepleieklinikken i Sola har også foretatt en evaluering basert på spørreskjema blant brukerne. Av de 73 % som svarte på spørreundersøkelsen var 58 % menn og 42 % kvinner. Her er noen enkeltresultater basert på de som har svart:

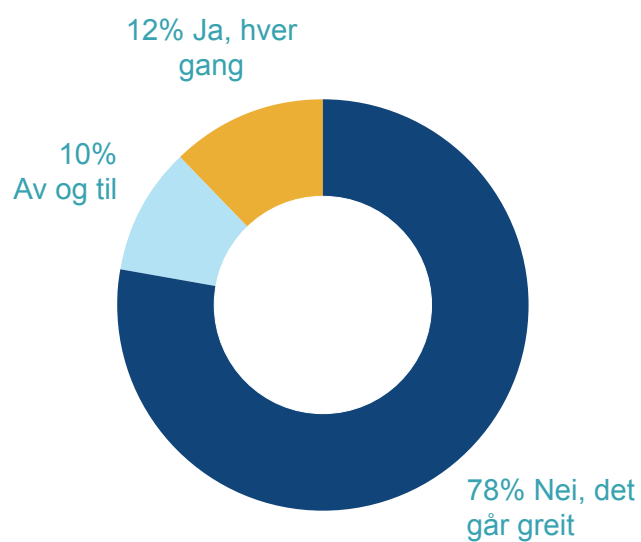
Hvor fornøyd er du med tilbudet Sykepleieklinikken gir?



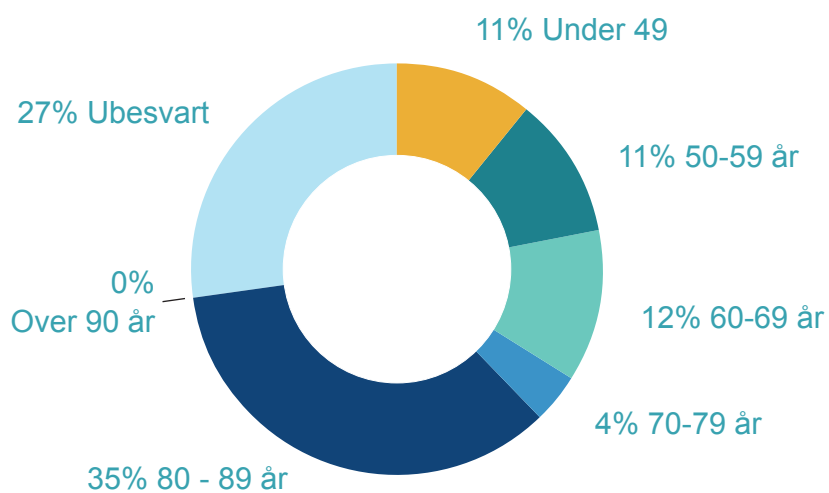
Hvordan kommer du deg til Sykepleieklinikken?



**Er det vanskelig for deg å komme til
klinikken?**



**Alderssammensetning for brukere på
Sola**



INNOVASJONSPROSESSEN

2013

To sykepleiere ble ansatt for å jobbe i Sykepleieklinikken i Stavanger.

Februar 2014

Sykepleieklinikken i Stavanger ble satt i drift som et prosjekt i Helsehuset.

2013

Fagstab oppvekst og levekår i Stavanger var på studietur i Danmark der de besøkte to helsehus ("sundhedshus") i København.

2014

Flere interesserte kommer på besøk, eller hospiterer i Sykepleieklinikken i Stavanger, deriblant representanter fra Sola kommune.

2. september 2015

Sykepleieklinikken i Sola ble offisielt åpnet.

Juni 2015

Sykepleieklinikken i Stavanger gikk over fra å være et prosjekt til å bli et permanent tilbud.

Februar 2016

En fyldig artikkel i tidsskriftet Sykepleien om Sykepleieklinikken i Stavanger.

SUKSESSFAKTORER OG UTFORDRINGER

SUKSESSFAKTORER: Primært er det viktig at tilbudet om sykepleieklinikk blir gjort godt kjent blant potensielle brukere og samarbeidspartnerne i helse- og omsorgstjenestene, ikke minst fastlegene som henvisere.

Sykepleieklinikkene bør være lett tilgjengelige i forhold til offentlige kommunikasjonsmidler og helst samlokaliseres med miljø etc. som brukerne gjerne vil oppsøke. (Eksempel på dette er dagsentra.)

For de som jobber i sykepleieklinikken er det viktig å ha et fagmiljø rundt seg, helst også muligheter for tverrfaglig samarbeid, gjerne med noen som driver forebyggende helsearbeid.

I og med at sårstell utgjør en så viktig del av behandlingstilbudet, er det avgjørende at de som jobber i klinikken har tilleggsutdanning og god kompetanse på dette. I Rogaland finnes det bl.a. utdanningstilbud på sårbehandling i Haugesund, og både Stavanger og Sola har benyttet seg av dette.

UTFORDRINGER: I begynnelsen var det en stor utfordring å gjøre tilbudet kjent og motivere mottakere av hjemmesykepleie til å oppsøke klinikken selv. Behandlingen i klinikken er gratis, men brukerne må selv bekoste evt. transport. Denne utgiften kan for enkelte være en barriere.

Det kan også oppfattes som en utfordring for kommuneøkonomien dersom Sykepleieklinikken overtar behandling som tradisjonelt har vært gitt i spesialisthelsetjenesten dersom dette ikke kompenseres økonomisk.

Sykepleieklinikken i Stavanger opplever at kommunikasjonen med fastlegene kan være krevende da det er mange å forholde seg til, og fastlegene henviser gjerne til "hjemmesykepleien" uten å ta hensyn til at en del kunne vært henvist til Sykepleieklinikken.

ANDRE RELEVANTE AKTIVITETER:

I Helsehuset er det etablert utstilling av velferdsteknologi, og det er viktig at de som besøker huset også får informasjon om, og inspirasjon til å ta i bruk velferdsteknologiske muligheter.

Stavanger kommune deltar i et prosjekt med avstandsoppfølging av kroniske pasienter (spesielt KOLS-pasienter). Prosjektet finansieres av Helsedirektoratet og er et interkommunalt samarbeid mellom Sarpsborg, Stavanger, Oslo og Trondheim.

Konseptet sykepleieklinikk passer godt inn i omstillingsprosjektet Leve HELE LIVET der målet er fornøyde brukere som gjennom forebygging, rehabilitering, sosiale nettverk og teknologi klarer seg selv i stedet for å bli passive mottakere av hjelp og pleie.

"For at Stavanger kommune skal lykkes med dette prosjektet, må holdninger endres hos brukere, pårørende, ansatte og i organisasjonen ellers. Ansatte innen helse- og sosialtjenesten skal ikke lenger gi kompensierende tjenester som fratrukker brukerne evnen til egenomsorg. I stedet skal ansatte trene og støtte brukerne i å mestre hverdagen slik at de kan leve hjemme lengst mulig, opprettholde funksjonsnivået sitt, delta aktivt i samfunnet og dermed få økt livskvalitet.

Leve HELE LIVET⁴ består av fire delprosjekter som alle har fokus på tidlig oppsporing av sykdom/ funksjonssvikt, forebygging og rehabilitering:

1. Helsefremmende og forebyggende tiltak (forebyggende hjemmebesøk)
2. Hverdagsrehabilitering
3. Hverdagsmestring
4. Velferdsteknologi"

4. <http://www.stavanger.kommune.no/levehelelivet>

DEL II: FUNN

Funn: Suksessfaktorer	(1) Revmatologisk poliklinikk	(2) Trivselsvenn i sykehjem	(3) Gatehospitalet	(4) Aktivitetstilbud til PMD*	(5) Nurse-Family Partnership	(6) Redusert tvang	(7) Halvannenlinje-tjenesten	(8) Sykepleieklipp
Forankring	●	●	●	●	●	●	●	●
Ledelse	●	●	●	●	●	●	●	●
Team	●	●	●	●	●	●	●	●
Kunnskap og erfaring	●	●	●	●	●	●	●	●
Dokumentere effekt	●		●	●	●	●	●	●
Synliggjøring	●	●	●	●	●	●		●
Samarbeid med andre	●	●	●	●			●	●
Inspirasjon fra andre					●			●
Fysisk plassering av tjenesten			●	●	●		●	●
Funn: utfordringer								
Endring av tankesett og kompetansebehov	●					●	●	
Økonomi		●	●	●			●	●
Rekruttering av brukere				●				●
Brukere med sammensatte og/eller spesielle behov			●					
Koordinering – Samarbeid med andre						●	●	●
Overgang til andre tilbud			●	●				
Tilpasning – Til norsk kultur og samfunnssystem					●			
Lover og regler	●							
Kompetanse for videreføring	●							

* PMD = Personer med demens

BESKRIVELSE AV FUNN

- På tvers av prosjektene og i enkeltprosjekt

Sykepleiere er både ledere og de viktigste medarbeiderne i innovasjonsprosjektene som er undersøkt i denne rapporten. I dette kapittelet vil vi trekke frem og diskutere noen av de viktigste funnene vi har gjort i prosjektene. Hensikten er å få frem momenter som man bør være oppmerksom på og ta hensyn til i fremtidige innovasjonsprosjekt.

TABELL: Sammendrag av suksesskriterier og utfordringer/barrierer

- (1) Revmatologisk poliklinikk – sykepleierdrevne polikliniske konsultasjoner, St. Olavs Hospital, Trondheim.
- (2) Trivselsvenn i sykehjem, Rokilde sykehjem, Kristiansund.
- (3) Gatehospitalet, Frelsesarmeen, Oslo.
- (4) Aktivitetstilbud – til personer med demens i tidlig fase, Ålesund.
- (5) Nurse-Family Partnership, RBUP Helseregion Øst og Sør.
- (6) Redusert tvang, Lovisenberg sykehus.
- (7). Halvannenlinje-tjenesten, Askim, samarbeid mellom syv kommuner i indre Østfold.
- (8) Sykepleieklinikk, Sola kommune og Stavanger kommune

SUKSESSFAKTORER

FORANKRING

I alle eksemplene er prosjektet godt forankret i ledelsen av de organisasjonene som er ansvarlig for prosjektet. Noen av prosjektene er også godt forankret politisk, både lokalt og gjennom nasjonale føringer.

(1) At det er et ønske fra ledelsen gjør det enklere å gjennomføre. Viktig at ledelsen er interessert i endringer. Avdelingsleder påpeker at en slik endring krever at man må være risikovillig, med mulighet for stor gevinst, og liten risiko. Idé fra sjefen sjøl: Kan vi utnytte kompetansen ved avdelingen bedre ved å benytte de erfarne sykepleierne til konsultasjoner.

(2) Få med både ledere og ansatte - forankring i enheten og støtte fra ledelsen.

(3) Forankring i en solid organisa-

sjon. Ledere er sykepleiere som er pådrivere og har tro på at dette skal vi få til. God forankring i ledelsen og politisk.

(4) Sykepleiere med støtte og pågangsmot til å ta tak i behov og komme opp med nye idéer for å møte behovene. Forankring og tverrfaglig prosjektgruppe. God faglig og politisk forankring.

(5) Prosjektet er godt forankret, også politisk, i kommunene som deltar, og det er sørget for at prosjektteamet i hver kommune er bemannet med dyktige og

motiverte medarbeidere. Forankret politisk (SV – FrP)

(6) Nasjonal føring – redusere tvang. Beslutningsprosessen om igangsettelse var godt faglig fundamentert, og i en såpass liten enhet var det enklere å oppnå consensus: "Dette gjør vi!"

(7) Ildsjel i ledelsen. Godt forankret i flere samarbeidende kommuner og sykehuset Østfold

(8) Godt forankret i ledelsen

LEDELSE

I alle prosjektene spiller sykepleiere en viktig rolle som ledere, og deres faglige bakgrunn, motivasjon, entusiasme og endringsvilje er viktig for å lykkes. Prosjektene tar også tak i tydelige endringsbehov og –muligheter.

(1) Viktig at ledelsen er interessert i endringer. Avdelingsleder påpeker at en slik endring krever at man må være risikovillig, med mulighet for stor gevinst, og liten risiko. Ressursutfordring - Et behov for flere leger hvis driften skulle kunne forsvares.

(2) Behov for flere hender for å engasjere beboerne på sykehjemmet. Et tydelig/synlig behov for både beboere, ansatte og pårørende.

(3) Tydelige behov - ("Samfunnet" ser de som trenger en seng.)

(4) Sykepleiere med støtte og pågangsmot til å ta tak i behov og komme opp med nye idéer for å møte behovene.

(5) Prosjektet ledes av en person med solid og relevant erfaring og et bredt nettverk også internasjonalt.

(6) Nasjonal føring – redusere tvang. Et behov internt i helse-tjenesten, og fra samfunnet (Avisene skriver om beltebruk.) De som ble intervjuet understreket viktigheten av rollen som Martin praktiserte som leder i prosjektet ved at han deltok aktivt i håndteringen av pasientene og demonstrerte alternative tilnærminger til beltebruk i praksis. Han var også flink til å gi konstruktive tilbakemeldinger til den enkelte og stimulere til at medarbeiderne snakket mye sammen og diskuterte de problemstillingene de hadde og hvordan de hadde løst dem. Ildsjel

i ledelsen i tillegg til kunnskap og lang erfaring.

(7) En dedikert prosjektleder - i prosjektet ansatte de en prosjektleder med erfaring, noe de som jobbet på prosjektet tror hadde betydning for resultatet. Et behov for ny tjeneste.

(8) Ledere ble inspirert av vellykkede prosjekt i Danmark og så at konseptet ville kunne dekke tydelige behov i Norge også.

TEAM

Sykepleierne i prosjektgruppene representerer mange ulike personligheter og grader av erfaring. Flere uttrykker at innovasjonsarbeid er inspirerende. Felles eierskap til det som utvikles er verdifullt, og det er viktig å jobbe tverrfaglig for å få god helhetsforståelse. Det er viktig å etablere møteplasser for interessentene i prosjektet. Det bør stimuleres til å være løsningsorientert i stedet for problemorientert, og man må ha en klar, felles målsetting for arbeidet. Målsettingen må kanskje justeres i fellesskap underveis. Kontinuitet i bemanning av innovasjons-team er verdifullt. Godt arbeidsmiljø generelt er avgjørende. God kommunikasjon både innad og utad er her viktig.

(1) Personavhengig. Både i forhold til ledelse og de som utøver jobben. Krever trygghet. Store forskjeller mellom sykepleierne. Noen ønsker mer ansvar og å utforske nye arbeidsmetoder og prosedyrer. Mye kunnskap og mange erfarne folk som har jobbet sammen lenge. Eierskap.

(2) Engasjerte, innovative medarbeidere - ildsjeler - som kan jobbe med prosjektet. Man må skape en infrastruktur som legger til rette for den nye tjenesten - tenke helhetlig. Ha flere faste møteplasser og arenaer for de ulike interessentene (beboer, pårørende, ansatte, ledelse, politikere, interesseorganisasjoner osv.). Det å jobbe tverrfaglig. Ikke se på ting som problemer, men muligheter. Bruk de samme

folkene over tid – kontinuitet. 2 ansatte med tid til oppfølging – Eks. Dra rundt og rekruttere. Eierskap i teamet - godt miljø - godt samarbeid (et godt team). Tverrfaglighet – etterhvert. NB! Sykepleiere som ledere og ildsjeler. Merverdi i jobben for ansatte og for brukere, pårørende og ikke minst de frivillige. Kreativiteten blant ansatte fikk utvikle seg, teamet fikk en ny glød.

(3) Team/Personal har engasjement, respekt og omsorg for denne gruppen pasienter. De har lojalitet overfor hverandre og pasientene. Det er kontinuitet i arbeidsstokken og de er godt bemannet med sykepleiere, vernepleiere og leger - dette gir fleksibilitet. Det er godt arbeidsmiljø. De har et felles mål, i tillegg til at de diskuterer

det felles målet til enhver tid. Det gjennomføres evaluering. Personer med erfaring og/eller trygghet ble brukt i oppstart (og senere). Mange ildsjeler og pådrivere. Tverrfaglighet i teamet - trivsel på jobb – et godt team. Godfølelsen av å hjelpe andre vokser i takt med "suksessen".

(4) Kompetanse, trygghet og personlig egnethet for arbeidet hos ansatte. En positiv museumsledelse og god kommunikasjon kontinuerlig med museet. Forankring og tverrfaglig prosjektgruppe.

(5) Prosjektet er godt forankret, også politisk, i kommunene som deltar, og det er sørget for at prosjektteamet i hver kommune er bemannet med dyktige og motiverte medarbeidere. Brukere

var med å velge de som skulle ansettes. Kontorer i RBUP – mange kompetente folk og konferere med. Alle; teamet og brukerne brenner for at dette skal bli en suksess. Team med lang erfaring

(6) Et kvalifisert, trygt og samkjørt personale som alle deltok aktivt og fikk eierskap til prosjektet var svært viktig for suksess. Solid opplæring med bruk av metoder som rollespill og simulering ga trygghet hos den enkelte medarbeider til å gjennomføre endret praksis. Et trygt og godt team med balansert kjønnsfordeling. Tverrfaglighet - gode innarbeidede rutiner med politiet.

(7) Kontinuitet i arbeidsstokken - la folk få tid til å bygge opp kompetanse i bruk av verktøy som MEWS (Modified Early Warning Score) - et system for å score pasienters helsetilstand - et verktøy for å vite hvor dårlig en pasient er - gir trygghet til sykepleierne. Godt samarbeid mellom leger og sykepleiere. "vi føler at vi blir lyttet til" - sykepleier. Flere har jobbet sammen tidligere (intensivavdelinger) i Oslo. Høyt kunnskapsnivå fra spesialist-helsetjenesten.

Et nytt godt tilbud for de som har bodd i storby og ønsker å flytte hjem. Tverrfaglighet – etterhvert. Bare sykepleiere i starten. Flere servicetjenester på samme sted, eks. blodprøver, og røntgenavd. Lege tilgjengelig hele døgnet.

(8) Noe nytt i de ellers så trauste oppgavene som gir inspirasjon.

KUNNSKAP OG ERFARING

Det er med personer med lang erfaring og mye kunnskap. Det bidrar til trygghet. Disse personene er gjerne forbilder/mentorer for andre med mindre erfaring. Flere har skaffet seg innsikt ved å bruke sitt nettverk, evt. besøke eller hospitere hos andre som har kommet lengre med konseptet. Igangsettelse av prosjekt har gjerne solid faglig fundamentering. De som bidrar i den nye løsningen har gjerne en faglig kompetanse som gjør at brukerne av løsningen foretrekker den nye.

(1) Mye kunnskap og mange erfarne folk som har jobbet sammen lenge.

(2) Skaffe seg erfaring og kompetanse der man ikke har det - utdanning og det å se på hva andre gjør. Kompetanse, trygghet og personlig egnethet for arbeidet hos ansatte

(3) Personer med erfaring og/eller trygghet ble brukt i oppstart (og senere).

(4) En behovsdrevet og personsentrert tilnærming.

(5) NFP-konseptet er svært godt dokumentert og det foreligger en detaljert beskrivelse, også

for hvordan man implementerer konseptet. Den er utviklet gjennom lang tid og med erfaringer fra mange land. Man har derfor et godt utgangspunkt. Kunnskapsrike ildsjeler i Norge. Prosjektleder har etablert tjenester tidligere (jordmor hjem) – stort nettverk.

(6) Beslutningsprosessen om igangsettelse var godt faglig fundamentert, og i en såpass liten enhet var det enklere å oppnå consensus: "Dette gjør vi!" God faglig fundamentering var en viktig suksessfaktor. Solid opplæring med bruk av metoder som rollespill og simulering ga trygghet hos den enkelte medarbeider til å gjennomføre endret praksis.

(7) Turte å ta inn flere pasientgrupper enn det som stod spesifisert i planen.

(8) Hospitering/besøk hos andre som er etablerte. I og med at sårstell utgjør en så viktig del av behandlingstilbudet, er det avgjørende at de som jobber i klinikken har tilleggsutdanning og god kompetanse på dette. I Rogaland finnes det bl.a. utdanningstilbud på sårbehandling i Haugesund, og både Stavanger og Sola har benyttet seg av dette.

DOKUMENTERE EFFEKT

For å kunne ”selge inn” en ny løsning til andre er det avgjørende å kunne dokumentere effekt, og det er det generelt stor bevissthet rundt i disse prosjektene.

- | | | |
|--|--|--|
| (1) Dokumentert effekt: Masteroppgaven til Hege Koksvik beviste at sykepleierdrevne poliklinikker var like gode som den tradisjonelle poliklinikk vedlege. | samarbeid med aksjonsforsker. | (7) Fokus på kvalitet og dokumentering av effekt i prosjektet - i dette prosjektet blir resultater lagt inn på ”Kvalitetslosen”, som er deres system for prosedyrer. |
| (3) Forskning er brukt for å bevise effekt av tjenesten og argumentere for utvidelse | (5) Den ganske omfattende følgeevalueringen som det er lagt opp til, vil være svært viktig for spredning av konseptet. | (8) Gode tilbakemeldinger /skryt fra brukere. Både Stavanger og Sola har gjennomført evalueringer. |
| (4) Synliggjøring av prosjektresultat, blant annet gjennom | (6) Utviklingen i prosjektet ble fulgt opp og dokumentert med løpende registrering av beltebruk og medisiner. Følgeevaluering som viser at det nytter. | |

SYNLIGGJØRING

Nesten alle forteller om at de har medieomtaler. Slik omtale bidrar til å gjøre det nye konseptet kjent og det motiverer dem som deltar i prosjektet til å ”stå på”. Medieomtale kan også være viktig overfor eksterne som man skal samhandle med.

- | | |
|--|--|
| (1) Medieomtale via artikler mm. | (8) Primært er det viktig at tilbudet om sykepleieklinikk blir gjort godt kjent blant potensielle brukere og samarbeidspartnerne i helse- og omsorgstjenestene, ikke minst fastlegene som henvisere. |
| (2) Medieomtale og skryt gir ekstra ”krefter”. | Medieomtale med skryt. |
| (3, 4, 5, 6) Medieomtale. | |

SAMARBEID MED ANDRE

Her er det både snakk om å utnytte kompetanse man har internt og trekke inn kompetanse utenfra. Flere trekker frem viktigheten av å lære av andre. I noen prosjekt er det også nødvendig å "frikjøpe" personer som er nyttige i prosjektet. Dekning av reisekostnader eller sørge for transportløsninger kan også være bidrag her.

(1) Ide fra sjefen sjøl: Kan vi utnytte kompetansen ved avdelingen bedre ved å benytte de erfarne sykepleierne til konsultasjoner.

(2) Skaffe seg erfaring og kompetanse der man ikke har det - utdanning og det å se på hva andre gjør. Frikjøp av arbeidskraft (trivselskoordinatorer) - legge til rette for å jobbe med prosjektet. Tjenesteinnovasjonskurs i Bergen - drar bort fra den daglige driften og får konsentrert seg om noe nytt. Drahjelp utenfra (Designit) til å drive prosessen.

(3) Fokus på samarbeid med andre tilbud. Gode på å spille på andre aktører som finnes fra før, ikke i konkurranse med dem.

(4) Transport - det å hente og bringe deltagere. Rekruttert frivillige til å hjelpe til med større oppgaver som for eksempel trefelling. Dette krever også ressurser, men gir muligheter og ekstra kapasitet.

(7) Tillit hos fastlegene - prosjektet hadde med fastleger med fra starten av. Ikke sette for mange kriterier for at fastlegene skal

kunne legge inn pasienter på KAD. Egen lege, som er på 24 timer i døgnet - trygghet for pasienter og legene som legger dem inn. Egen dedikert KAD-lege - bedre fagmiljø, bedre ressursstyring og mer trygghet

(8) For dem som jobber i sykepleieklinikken er det viktig å ha et fagmiljø rundt seg, helst også muligheter for tverrfaglig samarbeid, gjerne med noen som driver forebyggende helsearbeid. Frigjør tid/arbeid for andre (hjemmesykepleien / fastlegene).

INSPIRASJON FRA ANDRE

Når man ser behov for en ny løsning, kan det være lurt å undersøke hvordan andre, gjerne internasjonalt, har løst behovet. Andre ganger hender det at man ser gode løsninger andre steder som kan implementeres og tilpasses hos oss for å dekke behov.

(5) Inspirasjon fra USA.

(8) Inspirasjon fra Danmark.

FYSISK PLASSERING AV TJENESTEN

Fysisk plassering av den nye løsningen kan være avgjørende for suksess. Plasseringen kan åpne for helt nye samarbeidsrelasjoner.

- | | |
|---|---|
| (3) Egnede bygning i hovedstaden fylket. Trygt og nært. | |
| (4) Tilgang på egnede lokaler i museet | (8) Samlokalisering med andre kan gi helt nye samarbeidsrelasjoner. Sykepleieklinikkene bør være lett tilgjengelige i forhold til offentlige kommunikasjonsmidler og helst samlokaliseres med miljø etc. som brukerne gjerne vil oppsøke. (Eksempel på dette er dagsentra.) |
| (5) Kontorer i RBUP | |
| (7) Legevakten ligger i samme bygning. Godt egnede lokale (Askim sykehus). En time fra Oslo. Midt i | |

ANDRE FUNN

Her er det referert noen enkeltpunkter som kan være avgjørende for suksess. De gjenspeiler viktigheten av å ta skikkelig hensyn til pasientens behov og øke pasientens medvirkning i egen behandling. De forteller også om viktigheten av god planlegging, organisering og klare retningslinjer.

- | | |
|--|---|
| (3) Tid - Pasientene får god tid til å komme seg. Klare og strenge regler i forhold til rus - dette gir trygghet for pasientene. | (6) Dette prosjektet kunne vanskelig vært gjennomført i en større avdeling som ville krevd mer av formell avklaring og godkjenning. |
| (5) Oppskrift å følge i forhold til organisering. God planlegging. | (8) Økt kvalitet på tjenesten ved å la pasientene velge selv. |

UTFORDRINGER

ENDRING AV TANKESETT OG KOMPETANSEBEHOV

Nye løsninger fører til endret organisering og arbeidsfordeling. Det å utnytte den enkeltes kompetanse bedre kan føre til en skjerping som gjør at den enkelte kan føle at arbeidsdagen jevnt over blir mer krevende og at det blir for få perioder der man kan "flyte på" rutine. I enkelte tilfeller kan ny praksis gi utfordringer risikomessig.

(1) At legene fikk mer vanskelige pasienter har av noen blitt nevnt som en utfordring. Avdelingslederen mener at dette må de som leger være forberedt på å tåle, og det er bedre utnyttelse av kompetanse.

(6) Den nye praksisen med mindre tvang er krevende overfor de som jobber på posten. Den enkelte må endre tankesett; når de tidligere kunne ty til beltelegging

av pasienten for å unngå fysisk utagering og fare, og dermed risiko, må de nå velge annen tilnærming. Dette stiller andre og økte krav til opplæring og kompetanse.

(7) Rekruttering av folk med riktig kompetanse - er ikke alltid like enkelt. Sårbart når man er få personer med spesifikk fagkompetanse og lite utskifting - vanskelig å finne vikarer som kan ta oppgavene til de fast ansatte.

ØKONOMI

Økonomi er som regel en utfordring selv om det ikke bestandig blir uttrykt. Med en helse- og omsorgssektor som er organisert i ”siloer” med separat økonomi og adskilte ansvarsområder kan nye måter å organisere tjenesten på utfordre systemet ved at økonomisk belastning og gevinst forskyves mellom ”siloene” og at det ikke alltid er dem som får utgiftene som høster resultatene. Pasientene må se klare fordeler dersom de på noen måte blir påført økte utgifter.

(2) Økonomi.

(3) Det var ikke en selvfølge at dette skulle bli et tilbud – det var en utfordring før de fikk midler.

(4) Økonomi er alltid en viktig faktor og ofte en barriere i slike prosjekt, det var det også her: Finne finansiering og få bruke midlene til det de trengte var utfordringen her.

(7) Det er en døgnpris å bruke Helsehuset, så kommunene ønsker å bruke egne plasser

først - et stort problem i starten da kommunene måtte betale 90 % av prisen, men det er nå redusert til 40 %, som gjør det mer attraktivt for kommunen. Kommunene må ta ned noen egne tilbud om de skal kunne bruke dette tilbudet, fordi de ikke har råd til å gjøre begge deler. Interkommunalt samarbeid – overlappende tjenester – ikke alltid lønnsomt for kommunen. Økonomi - Mangler fagpersoner i forhold til rus og psykiatri – ser behov for en slik tjeneste.

(8) Behandlingen i klinikken er gratis, men brukerne må selv bekoste evt. transport. Denne utgiften kan for enkelte være en barriere. Det kan også oppfattes som en utfordring for kommuneøkonomien dersom Sykepleieklinikken overtar behandling som tradisjonelt har vært gitt i spesialisthelsetjenesten dersom dette ikke kompenseres økonomisk.

REKRUTTERING AV BRUKERE

I noen tilfeller kan det være krevende å rekruttere brukere til nye tilbud. Dersom det er et tilbud overfor en gruppe brukere må det kanskje legges vekt på at brukerne går godt sammen. Det er også en utfordring å gjøre tilbudet kjent overfor brukerne.

(4) Finne deltagere som fungerer med resten av gruppen - rekruttering av deltagere var en viktig og krevende del av prosjektet. Funksjonsnivå og interesseområder er nå viktigere enn alder, som var et "inntakskriterium" i starten av prosjektet.

(5) Rekruttering av potensielle deltagere

(8) I begynnelsen var det en stor utfordring å gjøre tilbudet kjent og motivere mottakere av hjemme-sykepleie til å oppsøke klinikken selv.

BRUKERE MED SAMMENSATTE OG/ELLER SPESIELLE BEHOV

Enkelte ganger stilles det ekstra høye krav til helhetstenking.

(3) Pasientgruppen har i stor grad et kaotisk liv, som er lite forenelig med ivaretagelse av egen helse. Pasientgruppen har ofte lite nettverk og de kan ha negative relasjoner til de som

er i nettverket. Pasientgruppen sliter ofte med flere lidelser og sykdommer samtidig; somatiske lidelser, psykiske lidelser og rus-avhengighet.

KOORDINERING - SAMARBEID MED ANDRE

Informasjon, koordinering etc. overfor samarbeidspartnere kan være en utfordring.

(6) Da prosjektet ble igangsatt ved Inntaksposten, begynte ansatte ved de andre postene å reagere: "Hva betyr det for oss at dere har dette prosjektet?" Martin sier i ettertid at de andre postene burde vært mere involvert i prosjektet da de gjerne blir tilkalt i vanskelige tilfeller.

(7) I dette interkommunale samarbeidet har de ikke felles tildelingskontor, noe som gir mindre helhetlig oversikt over tilbudet og mindre insentiv for å bruke tilbudet for enkeltkommunene.

(8) Sykepleieklinikken i Stavanger opplever at kommunikasjonen med spesialisthelsetjenesten og med

fastlegene kan være krevende da det er mange å forholde seg til, og fastlegene henviser gjerne til "jemmesykepleien" uten å ta hensyn til at en del kunne vært henvist til Sykepleieklinikken.

OVERGANG TIL ANDRE TILBUD

For å få til en god tjeneste må det tenkes helhetlig for å få til gode overganger mot andre tjenester.

(3) Det er vanskelig å finne gode plasser å skrive ut de aller sykeste pasientene til, når de er ferdig behandlet på Gatehospitalet, hvis de ikke har noe sted å bo.

(4) Utfordrende å få til en god overgang når personen ikke lenger er frisk nok til å ha nytte av tilbudet. Viktig å få til en smidig overgang til andre tilbud og samtidig ikke overskygge andre viktige tilbud

TILPASNING - TIL NORSK KULTUR OG SAMFUNNSSYSTEM

Løsningskonsepter som er utviklet i andre land med en annen kultur og andre rammebetingelser kan være krevende å tilpasse til våre forhold.

(5) Den detaljerte beskrivelsen av NFP-konseptet kan også være en utfordring. Det synes å være en spesiell, innebygd motvilje blant mange nordmenn mot å la seg bli detaljstyrt. Samfunnsoppbyggingen i Norge, spesielt innen helse og omsorg, er svært forskjellig fra USA der NFP-konseptet i hovedsak er utviklet.

Det vil derfor sannsynligvis bli behov for ganske store justeringer og tilpasninger for at det skal kunne fungere godt hos oss. (Her er kontakten som allerede er etablert med UK nyttig da de har tilpasset konseptet i en helse- og omsorgssektor som er mer lik vår.) I konseptet er det lagt opp til hyppige besøk

av familiesykepleier i hjemmet. Vi ser ikke bort fra at man kan møte motstand mot så hyppige besøk, i hvert fall i en startfase før brukerne forhåpentligvis opplever nytten. Balansegang mellom å sykeliggjøre, mestre og normalisere.

LOVER OG REGLER

Når arbeidsfordelingen endres mellom yrkesgrupper, kan det utfordre etablerte lover, regler, refusjonsordninger etc.

(1) Lover og regler kan være en utfordring når man vil gjøre ting på en ny måte. Det nevnes blant annet at det hadde vært ønskelig

at sykepleiere kunne gjort noen doseendringer uten å måtte kontrollere dette med lege. Dette gjøres i samarbeid i dag.

KOMPETANSE FOR VIDEREFØRING

En ny løsning kan være basert på at man benytter svært erfarne personer, kanskje med spesiell videreutdanning. Dersom det ikke sørges for løpende kompetanseheving, kan en slik løsning slutte å fungere tilfredsstillende.

(1) Mangel på videreutdanningsmuligheter kan bli en utfordring for rekruttering.

ANDRE FUNN

Her er noen spesifikke utfordringer for enkelte av prosjektene:

(3) Det er mange flere som trenger hjelp, og ventelistene for å komme inn er lange.

(4) Det kan være veldig kaldt i Gavelen (Museet). Dette gjør at det ikke passer for alle. I starten frøs vannet, og de måtte gå på do i

at annet hus på museumsområdet. Nye saker som dukker opp underveis i tjenesten

HVA SIER FORSKNINGEN?

Litteraturstudie - Sykepleierens rolle i innovasjon - suksessfaktorer

Forskning på innovasjon i helse- og omsorgssektoren har belyst hvordan prosesser og organisasjoner, teknologi og ulike brukere kan ha betydning for å lykkes med innovasjon [4-7]. Det er imidlertid gjort lite for å avdekke hvordan sykepleierens rolle i innovasjonsprosessen fungerer, men flere studier har undersøkt nærliggende tema: innovasjonsevne, risikotaking og holdninger blant sykepleiere [8-12], betydningen av ledelse og organisasjonskultur for innovasjon innen sykepleie [13-21], læring i team og innovasjon innen sykepleie [22, 23], innovasjon i sykepleieutdanning [24-26], evidens-basert sykepleie, ildsjeler og innovasjon [17, 27]. Basert på funn fra disse studiene, kan noen faktorer som er viktige for å lykkes med innovasjon innen sykepleiefeltet trekkes frem:

- Sykepleiere og ledere som er nyskapende, risikotakende og fokuserer på muligheter har en avgjørende rolle for å lykkes med innovasjon [12].

- Selvstendighet, tiltro til egne muligheter for å håndtere oppgaver og mål, og kunnskapsdeling påvirker individuell innovativ atferd blant sykepleiere [16].

- Sykepleiere som fungerer som pådrivere, ildsjeler kan ha en flerdimensjonal rolle som er spesielt godt egnet til å manøvrere i et komplekst dynamisk helsevesen [27].

- Gjennom sykepleiere sin rolle og evne til direkte mellommenneskelig kontakt, så kan tverrfaglige barrierer reduseres, noe som kan øke sannsynligheten for atferdsendring og innovasjon [27].

- Utdanningsnivå, antall år med ledererfaring og (videre) utdanning innenfor ledelse påvirker i hvor stor grad ledere innen sykepleiefeltet er innovative [8].

- Ledere med sykepleierkompetanse kan være viktig for å fremme innovasjon [18].

- Bruk av evidens-basert kunnskap har vist seg å være viktig for å fremme innovasjon blant sykepleiere [17, 28].

- Selvtillit og prioritering av jobb har betydning for innovativ atferd blant sykepleiere [11].

- Teamets rolle og felles aktiviteter som for eksempel kritisk vurdering av verdier, standarder, rutiner og refleksjoner rundt ekstern utvikling er viktig [22, 29].

- Finansiering av innovasjonsprosjekter fører til rom for endring og muligheter for refleksjon og ny læring blant sykepleiere [20].

- Organisasjonskultur og ledelsesstil [15, 19, 21, 30] er viktig for å lykkes med innovasjon.

- Kunnskapsdeling innen organisasjonen bidrar indirekte til innovativ atferd blant sykepleiere [16].

OPPSUMMERING

De åtte innovasjonsprosjektene vi har undersøkt har gitt oss innblikk i sykepleiernes roller både som pådrivere, ledere og medarbeidere i prosjektene. I tillegg har vi fra prosjektene hentet ut informasjon om viktige suksessfaktorer og utfordringer som man bør være klar over ved fremtidige innovasjonsprosjekt.

SYKEPLEIERNES ROLLER

Sykepleierne har en utdannelsesbakgrunn som fremmer mellommenneskelig forståelse og innsikt, og de er den yrkesgruppen som vanligvis har nærmest og lengst kontakt med den enkelte pasient i behandlingsforløpet. Dette gir dem de beste forutsetningene for å få innsikt i pasientenes behov og kontinuerlig kunne jobbe med praktisk tilrettelegging av pasientbehandlingen, og de vil også kunne se hvor det er behov for forbedringer.

Sykepleierne har også en posisjon som gjør at de blir vant til å samarbeide med andre yrkesgrupper. Det gjør også at de ser verdien av tverrfaglig samarbeid noe som blir fremhevet i noen av prosjektene.

Sykepleiere i lederposisjoner har som regel en solid erfaringsbakgrunn fra praksis som sykepleier. Dette gir dem en kompetanse og trygghet til å

kunne være forbilder for utprøving og tilpasning av ny praksis. Dette kom tydelig frem i enkelte av prosjektene.

Enkelte av prosjektene i denne rapporten hadde ikke vært gjennomført om det ikke hadde vært for ildsjeler blant sykepleierne. Det gjelder både initiativ og medvirking til igangsetting, og tiltak for å overvinne hindringer underveis slik at ikke prosjektene stoppet opp, og ildsjelene har vært å finne både blant sykepleiere i lederposisjoner og i sykepleiepraksis.

Noen av sykepleierne vi kom i kontakt med gjennom denne undersøkelsen hadde hatt praksis og/eller evt. opplæring i andre land eller de hadde et bredt internasjonalt nettverk. Noen hadde også skaffet seg et slikt nettverk gjennom at de hadde drevet med forskningsvirksomhet. Dette gjorde at de var godt informert om innovative tiltak i andre land

eller de skaffet seg innsikt gjennom studieturer, konferanser eller til og med hospitering i andre land. Dette kunne danne et godt grunnlag for innføring, implementering og tilpasning av nye løsninger hos oss.

Noen av prosjektene har vært muliggjort gjennom deltakelse av sykepleiere med ekstra solid erfaring og kompetanse. Dette har også gjort at de nye løsningene har vært kvalitetsmessig gode og er blitt foretrukket av brukerne/pasientene. Det er da gjerne en utfordring å sørge for at kompetansenivået videreføres slik at kvalitetsnivået opprettholdes og de nye løsningene lever videre.

Tradisjonelt har det vært hevdet at redselen for å gjøre feil som kan gå ut over pasienten ("null-feils-kulturen") er en vesentlig hindring for å få til innovasjon i helse- og omsorgssektoren. Dette poenget har i svært liten grad vært

fremme i de åtte prosjektene vi har undersøkt.

En forutsetning for spredning av nye løsninger er at man kan vise at løsningene gir gode resultater i form av økt kvalitet og/eller bedre ressursutnyttelse. Sykepleierne i de undersøkte prosjektene synes å ha hatt god forståelse for dette, og det gjennomføres til dels solide evalueringer av prosjektene.

Gjennom de 8 innovasjonsprosjektene har vi fått god innsikt i sykepleiernes bidrag og roller i innovasjonsprosessen, men dersom man forskningsmessig skal kunne vekte betydningen av de enkelte rollene eller bidragene, vil det kreve en større studie. I tillegg til å undersøke et større antall innovasjonsprosjekter kan det også være av interesse å differensiere mellom type innovasjon (f.eks. produkt- eller tjenesteinnovasjon) og øvrig kontekst (f.eks. primær- og spesialisthelsetjeneste, somatikk

og psykisk helse). I følge Ploeg et al. [27] er det behov for mer kunnskap om ildsjeler innen sykepleie, blant annet om det er visse egenskaper hos ildsjelene (f.eks. stilling i organisasjonen, kredibilitet, erfaring) som har betydning for deres innvirkning på prosjektene. Man trenger også kunnskap om hva som utgjør en "kritisk masse" av ildsjeler innen en enhet eller en organisasjon for å få til innovasjon. Økt forståelse for sammenhengen mellom læring i team og innovasjon, med fokus på individuelle og kontekstuelle faktorer vil også være viktig for å fremme innovasjon i helse- og omsorgssektoren[23]

Denne undersøkelsen har vist at sykepleiere har en posisjon i helse- og omsorgstjenestene som gjør at de kan spille meget viktige roller i innovasjonsarbeidet, og mye tyder på at det også er et stort uutnyttet potensial. Det er derfor viktig at innovasjonsarbeid også blir lagt vekt på i sykepleierutdanningen.

REFERANSER

1. Puchta, C. and J. Potter, Focus Group Practice 2004, Loughborough University, UK: SAGE Publications.
2. Stickdorn, M., et al., This is service design thinking : basics, tools, cases. 2011, Amsterdam: BIS Publ.
3. Tjora, A., Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 2. utgave ed. 2012: Gyldendal. 246.
4. Omachonu, V.K. and N.G. Einspruch, Innovation in Healthcare Delivery Systems: A Conceptual Framework. The Innovation Journal, 2010. 15(1).
5. Barnett, J., et al., Understanding innovators' experiences of barriers and facilitators in implementation and diffusion of healthcare service innovations: a qualitative study. BMC Health Services Research, 2011. 11(1): p. 342.
6. Fleuren, M.A., et al., Towards a measurement instrument for determinants of innovations. Int J Qual Health Care, 2014. 26(5): p. 501-10.
7. Lansisalmi, H., et al., Innovation in healthcare: a systematic review of recent research. Nurs Sci Q, 2006. 19(1): p. 66-72; discussion 65.
8. Clement-O'Brien, K., D.F. Polit, and J.J. Fitzpatrick, Innovativeness of nurse leaders. J Nurs Manag, 2011. 19(4): p. 431-8.
9. Joseph, M.L., Innovativeness in nursing: a phenomenological and constructivist study [dissertation] 2007, Capella University: Minneapolis.
10. Nasiri, A.A., et al., A study on the level of innovation and its related factors in critical care nurses employed in intensive care units. Journal of Clinical Nursing and Midwifery, 2013. 2(3): p. 8-18.
11. Nählinder, J., Where are All the Female Innovators? Nurses as Innovators in a Public Sector Innovation. 2010, 2010. 5(1): p. 17.
12. Kalkan, M., H. Odacı, and H.E. Koç, Innovativeness, Risk Taking, Focusing on Opportunity Attitudes on Nurse Managers and Nurses. International Journal of Social, Behavioral, Educational, Economic, Business and Industrial Engineering, 2010. 4(7).
13. Bender, M., M. Williams, and W. Su, Diffusion of a Nurse-led Healthcare Innovation: Describing Certified Clinical Nurse Leader Integration Into Care Delivery. J Nurs Adm, 2016. 46(7-8): p. 400-7.
14. Tross, G. and J.S. Cavanagh, Innovation in nursing management: professional, management and methodological considerations. J Nurs Manag, 1996. 4(3): p. 143-9.
15. Weng, R.H., et al., Exploring the impact of transformational leadership on nurse innovation behaviour: a cross-sectional study. J Nurs Manag, 2015. 23(4): p. 427-39.
16. Kim, S.J. and M. Park, Leadership, Knowledge Sharing, and Creativity: The Key Factors in Nurses' Innovative Behaviors. J Nurs Adm, 2015. 45(12): p. 615-21.
17. Shirey, M.R., Evidence-based practice: how nurse leaders can facilitate innovation. Nurs Adm Q, 2006. 30(3): p. 252-65.

18. Jones, K. and L. Griffiths, Back to the floor Friday: evaluation of the impact on the patient experience. *J Nurs Manag*, 2011. 19(2): p. 170-6.
19. Lin, P.Y., et al., The influences of nursing transformational leadership style on the quality of nurses' working lives in Taiwan: a cross-sectional quantitative study. *BMC Nurs*, 2015. 14: p. 33.
20. Nelson, K., et al., Lessons from eleven primary health care nursing innovations in New Zealand. *Int Nurs Rev*, 2009. 56(3): p. 292-8.
21. Salanova, M., et al., Linking transformational leadership to nurses' extra-role performance: the mediating role of self-efficacy and work engagement. *J Adv Nurs*, 2011. 67(10): p. 2256-66.
22. Timmermans, O., et al., Team learning and innovation in nursing, a review of the literature. *Nurse Education Today*, 2012. 32(1): p. 65-70.
23. Holleman, G., et al., The relevance of team characteristics and team directed strategies in the implementation of nursing innovations: a literature review. *Int J Nurs Stud*, 2009. 46(9): p. 1256-64.
24. Körükcü, Ö. and K. Kukul, Innovation in nursing education. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2010. 9: p. 369-372.
25. Glasgow, M.E., L.M. Dunphy, and R.O. Mainous, Innovative nursing educational curriculum for the 21st century. *Nurs Educ Perspect*, 2010. 31(6): p. 355-7.
26. Kaya, N., N. Turan, and G.Ö. Aydın, A Concept Analysis of Innovation in Nursing. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2015. 195: p. 1674-1678.
27. Ploeg, J., et al., The role of nursing best practice champions in diffusing practice guidelines: a mixed methods study. *Worldviews Evid Based Nurs*, 2010. 7(4): p. 238-51.
28. Kyratsis, Y., et al., Making sense of evidence in management decisions: the role of research-based knowledge on innovation adoption and implementation in health care. *Health Services and Delivery Research*, 2014. 2(6).
29. Holleman, G., et al., The relevance of team characteristics and team directed strategies in the implementation of nursing innovations: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 2009. 46(9): p. 1256-1264.
30. Garcia, V.H., K.L. Meek, and K.A. Wilson, Advancing innovation in health care leadership: a collaborative experience. *Nurs Adm Q*, 2011. 35(3): p. 242-7.

BEGREPER

INNOVASJON – VERKTØY FOR VERDISKAPING

Innovasjon har alltid vært et viktig virkemiddel for verdiskaping og utvikling av samfunnet. Økt verdiskaping oppnås stort sett enten ved økt bruk av ressurser eller ved å bruke ressursene på en bedre måte. Studier indikerer at kun en begrenset del av veksten kommer fra økt mengde av det som går inn i produksjonen. Økt verdiskaping skjer først og fremst når mennesker bruker ressursene på nye og smartere måter¹.

Det er mange ulike oppfatninger av begrepet, mange ulike tilnærminger til faget og ikke minst mange ulike definisjoner av innovasjon.

OECDs definisjon av innovasjon²:

”en ny vare, en ny tjeneste, en ny produksjonsprosess, anvendelse eller organisasjonsform som er lansert i markedet eller tatt i bruk i

produksjonen i privat eller offentlig sektor for å skape verdier.”

KS har følgende definisjon av innovasjon:

”N³: Nytt - Nyttig - Nyttiggjort. Innovasjon handler om skape noe nytt, nye løsninger, som er nyttige, skaper verdi, og blir nyttiggjort, tatt i bruk i kommuner og helseforetak.”

”Verdi” kan måles som helseøkonomi - kost-/nytte - hvilke verdier skaper løsningen opp mot hva det koster å implementere og drive den?

Verdi kan måles og vurderes på mange måter, eksempelvis:

- Livskvalitet og tilfredshet
- Kvalitet og redusert feilprosent
- Effektivitet og produktivitet
- Omdømme og kundevennlighet
- Brukervennlighet og enklere brukergrensesnitt

RADIKALE OG INKREMENTELLE INNOVASJONER

Innovasjoner klassifiseres etter hvor omfattende de er, og i hvilken grad de er i stand til å påvirke økonomiske forhold og andre former for merverdi (sosial eller kulturell). Innovasjoner kan splittes i to typer³, hvor omfattende virkninger de har i den virksomheten de opptrer. Radikale innovasjoner innebærer noe helt nytt, mens inkrementelle innovasjoner er små skrittvis forbedringer i virksomheten. Inkrementelle innovasjoner skjer kontinuerlig og er den vanligste formen for innovasjon. Den har stor betydning for den enkelte virksomhet, og verdiene av slike innovasjoner er ofte undervurdert⁴.

1. Rosenberg, Nathan (2004): Innovation and Economic Growth
2. NOU 2015:1, Produktivitet – Grunnlag for vekst og velferd.
3. Rosenberg, Nathan (2004): Innovation and Economic Growth
4. NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg

TJENESTE, TJENESTEINNOVASJON OG TJENESTEDESIGN

En tjeneste er en immateriell vare. Tjenester kan bestå av produkter, prosesser, organisering, infrastruktur og kommunikasjon som er satt i system. Tjenester kan ikke lagres, og skaper først verdi i samproduksjon mellom brukeren og systemet. Tjenesteinnovasjoner er nye løsninger hvor kjente tjenester, prosesser og produkter kombineres eller lages på nye måter for å skape opplevd verdi. Tjenestedesign er en tilnærming til tjenesteinnovasjon som har som mål å skape brukbare, brukervennlige, effektive og attraktive løsninger for mennesker som leverer og mottar tjenesten.

BEHOVSDREVET INNOVASJON

Behovsdrevet innovasjon handler om å kartlegge og forstå brukernes eksisterende og ikke erkjente behov, for deretter å bruke kunnskapen som grunnlag for utvikling og implementering av nye løsninger. Brukerne er de fremste ekspertene på sin egen situasjon, og all deres kunnskap er svært verdifull i en innovasjonsprosess. I en behovsdrevet innovasjonsprosess defineres alle interessenter som brukere. I helsesektoren er interessentene alt fra myndigheter,

ledelse og ansatte i helseforetak og kommunehelsetjeneste til pasienter, pårørende og vanlige borgere. Behovsdrevet innovasjon forutsetter aktiv brukermedvirkning i hele innovasjonsprosessen.

DEN NYE VERKTØYKASSEN FOR UTVIKLING AV

PASIENTENS HELSETJENESTE

Regjeringen vil gi pasientene sterkere innflytelse. Pasientens stemme skal veie tyngre i utformingen av morgendagens helsetjeneste. Pasientenes behov og ønsker skal vektlegges i større grad enn før når det skal tas valg om hvilken behandling som skal gis, og hvordan den skal gjennomføres. Pasientenes kompetanse skal tillegges vekt på linje med fagfolkens kompetanse. Å skape pasientens helsetjeneste betyr at helsetjenesten må endre kultur, holdninger, organisering og ledelse. Regjeringen mener mobiliseringen av pasienter og pårørende som endringsagenter vil utgjøre den viktigste drivkraften for fornying og forbedring i helsetjenesten. Det vil medvirke til en bedre helsetjeneste, ikke bare for pasienter og pårørende, men også for medarbeidere i helsetjenesten. Den nye verktøykassen: Regjeringen peker på 6 viktige verktøy for å utvikle

pasientens helsetjeneste: Ledelse, Kvalitet, Kompetanse, Team, IKT, Mestring.

ADAPSJON – BLI INSPIRERT OG TA I BRUK LØSNINGER SOM ANDRE HAR UTVIKLET

Noen ganger leser man om, eller kanskje hører om, forbedringstiltak som andre har foretatt, som løser tydelige behov i helse- og omsorgssektoren. Andre ganger ser man selv behov for forbedring, og da kan det være lurt å undersøke hva andre (også internasjonalt) har gjort for å løse tilsvarende behov. Kanskje kan andres løsninger tilpasses og implementeres hos oss? En snarvei til innovasjon kan faktisk være å teste ut andres løsninger. Da kan man få innblikk i styrker, svakheter og forbedringspotensial, og man vil kunne få forståelse for hvilke teknologiske løsninger som trengs og hvilke tjenester som må utvikles for å kunne dra nytte av teknologien.

Innovasjon kan altså handle om å ta i bruk løsninger som andre har utviklet, videreutvikle og tilpasse dem i ny kontekst. Dette kan være en mer effektiv og billigere innovasjonsprosess, enn om man starter helt på nytt.

-
5. Schumpeter (1934), Furseth, Cuthbertson & Reynolds(2010), Hollins(1991), UK Design Council (2012), live|work (2003), Zeithaml, Parasuraman & Berry (1985)
 6. SINTEF, Helsedirektoratet, Helse Midt-Norge RHF 2012; Behovsdrevet innovasjon – 10 steg til innovasjon.
 7. Helse- og omsorgsdepartementet, Meld.St.11 (2015-2016), Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019).
 8. Helse- og omsorgsminister Bent Høie, åpning av Helsekonferansen 2016; Den nye verktøykassen

VEDLEGG

Intervjuguide

"Innovasjon og nytenkning i sykepleietjenesten"

Dette intervjuet har som hensikt å få mer informasjon om innovasjonsprosjekt i sykepleietjenesten. Det vil først være en del hvor vi snakker rundt det innovasjonsprosjektet du har vært med på, og så en del hvor vi ser på hvilken rolle sykepleieren hadde i dette prosjektet og i framtidige innovasjonsprosjekt. Det vi her ser på om innovasjonsprosessen er fra og med man fikk en idé om at noe burde endres, til planlegging og arbeid underveis til endringen var innført.

1. Om innovasjonsprosessen

Kan du fortelle litt om det prosjektet du har vært en del av?

- Hvem var involvert?
- Hva var ideen/det dere ville endre som startet prosjektet?
- Hvem var initiativtakere til oppstarten av prosjektet?
- Hvor lenge pågikk prosjektet?
- Hva var din rolle i dette?
- Var dine kollegaer involvert på noen måte i innovasjonsprosessen? Hvordan gjorde dere eventuelt dette?
- Var pasienter og pårørende involvert på noen måte i innovasjonsprosessen? Hvordan gjorde dere eventuelt dette?
- Hadde du/dere noen tidligere erfaringer fra innovasjonsprosjekt?

Hvordan opplevde du det å være med i et innovasjonsprosjekt?

- Var det noe som fungerte veldig godt i innovasjonsprosessen deres?
- Var det noen gang du opplevde at innovasjonsprosessen ikke fungerte?
- Opplevde du noen gang at du møtte motstand for prosjektet i resten av organisasjonen i løpet av innovasjonsprosessen? Kan du fortelle rundt dette?
- Hva gjorde dere når dere møtte på utfordringer i prosjektet?

Hva er status på prosjektet i dag?

- Ble prosjektet videreført?
- Hva tenker du er den viktigste årsaken til dette? (videreført/ikke videreført)
- Endret prosjektet på arbeidsoppgaver eller ansvar hos sykepleiere?

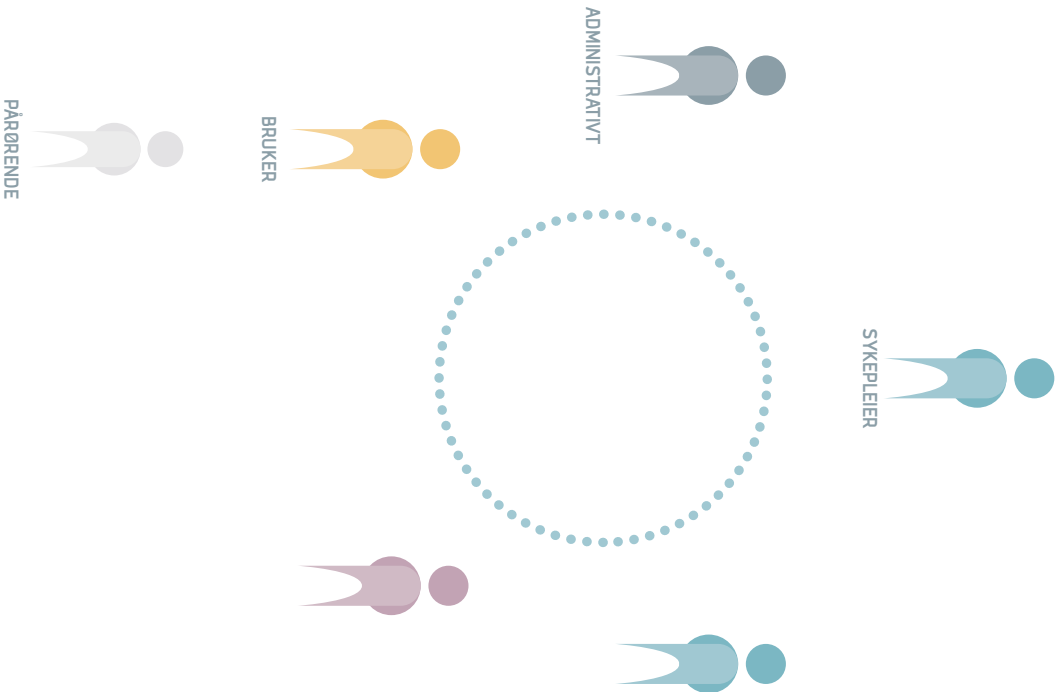
2. Om sykepleierens rolle i innovasjonsprosessen

- Hvordan ble du med på innovasjonsprosjektet?
- Hvorfor tenker du at akkurat du ble med på dette prosjektet?
- Hvilken rolle opplever du at sykepleieren kan ha i en innovasjonsprosess?
- Hvordan opplever du at sykepleierens verdier og normer samsvarer med det å være med i en innovasjonsprosess?

- NB! Denne intervjuguide blir brukt i semi-strukturerte intervju. Dvs. spørsmålene er veiledende.

VEDLEGG 2: VISUALISERINGS VERKTØY

AKTØRER



BEHOV



HVOR KOM IDEEN FRA?

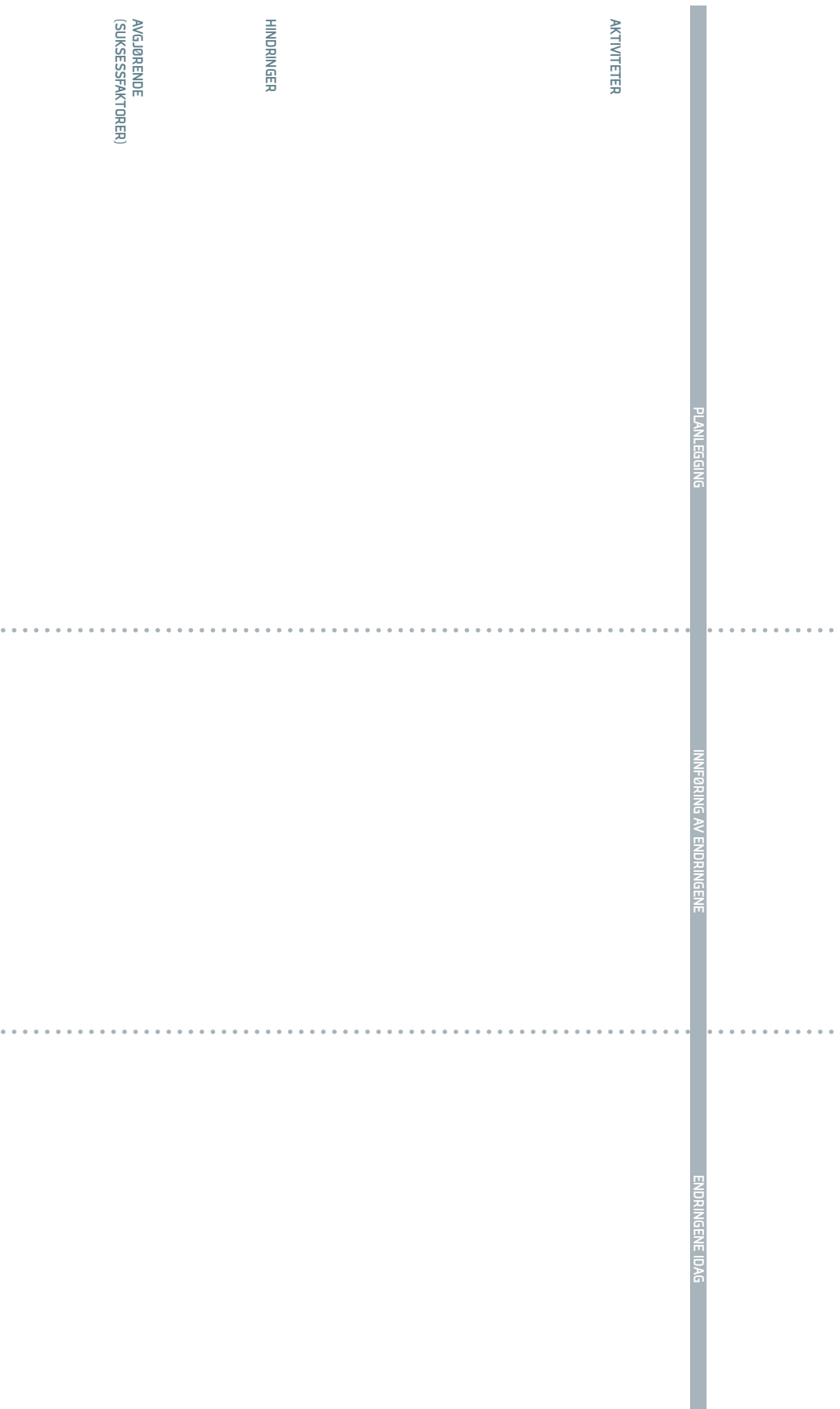
ER DET FLERE MED LIGNENDE LØSNINGER?

HVORDAN VAR TJENESTENE FØR?

HVORDAN ER TJENESTENE NÅ (HVA ER IDEEN)?

INNOVASJONSPROSESSEN

HYORDAN HAR DERE JOBBET?



VEDLEGG 3: SAMTYKKESKJEMA

Forespørsel om deltakelse i prosjektet

”Innovasjon og nytenkning i Sykepleietjenesten”

Bakgrunn og formål

I anledning sykepleierkongressen 2016: “Lyden av #innovasjonskraft” ønsker Norsk Sykepleierforbund (NSF) å vite mer om hvordan sykepleiere bidrar inn i innovasjonsprosesser, og synliggjøre dette både til egne medlemmer og utad. Innovasjon sees her på som et relativt vidt begrep. Vi ønsker å se på flere typer innovasjon, både i liten og stor skala. Eksempler på dette kan være endring av hvordan tjenesten utføres, nye roller for sykepleiere, innføring av teknologi eller nye tjenestetilbud. Hensikten er å få kunnskap om hvordan sykepleiere er med som aktive deltager i innovasjonsprosesser, hvordan sykepleiere selv ser på sin deltagelse og hvordan innovasjonsprosesser i sykepleietjenesten kan foregå. I tillegg er det et mål å få formidlet dette videre på en inspirerende måte.

Hva innebærer deltakelse i prosjektet?

Deltakelse i prosjektet innebærer å være med på ett stykk dybdeintervju og en workshop sammen med andre deltagere i samme innovasjonsprosjekt.

I samarbeid med NSF vil vi finne et bredt utvalg på 8 caser hvor sykepleieren har inngått eller inngår i innovasjonsprosessen. De 8 casene vil belyses ved å først intervju enkeltpersoner, deretter en felles arbeidsøkt/workshop med flere med erfaring fra samme case. Hensikten med dette er å få både dybdeinformasjon fra enkeltpersoner, og samtidig få et mer helhetlig bilde med flere perspektiver.

Intervjuene vil foregå som semi-strukturerte intervjuer. Vi har laget en intervjuguide med spørsmål om din erfaring med innovasjonsprosessen med utfordringer og suksessfaktorer, samtidig som du som blir intervjuet får en mulighet til å snakke om det du er opptatt av. Data registreres i utgangspunktet som notater, men vi ønsker også lyd / filmopptak hvis du samtykker i dette.

Workshop med flere aktører fra samme case for å finne en felles historie. Vi vil da arbeide rundt visualiseringsverktøy som en “tjenestereise” - en oversikt over innovasjonsprosessen og “aktørkart” - som gir oversikt over hvilke aktører som deltok i prosjektet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Prosjektgruppen vil ha tilgang til informasjonen et år etter prosjektslutt. Hvis du samtykker til det ønsker vi å kunne formidle din historie videre i det publiserte materialet. Du vil da få mulighet til å se gjennom og godkjenne det som publiseres om deg. Du vil ikke bli gjenkjent i publikasjonen/ rapporten hvis du ikke samtykker til dette. Vi vil heller ikke bruke bilde, film og lydopptak hvis du ikke ønsker dette.

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen 16 september 2016. Datamaterialet blir anonymisert og lagret på SINTEF sin interne server et år etter prosjektslutt.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom det er noe du lurer på / har spørsmål til studien, ta kontakt med prosjektleder:

Ann Kristin Forshaug, mobil: 915 85 689

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

	Ja	Nei
<i>Jeg har mottatt informasjon om studien og samtykker til å delta i intervju.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Jeg samtykker at dere tar bilde/video og taleopptak</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Jeg samtykker til at personopplysningene kan publiseres</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Jeg samtykker til at personopplysningene kan lagres etter prosjektslutt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



Teknologi for et bedre samfunn
www.sintef.no