

# Følgforskning på «Trygghetsstandarden»

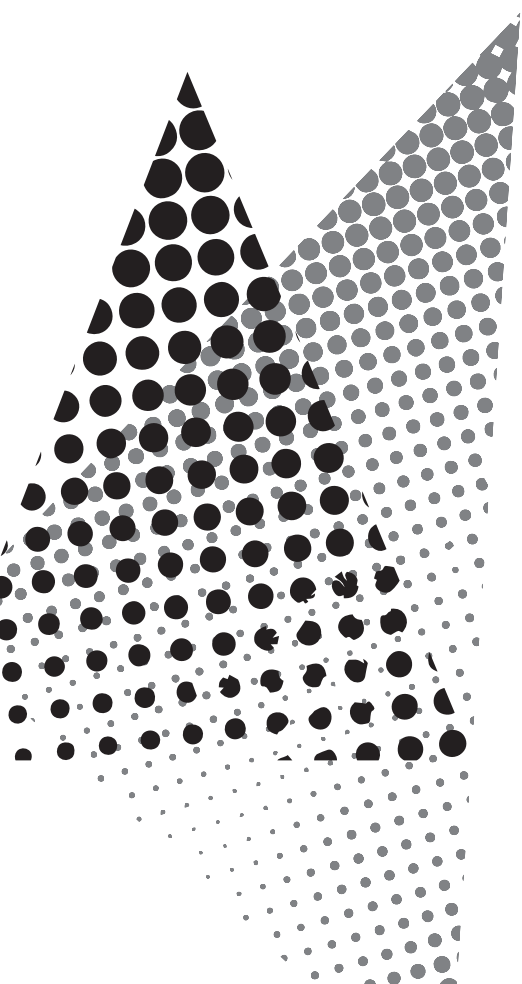
Sluttrapport



Jørn Isaksen, Gudmund Ågotnes, Anette Fagertun, Frode F. Jacobsen og Aud Obstfelder

# Følgforskning på «Trygghetsstandarden»

Sluttrapport





Jørn Isaksen<sup>1</sup>, Gudmund Ågotnes<sup>2</sup>, Anette Fagertun<sup>2</sup>,  
Frode F. Jacobsen<sup>2</sup> og Aud Obstfelder<sup>1</sup>

# Følgforskning på «Trygghetsstandarden»

Sluttrapport

<sup>1</sup> Senter for omsorgsforskning, øst, NTNU Gjøvik

<sup>2</sup> Senter for omsorgsforskning, vest, Høgskolen på Vestlandet.



Senter for  
omsorgsforskning



Høgskulen  
på Vestlandet



© Forfattere/Senter for omsorgsforskning  
Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 4/2018

Tittel: Følgeforskning på «Trygghetsstandarden»  
Forfattere: Jørn Isaksen, Gudmund Ågotnes, Anette Fagertun,  
Frode F. Jacobsen og Aud Obstfelder  
Omslagsbilde: Shutterstock  
Kvalitetssikret av: Professor Frode F. Jacobsen

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Helvetica)  
ISSN (trykt utgave): 1894-4213  
ISSN (digital utgave): 1892-705X  
ISBN (trykt utgave): 978-82-8340-090-8  
ISBN (digital utgave): 978-82-8340-091-5

Se hele rapportserien til Senter for omsorgsforskning her:  
[www.omsorgsforskning.no/rapportserie](http://www.omsorgsforskning.no/rapportserie)





## FORORD

Senter for omsorgsforskning har gjennomført følgeforskning på piloteringen av Trygghetsstandarden og utarbeidet denne rapporten på oppdrag fra Helsedirektoratet. Trygghetsstandarden ble lansert som et prosjekt for å forsøke å redusere uønsket variasjon i kvaliteten på tjenestene som gis til eldre i et utvalg sykehjem.

Fire kommuner og i alt 17 sykehjemsavdelinger har vært deltakende i utvikling og utprøving av Trygghetsstandarden.

Vi vil rette en stor takk til ansatte og ledelse i kommunene og sykehjemmene som har tatt imot oss og bidratt til gjennomføringen av følgeforskningen.

Vi vil også takke Helsedirektoratet, særlig Thorstein Ouren, for oppdraget og for åpen og konstruktiv dialog gjennom følgeforskningsperioden.

Stor takk til Aud Moe, Senter for omsorgsforskning, midt, og Lill Sverresdatter, Senter for omsorgsforskning, nord, som har gitt nyttige innspill til rapporten i skrivefasen. Takk også til Marianne Giske Holvik for språkvask før utgivelse i SOF rapportserien.

Gjøvik og Bergen  
1. Juni, 2018



**Gudmund Agotnes**  
Forsker, Senter for omsorgsforskning



**Anette Fagertun**  
Forsker, Senter for omsorgsforskning



**Frode Fadnes Jacobsen**  
Forsker, Senter for omsorgsforskning



**Jørn Isaksen**  
Forsker og prosjektleder, Senter for omsorgsforskning



**Aud Obstfeiter**  
Prosjektansvarlig og leder ved Senter for omsorgsforskning





## INNHold

FORORD .....	7
SAMMENDRAG .....	13
1 INNLEDNING .....	19
1.1 Trygghetsstandarden .....	21
1.2 Oppdrag, problemstillinger og avgrensning.....	22
1.2.1 Oppdrag og oppdragsforståelse.....	22
1.2.2 Problemstillinger og avgrensning .....	23
2 METODER OG GJENNOMFØRING .....	25
2.1 Følgeforskning – å forske på endring.....	25
2.2 Metoder og gjennomføring .....	27
2.2.1 Innledende kartlegging.....	27
2.2.2 Spørreskjema/undersøkelse .....	27
2.2.3 Feltarbeid, intervju og observasjon .....	28
2.2.4 Etikk og godkjenninger.....	30
3 ORGANISERING AV ARBEID KNYTTET TIL TRYGGHESSTANDARDEN I DELTAKERKOMMUNENE.....	33
3.1 Deltagende kommuner.....	34
3.2 Organisering av arbeid knyttet til Trygghetsstandarden .....	35
3.2.1 Kristiansund.....	35
3.2.2 Tromsø .....	36
3.2.3 Eidskog.....	37
3.2.4 Sortland.....	39
4 DELTAGENENDE KOMMUNER, KVALITETSARBEID OG –SYSTEMER .....	41
4.1 Kvalitetsindikatorer .....	41
4.2 Bruker- og pårørendeundersøkelser .....	42
4.3 Medarbeiderundersøkelser .....	42

4.4	Overordnet kvalitetssystem/kvalitetsrevisjoner ..	43
4.5	Avviksregistrering og –rapportering.....	43
4.6	Kompetanseheving/-oppfølging.....	44
4.7	Inkludering av pårørende .....	44
5.	RESULTATEVALUERING .....	45
5.1	Ledelse.....	45
5.2	Brukermedvirkning .....	46
5.3	Lege/legetilgang.....	47
5.4	Livskvalitet.....	48
5.5	Kunnskapsbasert praksis .....	48
5.5.1	Ernæring, mat og måltider.....	49
5.5.2	Aktiv og meningsfull tilværelse .....	51
5.5.3	Lindrende behandling og omsorg mot livets slutt.....	52
5.6	Trender og trekk.....	54
6	PROSESSEVALUERING .....	57
6.1	Forståelse av, og arbeidet med, de tre temaområdene i Trygghetsstandarden .....	57
6.1.1	Kristiansund.....	59
6.1.2	Tromsø .....	60
6.1.3	Eidskog.....	62
6.1.4	Sortland.....	63
6.2	Ernæring, mat og måltider.....	65
6.2.1	Kristiansund:.....	65
6.2.2	Tromsø .....	66
6.2.3	Eidskog.....	68
6.2.4	Sortland .....	69
6.3	Aktiv og meningsfull tilværelse .....	70
6.3.1	Kristiansund.....	71
6.3.2	Tromsø .....	72
6.3.3	Eidskog.....	73
6.3.4	Sortland .....	74
6.4	Omsorg mot livets slutt.....	74
6.4.1	Kristiansund.....	75
6.4.2	Tromsø .....	76
6.4.3	Eidskog.....	77
6.4.4	Sortland .....	78
6.5	Fra planarbeid til implementering gjennom daglig drift.....	79

6.5.1 Prosjektdeltakelse i Trygghetsstandarden ...	79
6.5.2 Prosessveiledning og ledelse.....	83
6.5.3 Arbeidsprosess Kristiansund.....	84
6.5.4 Arbeidsprosess Tromsø .....	88
6.5.5 Arbeidsprosess Eidskog.....	93
6.5.6 Arbeidsprosess Sortland .....	97
6.6 Oppsummering og foreløpige konklusjoner fra kommunens arbeid – to modeller for kvalitetsarbeid. ....	101
<b>7 DRØFTING, OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER.....</b>	<b>105</b>
7.1 Nasjonale føringer i komplekse autonome kommunale kontekster .....	106
7.2 Utvikling, implementering og bruk av standarder: skript og infrastruktur.....	111
7.3 Faglig skjønn, personsentrering og standardisering.....	115
7.4 Brukermedvirkning .....	118
7.4.1 Brukermedvirkning på individnivå.....	119
7.4.2 Brukermedvirkning på systemnivå .....	121
7.5 Motivasjon og resultater i arbeidet med kvalitetsforbedring .....	122
7.6 Noen anbefalinger med hensyn til lokal implementering og videre spredning .....	124
<b>8 REFERANSER.....</b>	<b>127</b>





## SAMMENDRAG

### **Bakgrunn og hensikt**

Helsedirektoratet har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å utvikle og prøve ut en «Trygghetsstandard» for sykehjem i fire norske kommuner: Kristiansund, Tromsø, Eidskog og Sortland, i perioden 2016 – 2018. Trygghetsstandarden er beskrevet som: «Et felles rammeverktøy for sykehjem og kommuner hvor målet er å unngå utilsiktet variasjon i opplevd kvalitet for pasienter og pårørende». Trygghetsstandarden omfatter fem hovedområder i helse- og omsorgstjenestene til eldre: ledelse; struktur og prosesser; innovasjon; kunnskapsbasert praksis; pasientresultater. Trygghetsstandarden skal bidra til å realisere forventninger til tjenestene slik de er beskrevet i en rekke helse- og omsorgspolitiske dokumenter som «God kvalitet – trygge tjenester— Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten» (Helse og omsorgsdepartementet, 2013), «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» (Helse og omsorgsdepartementet, 2016) og «Leve hele livet, en kvalitetsreform for eldre» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Senter for omsorgsforskning har hatt som oppgave å gjennomføre følgeforskning knyttet til pilotprosjektet. Oppdraget er avgrenset til å evaluere piloteringen av Trygghetsstandarden i fire norske kommuner, og vi skal vurdere 1) om Trygghetsstandardens struktur og tilgjengeliggjøring av informasjon gir merverdi for kommunenes arbeid med kvalitetsforbedring, og 2) om kommunen oppnår bedre resultater gjennom å følge Trygghetsstandardens anbefalinger og metoder innenfor hovedområdene som er inkludert i piloten.

### **Metoder og gjennomføring**

Følgeevalueringen er gjennomført ved bruk av en kombinasjon av kvantitative og kvalitative forskningsmetoder. Innledningsvis ble det gjort en kartlegging av

kvalitetssystemer og arbeidsrutiner i deltakerkommunene, og i oppstartsfasen av pilotprosjektet ble det utført en kvantitativ basismåling med utvalgte målevariabler tilhørende alle fem hovedområder i prosjektet. Den andre kvantitative undersøkelsen ble gjennomført når prosjektet nærmet seg slutfasen. På denne måten har resultatevalueringen kunne måle endring i de deltakende kommunene før og etter introduksjon av Trygghetsstandarden. Videre har følgeforskningen inkludert kvalitative undersøkelser. Feltarbeid er gjennomført i alle deltakerkommunene i tre runder i piloteringsperioden: oppstart, midtveis og slutfase. Det ble utført individuelle - og fokusgruppeintervjuer med alle kategorier av ansatte samt observasjoner av arbeidspraksiser ved ulike sykehjemsavdelinger. Disse tre tilnærmingene har samlet sett produsert et stort datagrunnlag for prosessevalueringen. Det har vært god og tett dialog mellom forskere og prosjektledelse i Helsedirektoratet gjennom hele prosessen, og det har vært arrangert jevnlig faglige samlinger for deltakerkommunene i perioden.

### **Sentrale funn**

I beskrivelsen av våre funn vektlegges endringene vi har observert, erfaringene deltakerkommunene og tilhørende sykehjem har gjort seg underveis i prosessen, samt at vi trekker frem forhold som kan bidra til merverdi og potensielle resultatforbedringer for deltakerkommunene. Trygghetsstandarden handler om å endre måter å arbeide med kvalitet på i norske kommuner knyttet til sykehjemssektoren, og den har hatt som utgangspunkt at nye elementer skal bygge på og inkluderes i eksisterende systemer og strukturer for kvalitetsforbedringsarbeid i kommunene. Vi fant i starten av pilotprosjektet at det var stor variasjon i hvordan kommunene arbeidet med kvalitet og «kvalitetssikring» av tjenestene, men at deres tilnæringsmåter i løpet av prosjektperioden har blitt likere ved at de nå bruker de samme, eller likere, redskaper (rutiner og sjekklister, for eksempel) og at de har forbedret kvalitetssystemet (Compilo) og fagsystemet (Profil og CosDoc) og gjort dokumenter som tidligere bare forelå i papirformat elektroniske. Alle kommunene har også gjennomført opplæring av ansatte i nye rutiner og sjekklister, noe som potensielt kan føre til likere praksis på tvers av avdelinger i samme sykehjem.

I starten av pilotperioden fant vi også stor variasjon i hvordan kommunene tilrettela for, og arbeidet med, å tilpasse tjenestene til individuelle behov. Med dette mener vi at systemer

og rutiner for pasientsentrerte tjenester varierte og at grad av personsentrering var mer avhengig av hvem som til enhver tid var på jobb. I løpet av perioden har vi funnet endring i individorientering av tjenestene på den måten at kommunene og de utvalgte sykehjemmene i kommunene nå bruker denne orienteringen, og tenkningen rundt den, som element i de fleste nye rutiner som utvikles. Det å jobbe systematisk personsentrert er et viktig element i Trygghetsstandarden som også er knyttet til brukermedvirkning, og mange ulike rutiner og sjekklister i web-verktøyet er rettet mot dette. Når det gjelder brukermedvirkning mener vi å finne at denne har blitt styrket på individnivå gjennom høyere grad av personsentrering, ved at sykehjemmene har etablert bedre rutiner for samarbeid og dialog med brukere og pårørende, og ved opprettelse av brukerråd. Med hensyn til dette punktet vil vi likevel understreke at vi kun har noen få pårørende som informanter og ingen beboere, og at vi derfor ikke kan konkludere fra et beboer- og pårørendeperspektiv.

Involvering av ledere fremtrer som en nøkkelfaktor for å lykkes i utviklings- og implementeringsarbeidet. Dette gjelder involvering av ledere både på kommune-, institusjons- og avdelingsnivå. Selv om pilotprosjektet demonstrerer at det finnes flere mulige måter å involvere lederne på, er det en unison enighet blant informantene om at en sterk lederinvolvering er en forutsetning for å få gjennomført endringer på kort og lengre sikt.

Det å gjennomføre endringsarbeid samtidig som daglig drift opprettholdes, i institusjoner med heldøgns drift i alle ukedagene, har vært krevende for kommunene både i henhold til tidsmessige- og økonomiske ressurser. Økonomiske og faglige ressurser er vesentlige i komplekse implementeringsprosesser slik som Trygghetsstandarden, og krever nok personale, kompetanse og tid. I samtlige kommuner har det forekommet en eller annen form for frikjøp av personalet for å jobbe med Trygghetsstandarden, men grad av frikjøp har variert betydelig og har påvirket omfang av nedlagt arbeid. Samtlige kommuner har hatt en prosjektledelse med et særskilt ansvar, noe alle unisont peker på som avgjørende for mulighet for gjennomføring. Kommunene har også mottatt prosessveiledning gjennom perioden og alle fremsetter at dette har hatt stor verdi. Ett av våre funn tilsier dermed at det er urealistisk å gjennomføre slike komplekse endringer på så relativt kort tid (2 år) uten å tilføre kommunene ekstra ressurser i planleggings- og implementeringsfasene.

I arbeidet med utvikling og implementering av Trygghetsstandarden har vi funnet ulike organiseringsmåter og ulik grad av involvering av de ansatte i arbeidet. Dette henger sammen med ulike forhold som blant annet ledelse, ressurser og lokale arbeidskulturer. Sykehjem er, som kjent, typisk «arbeidsintensive» organisasjoner. Innen slike organisasjonsformer dannes det gjerne lokale «arbeidskulturer», noe vi også har funnet i vårt materialet, både innen og mellom institusjoner. Slike «arbeidskulturer» lar seg ikke enkelt endre på, i særlig grad gjennom «ytre» påvirkning gjennom krav til nye arbeidsmetoder. Det er med andre ord forutsetning at ansatte selv involveres og inkluderes i endringsprosesser, noe vi har funnet, riktignok i varierende grad, i vårt materiale.

Videre finner vi at de kommunene som har valgt en «helhetlig tilnærming», altså jobbet parallelt med alle aspektene ved Trygghetsstandarden, og som har inkludert de ansatte i arbeidet gjennom hele prosessen, har klart å gjennomføre flest nye tiltak og samtidig skapt et positivt driv blant de ansatte.

Vi finner variasjon mellom sykehjemmene og mellom avdelingene innen institusjonene, både med tanke på avgrensede områder som bruk av bestemte rutiner og arbeidsmåter, og når det gjelder hvordan de overordnet sett har tilnærmet seg Trygghetsstandarden. Til tross for dette viser vår rapport at en standardisering har funnet sted på en rekke områder som er sentrale i Trygghetsstandarden.

### **Anbefalinger**

Basert på våre funn vil vi under dette punktet legge frem noen anbefalinger med tanke på en eventuell videreføring av Trygghetsstandarden i en større målestokk. Anbefalingene er delvis rettet mot aktuelle deltagende kommuner, delvis mot «tilrettelegger», altså Helsedirektoratet. Likevel bør anbefalingene leses som en helhet.

- Tilstreb involvering av ledere på institusjons- og avdelingsnivå, i tillegg til kommunenivå.
- Ta vare på de ansatte sin rett til brukermedvirkning i forhold til utvikling av nye rutiner og implementering av ny praksis, og medtenk ansatte som «brukere» da ansatte er aktive brukere av Trygghetsstandarden.
- Gi ansatte en opplevelse av å bli satset på: involvere alt tilsett personale i arbeidet.



- Ha beboerens individuelle behov i fokus.
- Vær tydelig(ere) på «bestillingen» til kommunene.
- Foreslå konkrete kvalitetsindikatorer som sykehjemmene kan bruke.
- Kommunene bør ha frihet til å forme standarden selv.
- Lokal/stedlig veiledning.
- Bruk ansatte fra de fire pilotkommunene som erfaringsrådgivere i videre nasjonal «utrulling».
- Bruk Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) aktivt i implementeringsfasen og/eller for prosessveiledning.
- Ha en realistisk ide om hvem som er pasienter ved norske sykehjem i dag og hva dette krever ressursmessig i forhold til personaldekning og kompetanse.
- Ta hensyn til at en 24/7-virksomhet krever mye ressurser knyttet til kvalitetsarbeid og implementering.
- Gi kommunene økonomiske støtteordninger og incentiver til å implementere Trygghetsstandarden.
- Innfør en minstestandard for bemanning i sykehjemmene.
- Utvikle en standard som balanserer styring og fagprofsjonelt skjønn.
- Viderefør vektleggingen av kommunal/lokal kontekst som betydningsfull og som et element som standardiseringsarbeidet tar høyde for.





## 1 INNLEDNING

Regjeringen varslet gjennom Meld.st. 26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014), i «Morgensdagens omsorg» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) og i Prop I S (2014-2015) (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014) en iverksetting av et systematisk arbeid med økt fokus på kvalitetsutvikling for å utvikle en trygghetsstandard for sykehjem. Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utvikle og prøve ut en slik standard i fire norske kommuner; Kristiansund, Tromsø, Eidskog og Sortland. Denne utviklingen og utprøvingen, heretter omtalt som «Pilotering av Trygghetsstandarden», er temaet for denne rapporten.

Trygghetsstandarden er beskrevet som «*Et felles rammeverktøy for sykehjem og kommuner hvor målet er å unngå utilsiktet variasjon i opplevd kvalitet for pasienter og pårørende*» (Helsedirektoratet, 2018). Trygghetsstandarden har, som målsetting å bidra til å øke kvaliteten på tjenestene som gis i norske sykehjem. For de ansatte ved sykehjem er hensikten at Trygghetsstandarden skal bidra til kontinuerlig arbeid med kvalitet gjennom tydelige krav til kvalitet, samt understøtte en «åpenhetskultur» ved arbeidsplassen. På vegne av pasienter og pårørende skal Trygghetsstandarden bidra til å avklare hva som kan forventes av tjenester i norske sykehjem, samt bidra til «reell brukermedvirkning» både på individ og strukturnivå.

Senter for omsorgsforskning har hatt som oppgave å gjennomføre følgeforskning på piloteringen av Trygghetsstandarden i fire norske kommuner. Oppdraget er å vurdere på hvilke måter kommunene har oppnådd merverdi gjennom bruk av den web-baserte løsningen som er utgangspunktet for Trygghetsstandard i sykehjem, og om

de har oppnådd bedre resultater i form av mindre «uønsket variasjon» gjennom bruk av de anbefalinger og metoder som fremgår i Trygghetsstandarden.

Trygghetsstandarden omfatter fem hovedområder for kvalitetsforbedring; Ledelse; Struktur og prosesser; Innovasjon; Kunnskapsbasert praksis; Pasientresultater. Innenfor hovedområdet kunnskapsbasert praksis omfatter den pågående piloteringen av Trygghetsstandarden tre temaområder; «ernæring, mat og måltider», «aktiv og meningsfull tilværelse» og «omsorg mot livets slutt». Trygghetsstandarden som helhet omfatter alle disse fem hovedområdene, mens kommunenes konkrete innsatser er, som vi skal se, primært knyttet til de tre sistnevnte temaområdene.

Det er en målsetting at Trygghetsstandarden tar hensyn til nasjonale krav og føringer og lokale kontekster som inkluderer eksisterende kvalitets- og fagsystemer i kommunene.

Den praktiske gjennomføringen av Trygghetsstandarden følger Kunnskapscenterets modell for kvalitetsforbedring, som består av 5 hovedfaser; (1) forberede, (2) planlegge, (3) utføre, (4) evaluere og (5) følge opp. Den kan benyttes i ulike typer forbedringsprosesser og fungere som en huskeliste for å sikre en vellykket gjennomføring av kvalitetsforbedring i sykehjemmene (Kunnskapscenteret i Folkehelseinstituttet, 2015).

På Helsedirektoratets webside er en slik intendert anvendelse beskrevet som:

*«Systemet skal være interaktivt i den forstand at virksomhets- og avdelingsledere forutsettes å utdype og presisere hvordan formelle krav og standarder kan tas i bruk ved det enkelte sykehjem. Det dreier seg med andre ord ikke om en enkel sjekkliste, men om at sykehjemmene, gjennom støtte fra kvalitetsutviklingssystemet, kan tilpasse lokale rutiner og retningslinjer samt dokumentere hvordan de oppfyller lovkrav og andre føringer for kvalitet. Det sentrale vil være at ledere og medarbeidere har felles forståelse av hva som er god praksis «her hos oss» og har utarbeidet og kan dokumentere at de følger opp de praksisbeskrivelser og prosedyrer som de mener trengs for å ha tilstrekkelig styring og kontroll med tjenestene.»*

(Helsedirektoratet, 2018)

## 1.1 TRYGGHETSSTANDARDEN

Innholdet i Trygghetsstandarden bygger blant annet på «God kvalitet–trygge tjenester–Kvalitet og pasientsikkerhet i helse og omsorgstjenesten» (Helse og omsorgsdepartementet, 2013), «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» (Helse og omsorgsdepartementet, 2016) og samstemmer i stor grad med deler av innholdet i reformen «Leve hele livet, en kvalitetsreform for eldre» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018), hvor utfordringer knyttet til spenningen mellom mer statlig styring og samtidig økt kommunal autonomi er forsøkt løst gjennom stadig sterkere fokus på lokalt kvalitetsarbeid. Målet med reformen er at alle eldre skal få bedre hjelp og støtte til å mestre sitt eget liv. «Leve hele livet» handler om de grunnleggende tingene i tjenestetilbudet til eldre: mat, aktivitet og fellesskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene. Utfordringene i eldreomsorgen som identifiseres i stortingsmeldingen adresserer mange av de elementene som har vært førende i Trygghetsstandarden. Et av disse er at tjenestene anses som å være for lite personsentrerte. Under dette punkt sorterer reformen verktøy og rutiner som innkomstsamtale, individuell plan, primærkontakt i sykehjem, ansvar og avklarte roller for ansatte, fagmøter og jevnlig pårørendesamtaler. Alle disse verktøyene har vært aktuelle for kommunenes kvalitetsforbedringsarbeid, og i denne rapporten viser vi hvordan de har jobbet med å dreie tjenestene mer mot den enkeltes behov.

Trygghetsstandarden består av anbefalinger til hvordan den enkelte kommune kan drive kvalitetsutvikling basert på nasjonale krav og føringer og, på den andre siden, en målsetting om at den lokale konteksten skal medregnes i videreutvikling av kommunenes kvalitetsarbeid og -systemer.

Fra Helsedirektoratets side er en slik intendert anvendelse beskrevet som:

- Trygghetsstandarden er et verktøy, som skal sørge for at alle pasienter på sykehjem sikres et likeverdig tilbud. Den skal inneholde informasjon om formelle krav og standarder for kvalitet og kvalitetsforbedringsarbeid, og om hvordan disse skal implementeres i praksis.

- Trygghetsstandarden er derfor et verktøy for hvordan god ledelse, organisering og profesjonell praksis kan sikres i sykehjem. Ledere og ansatte kan støtte seg på det i operasjonalisering av lovkrav og standarder for kvalitet på sykehjem.

Temaet brukermedvirkning har stått sentralt i Trygghetsstandarden, noe som har resultert i et mangesidig fokus på økt «personsentring» fra kommunenes side og utvikling av nye rutiner der dette elementet er tydelig tilstede.

## 1.2 OPPDRAG, PROBLEMSTILLINGER OG AVGRENSNING

### 1.2.1 OPPDRAG OG OPPDRAGSFORSTÅELSE

Senter for Omsorgsforskning sitt oppdrag er å utføre en følgeforskning på piloteringen av Trygghetsstandarden i fire norske kommuner. Fra Helsedirektoratets styringsdokument samt i oppdragsavtalen er dette oppdraget konkretisert til å evaluere:

1. om Trygghetsstandardens struktur og tilgjengeliggjøring av informasjon gir merverdi for kommunenes arbeid med kvalitetsforbedring.
2. om kommunen oppnår bedre resultater gjennom å følge Trygghetsstandardens anbefalinger og metoder som er inkludert i piloten.

Trygghetsstandarden skal motivere ansatte og deres ledere til å praktisere arbeidet etter bestemte kvalitetskrav. Dermed kan standarden forstås som å innebære nye *måter å arbeide på*. Implementering og utprøving av den vil uvilkårlig medføre endringer i etablerte arbeidsmåter og rutiner. Oppdraget forstås derfor som å innbefatte å kartlegge, beskrive og analysere hvordan denne prosessen har forløpt i de ulike deltakerkommunene, og gi en evaluering av prosessen der vi trekker frem elementer som ser ut til å virke hemmende eller fremmende for nye måter å jobbe med kvalitet på.

### 1.2.2 PROBLEMSTILLINGER OG AVGRENSING

Oppdragets hovedmålsetting er å vurdere om og på hvilke måter Trygghetsstandarden bidrar til prosessuelle aspekter ved kommunenes arbeid med kvalitet og kvalitetsforbedring i sykehjem, og om Trygghetsstandarden i løpet av pilotperioden medfører resultatmessige endringer for konkrete temaområder.

Hensikten med denne rapporten er å gi en beskrivelse av og vurdere hvordan de involverte kommunene har forholdt seg til arbeidet med Trygghetsstandarden og hvilke betydninger det pågående arbeidet har hatt for kommunene, heller enn å evaluere det kvalitetsmessige innholdet i standarden i seg selv. Fokuset er altså rettet mot hvordan kommunene har oppfattet, tolket, organisert seg og anvendt Trygghetsstandarden, og hvilken nytte eller verdi Trygghetsstandarden har hatt i deres kvalitetsarbeid.

Vi har laget forskningsspørsmål for å operasjonalisere de to oppdragspunktene omtalt ovenfor. Under punkt 1, som kan sammenfattes som «merverdi for kommunens arbeid», diskuterer vi følgende spørsmål:

1. På hvilken måter har de fire kommunene organisert arbeidet med Trygghetsstandarden, og hvilke organiseringsmåter kan fremme eller hemme implementering av Trygghetsstandarden?
2. På hvilke måter, og eventuelt hvordan, har Trygghetsstandarden bidratt til etablering av «åpenhetskultur» blant de ansatte, systematisk pasientorientering i tjenestene samt «reell brukermedvirkning» for pasienter og pårørende ved sykehjem?
3. På hvilke måter har Trygghetsstandarden bidratt til å begrense «uønsket variasjon», og hvordan har lokale ressurser, kulturer og betingelser blitt ivaretatt i endringsprosessene?

Under punkt 2, som kan sammenfattes som «bedre resultater på temaområder» diskuterer vi følgende spørsmål:

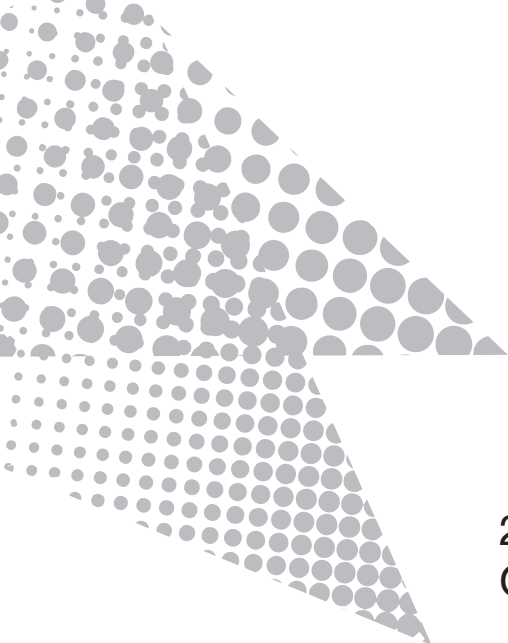
1. Hvilke endringer har implementering av Trygghetsstandarden medført for de deltakende kommune?
2. Hvordan har implementering av Trygghetsstandarden påvirket rutiner innen fokusområdene aktivitet, ernæring og omsorg ved livets slutt?

Oppdraget er med andre ord avgrenset til å følgeforske på piloteringen av Trygghetsstandarden i fire norske kommuner, og vurdere på hvilke måter kommunene har hatt nytteverdi av verktøyet og oppnådd bedre resultater gjennom bruk av anbefalinger og metoder. Oppdraget innebærer således ikke en evaluering av hvordan pasienter og pårørende har oppfattet endring i tjenestene under piloteringsperioden, selv om vi adresserer de ansatte sin vurdering av beboernes bomiljø med tanke på endringsarbeidet.

Informanter i datainnsamlingen vår er ansatte i kommunen og fokuset er rettet mot deres arbeid i løpet av piloteringsperioden, med tanke på arbeidspraksis og rutiner. Vi har således ikke pasienter som informanter, men vi har intervjuet pårørenderepresentanter. Vi kan derfor ikke svare på om pasienter har opplevd bedre kvalitet i tjenestene i løpet av piloteringsperioden, men ser på dette som et kjernespørsmål i et eventuelt oppfølgingsprosjekt som for eksempel «Trygghetsstandarden – 2 år etter». Pasientenes observerte livskvalitet er derimot rapportert ved hjelp av ved hjelp av skjemaet Qualid.

At prosjektet har noen klare avgrensinger medfører også klarere fokusområder, som er strukturer, organisering og prosesser knyttet til arbeid med Trygghetsstandarden i de fire kommunene. Gjentatte feltbesøk over en lengre tidsperiode gjør at både utvikling av arbeidsmåter, rutiner og av lokale organisatoriske rammer har blitt dokumentert, samt ledere og andre ansattes opplevelse av disse endringene på ulike tidspunkt. I tillegg har prosjektet gitt mulighet for komparativ innsikt gjennom at fire ganske ulike kommuner har blitt fulgt opp, noe som også gir en utvidet mulighet for å kunne si noe om betydningen av lokale kommunale kontekster.





## 2 METODER OG GJENNOMFØRING

### 2.1 FØLGEFORSKNING – Å FORSKE PÅ ENDRING

Evalueringen av Trygghetsstandarden er gjennomført av Senter for omsorgsforskning som en følgeforskning i kombinasjon med elementer fra prosessevaluering og medvirkningsbasert evaluering jf. Halvorsen & Madsen (2013). Evaluering er et tvetydig begrep og et mangfoldig fenomen, som innbefatter en systematisk datainnsamling, analyse og vurdering av en virksomhet. Evalueringer utføres av eksterne eller interne fagmiljøer før et tiltak iverksettes, underveis i gjennomføringen, og/eller etter at det er avsluttet. Siden begrepet og fenomenet er vidt og omfattende er det helt sentralt i evalueringsforskning at valg av tilnærming, metode og datagrunnlaget begrunnes i lys av formålet med evalueringen jf. Halvorsen & Madsen (2013).

Begrunnelsen for å inkludere elementer fra forskjellige evalueringstradisjoner i evalueringsdesignet følger oppdraget fra Helsedirektoratet. De ønsket kunnskap om både effektene av Trygghetsstandarden, betydningen av den for arbeidet i sykehjemmene, samt innspill til hvordan den kunne videreutvikles etter prosjektslutt og inngå i de ansattes kontinuerlige kvalitets- og forbedringsarbeid. Hensikten med evalueringen har derfor vært å gi tilbakemeldinger til oppdragsgiver i form av å løpende beskrive og forklare hvilke betydninger referanseverktøyet har hatt for kommunenes kvalitets- og forbedringsarbeid, samt synliggjøre hvilke endringer det har medført for de konkrete temaområder i løpet av perioden.

Forskerne som har vært ansvarlig for gjennomføringen av følgeforskningen har fulgt piloteringsarbeidet i flere faser, over en periode på omlag 24 måneder. Da en primær målsetting med følgeevalueringen er å vurdere hensiktsmessigheten til prosessen som helhet, kan «målgruppe» for følgeforskningen betegnes både som oppdragsgiver/Helsedirektoratet, deltagende kommuner og, ikke minst, samspillet dem imellom. Fra synspunktet til oppdragsgiver kan fasene som følgeforskningen har fokusert på beskrives som 1) planleggingen av referanseverktøyet, 2) utviklingsfase (sammen med kommuner) og 3) implementeringsfase. Sistnevnte inkluderer ferdigstilling av web-verktøy, informasjon om denne til kommuner og prosessveiledning til kommuner. Fra kommunenes synsvinkel kan fasene som følgeforskningen har fokusert på beskrives som 1) utviklingsfase (sammen med Helsedirektoratet) 2) bearbeidingsfase (hvor verktøy og ressurser ble tilpasset en lokal kontekst, delvis i samarbeid med Helsedirektoratet primært gjennom prosessveiledning, og gjennom samarbeid med andre deltagende kommuner tilrettelagt av Helsedirektoratet) og 3) implementeringsfase. Sistnevnte forekom altså etter Helsedirektoratets implementeringsfase og kan beskrives som perioden hvor kommunene prøvde ut valgte verktøy og tilnærminger mer eller mindre selvstendig. Denne følgeevalueringen tar sikte på å vurdere alle disse fasene, sett fra synspunktet til oppdragsgiver og kommuner.

Alle deltagende kommuner har nylig igangsatt, eller har planer om å igangsette, internevaluering av arbeidet knyttet til Trygghetsstandarden. Da disse prosessene er eller vil bli igangsatt etter følgeevalueringsperioden, er de ikke inkludert i denne rapporten. Disse momentene, i tillegg til mer generelle vurderinger rundt varige endringsprosesser i de inkluderte institusjonene, vurderes som svært interessante og som et relevant område for videre følgeforskning.

Datainnsamlingen omfatter både elementer fra forskning i klassisk forstand hvor referansen er anerkjente vitenskapelige idealer, men også dialog med oppdragsgiver og ansatte i kommunene om datainnsamling og foreløpige analyser. Metodene for datainnsamling baserer seg derfor på en nærhet til og interaksjon med både oppdragsgiver og involverte virksomheter, noe som forutsetter troverdighet og gjensidig tillit mellom deltakerne (Segaard, 2007). Oppdragsgiver ønsket en slik dialog for å få oversikt over progresjon i de ulike fasene, for å kunne justere enkelte funksjonaliteter av

Trygghetsstandarden etter hvert som den ble prøvd ut, men også for å lære hvordan kommunenes kvalitets- og forbedringsarbeid ble operasjonalisert på sykehjemsnivå, hvilke måter Trygghetsstandarden har hatt betydning for måter de ansatte jobber på og hvordan kvalitetsmål for driften endres.

## 2.2 METODER OG GJENNOMFØRING

I tillegg til løpende kontakt og samarbeid med de involverte kommunene og Helsedirektoratet, baserer denne rapporten seg på innhenting av informasjon gjennom tre ulike tilnærminger jf. Creswell (2013) som har produsert et komplekst sett av data:

- En innledende kartlegging av hva som fantes av kvalitetssystemer og rutiner i de deltakende kommunene før innhenting av basislinjemålinger.
- Resultatevaluering gjennomført i form av to kvantitative undersøkelser av status med hensyn til utvalgte målevariabler ved de deltakende kommunene før og etter at kommunene mottok opplæring i Trygghetsstandarden
- Prosessevaluering gjennomført ved bruk av kvalitative metoder i form av feltarbeid, individuelle - og fokusgruppeintervju og observasjoner i tre runder (oppstart, midtveis og slutfase av piloteringen), ved sykehjem i de fire deltakende kommunene.

### 2.2.1 INNLEDENDE KARTLEGGING

Det ble gjennomført en kartlegging av eksisterende rutiner, prosedyrer, verktøy, kvalitetsarbeid generelt samt fagsystem og kvalitetssystem i de involverte kommunene før oppstart av piloten. Sykehjemmene svarte på en bestilling fra forskerne på et utvalg spørsmål som innebar å sende over informasjon, skjermbilder av fagsystemer, stillingstyper med mer. Kartleggingen ga oss et inntrykk av ressurser, organisering og prioriteringer i de respektive sykehjemmene. Det ble så laget en oversikt som dannet grunnlag for vårt videre forskningsarbeid i piloteringsperioden.

### 2.2.2 SPØRRESKJEMA/UNDERSØKELSE

Resultatundersøkelsenes utforming med hensyn til våre utvalgte målevariabler/indikatorer er basert på en gjennomgang av tilgjengelig forskning og annen relevant informasjon

spesielt rettet mot områdene «Ernæring, mat og måltider», «Aktiv og meningsfull tilværelse» og «Omsorg ved livets slutt». Utvalget av variabler som kan fange de variasjonene i praksis som finnes mellom kommuner, sykehjem og avdelinger – for og på best mulig måte kunne måle om Trygghetsstandarden senere fører til utjevning av disse praksisforskjellene.

Til bruk i rapporten har vi foretatt enkle deskriptive analyser av tallmaterialet tilpasset formålet, resultatene er oppgitt i antall og prosentandeler i tillegg er variasjonsbredde oppgitt der hvor det gir utfyllende informasjon.

### 2.2.3 FELTARBEID, INTERVJU OG OBSERVASJON

I samfunnsvitenskapen forstås et sosialt system som «et sett av sosiale relasjoner som regelmessig aktualiseres gjennom samhandling» (Hylland Eriksen 1993: 80). Noe som kjennetegner et sosialt system er at det eksisterer en viss enighet om gyldige regler for samhandling i systemet – dette kalles ofte for «kultur». Vi har i dette prosjektet forsket på måter å arbeide på og dermed også på arbeidskulturer. Mennesker inngår i mange ulike sosiale relasjoner og vi kan si at når mennesker er på jobb så aktiviseres rollen som arbeidstaker og den sosiale statusen stillingen gir ved arbeidsplassen som kontekst. For å studere erfaring og meningstilskrivelse av arbeid har vi valg metodene feltarbeid og uformelle intervjuer. Feltarbeid og uformelle intervju er kvalitative metoder som har som siktemål å fremskaffe kunnskap om hvordan et sosialt fenomen tilskrives mening og forstås av de involverte aktører. Kvalitative metoder benyttes for å skaffe dybdekunnskap om et fenomen, og kunnskap om på hvilken måte fenomenet framtrer og blir formet av kontekst, i motsetning til kvantitative metoder hvis målsetning er å fremskaffe kunnskap om utbredelse og omfang (Grønmo, 2016).

Feltarbeid ble gjennomført ved alle involverte sykehjem i alle 4 kommuner. Feltarbeidene består av individuelle intervjuer, fokusgruppeintervjuer og observasjoner på ca. 2-4 dager i hver kommune. Det ble gjennomført tre runder med feltarbeid i perioden vinter 2016 - vår 2018 og fokuset har vært på Trygghetsstandarden som en måte å arbeide på. På feltarbeid har vi intervjuet ansatte ved sykehjemmene i kategoriene kommunalsjef, enhetsleder, avdelingsleder, sykepleier, helsefagarbeider og assistent, samt at vi har intervjuet pårørenderepresentanter og kjøkkenpersonale. Det har vært enhetsleder eller prosjektleder som har valgt ut informanter for oss og arrangert det slik at disse fikk fri fra arbeidet når

de skulle intervjues. Gjennom feltarbeid, i tre runder, har vi produsert et bredt og omfattende datagrunnlag. Tema ved intervjuene har blant annet vært kvalitet i tjenestene, arbeidshverdag og redskaper, de tre temaområdene, erfaringer med Trygghetsstandarden, endringsarbeid, pasientfokus og brukermedvirkning. Observasjonene har fokusert på arbeidspraksiser og rutiner i det daglige arbeidet i sykehjemmene.

I fremstillingen av våre data fra prosessevalueringen har vi lagt vekt på de ansattes erfaringer og deres forståelser av arbeidsprosessen i piloteringsperioden. Vi har inkludert en rekke sitater fra intervjuene som vi mener belyser noen sentrale elementer. Med dette støtter vi oss på Geertz (1993: 6) sin forståelse av hva som kjennetegner etnografi, nemlig «tykke beskrivelser». Videre forstår vi data i tråd med både Giddens og Geertz sin doble hermeneutikk: «what we call our data are really our own constructions of other people's constructions of what they and their compatriots are up to...» (Geertz 1993: 9). Et individ vil alltid være en del av flere sosiale fellesskap og vi kan si at et samfunn, eller et sosialt system, er skapt av individer men også at individene er samfunnsskapt (Hylland Eriksen 1993:77).

Analysearbeidet har foregått parallelt med datainnsamlingen, noe som vil si at analyser har foregått kontinuerlig gjennom piloteringsperioden. Analysene våre følger problemstillingene vi har laget og søker å belyse disse slik at også oppdraget vårt belyses på en så utfyllende måte som mulig. I analysearbeidet har vi vært opptatt av å kategorisere dataene inn under noen overordnede tematikker som synes å sammenfatte de ansattes og kommunenes erfaringer (se Grønmo 2016). Vi har funnet likheter og forskjeller i de ansattes erfaringer og forståelser og vi har funnet ulike arbeidskulturer. Vi leter etter sammenhenger og vi sammenligner de ulike kommunenes innsatser og måter å jobbe på for på denne måten å få frem hvordan arbeid formes og forstås i den konteksten det utføres. En tematikk som tydelig har tredd frem i vårt datamateriale er «tid», en annen er forståelse av «kvalitet» og en tredje er «rutiner i arbeidshverdagen». I analysearbeidet tar vi også i bruk ulike teoretiske perspektiver som vi mener er relevante for problemstillingene som diskuteres. Vi adresserer problemstillingene våre gjennom rapporten, men oppsummerer og diskuterer disse mer eksplisitt i vårt avsluttende kapittel (kapittel 7).

Prosjektet baserer seg på en type feltarbeid som i internasjonal litteratur benevnes «*rapid ethnography*» (Baines & Cunningham 2013), som kan oversettes som «konsentrerte feltbesøk». I motsetning til tradisjonelle feltarbeid, der en enkelt forsker vanligvis utfører deltakende observasjon i et miljø over en lengre tidsperiode, utføres gjerne konsentrerte feltbesøk av et team av forskere som utforsker flere lokaliteter. Feltbesøkene involverer som oftest en kombinasjon av intervju, dokumentanalyser og observasjoner. Konsentrerte feltbesøk egner seg særlig i prosjekter der endring i praksis og/eller politikk (sentral eller lokal) er et uttalt mål (Baines & Cunningham 2013.; Pink & Morgan 2013). Alle disse dimensjonene karakteriserer også dette prosjektet, med korte og intensive feltbesøk i fire deltakende kommuner og der fire forskere med ulik fagbakgrunn har innhentet data og der endring i praksis og rammer for praksis har vært et uttalt mål.

#### 2.2.4 ETIKK OG GODKJENNINGER

Dette prosjektet er innmeldt og godkjent av NSD, prosjektnummer/navn: 50241 /Følgeforskning på prosjektet: Trygghetsstandard ved sykehjem. NSD konkluderer med at behandlingen av data tilfredsstillende i

personopplysningsloven. Vi samler ikke inn direkte identifiserbare personopplysninger i dette prosjektet.

Opplysningene som skal innhentes om beboere er anonyme og kan ikke på noen måte knyttes til enkeltindivider.

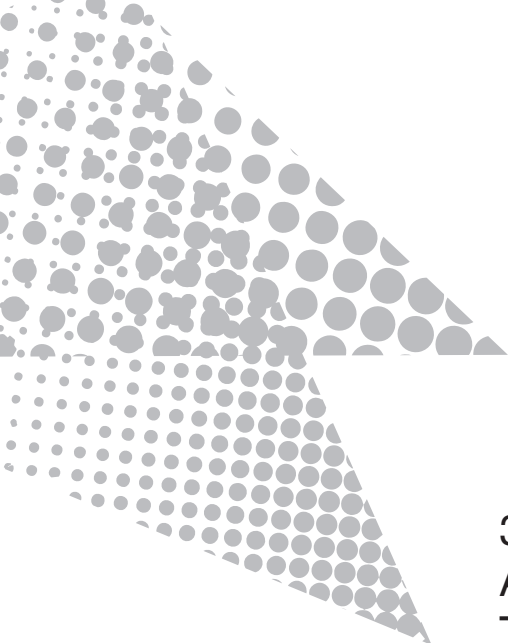
Datainnsamlingen vil dermed ikke innebære en behandling av personopplysninger og vil derfor ikke omfattes av meldeplikten jf. Personopplysningsloven. Prosjekter har fulgt NTNU sine interne rutiner for datasikkerhet.

Vi har i denne rapporten anonymisert alle deltakerne og vi har opplyst om dette ved alle intervju. Gitt at hvilke kommuner som deltar i piloten er allment kjent forstår vi at dette kan skape en mulighet for at individer kan bli gjenkjent i teksten, men vi har klart å unngå dette gjennom å anonymisere sykehjemsavdelinger og tidvis ikke identifisere ved hvilke sykehjem vi har hentet sitatet fra. Videre har vi vektlagt å «gi en stemme» til de ansatte i denne prosessen, og vi har vært opptatt av at ulike meninger og erfaringer skal komme frem. All deltakelse i undersøkelsen har vært

basert på frivillighet og alle de deltakende kommunene, og oppdragsgiver, har fått første utkast av rapporten til gjennomlesing og kommentering.







### 3 ORGANISERING AV ARBEID KNYTTET TIL TRYGGHESSTANDARDEN I DELTAKERKOMMUNENE

I det følgende kapitlet beskriver vi hvordan kommunene og de deltakende sykehjemmene har organisert arbeidet i Trygghetsstandarden, og vi diskuterer, mot slutten av kapitlet, to modeller for organisering. De involverte kommunene varierer med tanke på a) måten arbeid knyttet til Trygghetsstandarden ble organisert og b) hvor raskt de respektive organisasjonsformene ble etablert. Når det gjelder organisasjonsform har alle kommuner valgt løsninger hvor de tematiske områdene (omsorg ved livets slutt, ernæring og aktivitet) er førende, gjennom opprettelse av fag-, tema- eller arbeidsgrupper knyttet til hvert enkelt tema. Et vesentlig skille omhandler likevel hvorvidt slike grupper er organisert på måter hvor ulike kategorier av ansatte (sykepleier, helsefagarbeider, ufaglærte) har vært inkludert, eller om gruppene primært har bestått av «ledelse». Et annet skille omhandler hvorvidt gruppene primært har inkludert ansatte «fra avdelingene» eller eksterne «eksperter». Når det gjelder hvorvidt organisasjonsform ble etablert som varige enheter i det som kan omtales som en tidlig fase, synes for eksempel Tromsø å være et godt eksempel på en tidlig organisasjonsmodell som har fungert gjennom hele perioden. Sortland kan være et eksempel på en organisasjonsform som bygger på eksisterende organisering av kvalitetsarbeid, avdelingsvise kvalitetsgrupper (som har vært i «dvale» i noen år), men som også i prosessen har etablert et nytt varig forum kalt «kvalitetsutvalg institusjon».

### 3.1 DELTAGENDE KOMMUNER

Fire kommuner har deltatt i piloteringen av Trygghetsstandarden: Tromsø, Kristiansund, Eidskog og Sortland. Kommunene ble rekruttert som deltagere av Helsedirektoratet, delvis på bakgrunn av allerede eksisterende kvalitetsutviklingsprosjekter som ble ansett som relevante, delvis på grunn av egeninteresse i kommunene.

Deltagelse og samarbeid mellom kommuner og Helsedirektoratet er forankret mellom sentral kommunal ledelse (i ulike former) og Helsedirektoratet. Likevel er ikke alle institusjoner i alle kommunene aktive deltagere i selve piloteringen. I Eidskog kommune er deres eneste institusjon med, og i Sortland deltar to institusjoner. I Tromsø har to av fem institusjoner deltatt, mens en av fire institusjoner i Kristiansund har deltatt (totalt 6 sykehjem). I flere av kommunene har pågående og planlagt omorganisering av tjenestene i retning av «helsehus» og tilsvarende, gjort av grensegangen mellom det som tradisjonelt blir ansett som sykehjem og øvrige tjenester er i ferd med å viskes ut. Valget om ikke å involvere alle institusjoner ble først og fremst gjort med tanke på effektivitet og ressursbruk: det ble vurdert som for omfattende å pilotere Trygghetsstandardens relativt omfattende innhold ved alle institusjoner. I både Tromsø og Kristiansund er planer om utvidelse av antall innsatsområder for andre institusjoner planlagt og delvis igangsatt, og i Sortland og Eidskog er det lagt planer om videre spredning av Trygghetsstandarden til andre områder i helse- og omsorgssektoren.

De fire deltagende kommunene varierer seg imellom. De mest relevante variasjonen i denne sammenhengen omhandler størrelse forstått som antall innbyggere (og følgelig potensialet for sykehjemsbeboere): Tromsø er klart størst (cirka 75 000 innbyggere), Kristiansund er i et mellomstørrelset (cirka 25 000 innbyggere), mens Eidskog (cirka 6 000 innbyggere) og Sortland (cirka 10 000 innbyggere) kan betegnes som relativt små kommuner. Kommunal størrelse er i denne sammenhengen relevant ikke bare med tanke på inklusjonskriterier, som sett over, men også med tanke på flere temaer vi vil komme inn på i det følgende: «intern» organisering av arbeidet, ledelsesforankring, avstand mellom beslutningsnivåer og potensial for spredning til øvrige eller tilhørende tjenester. Størrelsen på de involverte kommunene medfører enkelte sentrale betingelser for gjennomføring av

piloteringsarbeidet. Både de mindre og de større kommunene har opplevd fordeler og ulemper knyttet til størrelse, som vi vil komme nærmere inn på senere.

## 3.2 ORGANISERING AV ARBEID KNYTTET TIL TRYGGHETSSTANDARDEN

Når det gjelder selve piloteringen, endringsprosessene og de konkrete verktøyene og innsatsene som har blitt utviklet og igangsatt, varierer kommunene også: betydelig på enkelte områder, mindre på andre. Denne variasjonen er, mener vi, delvis sammenhengende med organisasjonsform innen hver kommune/institusjon. Denne organisasjonsformen er igjen sammenhengende med kommune størrelse, men er også betinget, som vi skal se, av valg kommunene har gjort.

### 3.2.1 KRISTIANSUND

I Kristiansund er det etablert «overordnet kvalitetsteam» ved «enhet for sykehjem», i tillegg til lokale kvalitetsteam ved hver enkelt institusjon, med HMS som særlig ansvarsområde.

Trygghetsstandarden er forankret i en arbeidsgruppe bestående av koordinator for Trygghetsstandarden (fagsykepleier som har stilling sentralt i kommunen), 2 avdelingsledere (to av tre avdelingslederne fra det inkluderte sykehjemmet) og sjef for kjøkkenavdeling (som er ansvarlig for levering av mat til kommunehelsetjenesten som helhet). De tre sistnevnte har ansvar for hvert sitt fagområde og hver sin faggruppe.

Faggruppene, ett for hvert tema, har jevnlig møter med siktemål å utvikle/bestemme verktøy og for å forberede implementering. I tillegg til avdelingsledere er eksterne representanter med i arbeidsgruppen, med noe mer varierende involvering, for eksempel representant fra USHT og Høgskolen. Representant fra overordnet brukerråd i kommunen har deltatt i faggruppe for ernæring, i tillegg til å ha en aktiv samarbeidende rolle ved institusjonen generelt.

Ansatte med stilling i avdelingene har i mindre grad enn ved enkelte av de kommunene deltatt aktivt i faggruppene, men har blitt noe mer involvert mot slutten av perioden. De to avdelingslederne viser til at dette burde vært prioritert tidligere. Avdelingsleder har, i motsetning til i Tromsø, en aktiv rolle ikke bare som tilrettelegger, men også som pådriver og

deltager. Avdelingsledere har vært pådriver for arbeid innen sitt temaområde innen sin avdeling. Dette har medført at enkelte avdelinger har et særskilt fokus på enkelte områder.

Kommunen har opprettet et eget sykepleiersteam, som skal støtte kommunehelsetjenesten i kommunen bredt. Denne organisasjonsformen, kontra det å ansette flere stedlige sykepleiere, er valgt av flere årsaker, primært av hensyn til rekruttering, som er en generell utfordring i kommunen. Ordningen påvirker, som vi skal se senere, aspekter ved implementering av innsatsområdene innen Trygghetsstandarden.

### 3.2.2 TROMSØ

Tromsø har organisert arbeid knyttet til Trygghetsstandarden etter følgende modell:

Styringsgruppe kommune (Brukerråd, etatsleder, enhetsleder, fagforbund, kvalitetsansvarlig i kommunen)

Ledergruppe sykehjem (enhetsleder og avdelingsleder – denne gruppen fungerer også uavhengig av Trygghetsstandarden)

Arbeidsgruppe institusjon (gjennomføringsansvarlig/koordinator institusjon, ledere ressursgrupper, avdelingsledere og enhetsleder)

Ressurs/temagruppe for hvert tema ved hver institusjon (representanter fra alle avdelinger med ulike stillinger – sykepleier, hjelpepleier/helsefagsarbeider og tidvis assistent)

Ressurspersoner ved hver avdeling (en person ved hver avdeling som skal avhjelpe ressursgruppens deltagere med spredning på avdeling)

Begge sykehjemmene har, med enkelte mindre variasjoner, anvendt denne modellen. Gruppens respektive funksjoner varierer imidlertid noe. Ved den ene institusjonen ble det gitt uttrykk for at arbeidsgruppen hadde vært «førende», mens ressursgruppene avventet innspill fra dem. Ved den andre institusjonen var ressursgruppene mest aktive og startet utforming og bearbeiding av innhold på eget initiativ. Møter mellom institusjonene ble vurdert og til dels gjennomført,

men ble prioritert vekk til fordel for eget arbeid. Dette er også situasjonen våren 2018, selv om de to koordinatorene jevnlig har både planlagte og spontane møter.

Ved begge sykehjemmene er det avsatt midler til en koordinator (fagsykepleier) for Trygghetsstandarden, tilvarende en halv stilling. Koordinatorers oppgaver overlapper i høy grad med stillingenes ordinære oppgaver, noe som tilsynelatende fører til at oppgavene knyttet til Trygghetsstandarden blir prioritert og blir vektlagt som et kontinuerlig arbeid. Koordinator driver arbeidet med Trygghetsstandarden ved begge sykehjemmene både med tanke på reell arbeidsinnsats og som et bindeledd mellom Helsedirektoratet, ledelse i kommune, ledelse i institusjon og øvrige ansatte. Avdelingslederne har en rolle tettere knyttet opp mot tilrettelegging heller enn varig oppfølging, først og fremst knyttet til frikjøp av ledere i ressursgruppene og organisering av møtepunkter. I tillegg har Tromsø kommune bevilget egne midler til arbeid innenfor rammene av Trygghetsstandarden. Frikjøp i institusjonene blir registrert i lønnsystemet med et prosjektnummer tilhørende Trygghetsstandarden, slik at kommunen kan ha oversikt over kostnader.

### 3.2.3 EIDSKOG

Eidskog kommunes institusjon består av fire sykehjem-savdelinger og to dagsenter. Ved institusjonen er det eget kjøkken som server varm mat, og det er kantine for ansatte, som også er cafe for lokalsamfunnet. Institusjonen har en huskatt og hund som er mye på besøk.

Eidskogs organisasjonsformer har vært stabile gjennom hele perioden, men det har kommet til noen nye elementer etter hvert, som blir varige etter piloteringens slutt (faggruppene, allmannamøter).

Eidskog har organisert arbeid knyttet til Trygghetsstandarden etter følgende modell:

Ledergruppe (Enhetsleder, avdelingsleder, prosjektleder)

Prosjektgruppe (Enhetsleder, avdelingsleder, prosjektleder, sykepleier 1/avdelingsledere fra alle avdelinger, helsefagarbeidere fra noen avd.)

Ressurspersoner, ved alle avdelinger (sykepleier 1, ansvar for opplæring og implementering)

Allmannamøter (alle ansatte, arena for opplæring og informasjon)

Faggrupper (vår 2018, for videre arbeid med Trygghetsstandarden)

I Eidskog kommune er det en frikjøpt prosjektleder som sammen med enhetsleder og avdelingsleder driver arbeidet med Trygghetsstandarden fremover. Det ble relativt tidlig også opprettet en prosjektgruppe bestående av prosjektleder, enhetsleder, avdelingsleder, sykepleier 1 og helsefagarbeidere, som møtes jevnlig for å utvikle nye rutiner og diskutere videre arbeid.

Prosjektlederen jobber utelukkende med piloten i 80 % stilling og har fått forlenget stillingen ut 2018 for å jobbe med videre spredning av Trygghetsstandarden til andre deler av tjenestene (særsilt hjemmetjenestene). For det videre arbeidet ved institusjonen etter prosjektslutt er det laget mindre faggrupper som vil ha et særsilt ansvar for videre arbeid med Trygghetsstandarden. Tidligere var det ansatt en kvalitetsrådgiver ved sykehjemmet, men da denne gikk ut i langvarig permisjon fikk ikke sykehjemmet erstattet denne personen. Kommunalsjef for helse og omsorg (virksomhetsleder) bekrefter, i april 2018, at kommunen ikke har råd til en slik ny stilling. Ansatte i kategorien sykepleier 1, som fungerer som avdelingsledere, jobber alltid en dag utenpå (administrativt) i avdelingen, men er i Trygghetsstandarden-perioden gitt en ekstra dag i uken for å jobbe med dokumentasjon og rutiner knyttet til piloten. Sykepleier 1 har ansvaret med å lære opp de andre ansatte. Det har også vært arrangert workshops på alle avdelinger om temaene i piloten, og prosjektleder tar opplæring i grupper og en-til-en når endrede eller nye rutiner, sjekklister, osv., blir introdusert. Det er gitt opplæring i form av forelesninger på to timer innen alle tre fokusområdene for alle ansatte. Det har også vært opplæring en til en i profil/dokumentasjon og Compilo, og denne fortsetter til alle har blitt trygge. Alle ansatte får betalt for deltakelse på møter utenfor arbeidstid og personalmøtet er omgjort til allmannamøter der Trygghetsstandarden alltid er et tema.

### 3.2.4 SORTLAND

Sortlands deltagelse i prosjektet inkluderer to institusjoner med tilsammen fem avdelinger. Kommunen jobber med å øke stillingsprosenten i sykehjemmene i prosjektet «heltidskultur» samt med å øke grunnbemanningen gjennom å endre turnus fra hver 3. helg til 3-3-2. Ved institusjonen er det eget kjøkken som lager mat etter modellen «kok-kjøøl», og det er kantine og vaskeri.

Sortlands organisasjonsformer har delvis bygget på eksisterende strukturer, men også vokst frem etter hvert. De har etablert noen former som blir varige etter Trygghetsstandardens pilot slutt.

Sortland har organisert arbeid knyttet til Trygghetsstandarden etter følgende modell:

Kvalitetsutvalg institusjon (før: prosjektgruppe), et nyopprettet og permanent nedsatt utvalg som jobber med kvalitet i institusjon, (Enhetsleder, HMS/kvalitetsrådgiver i helse og omsorg i kommunen, avdelingsledere fra alle avdelinger)

Temagrupper (representanter fra alle avdelinger med ulike stillinger – sykepleier, helsefagsarbeider og tidvis assistent), jobber med de tre fokusområdene i piloten.

Kvalitetsgruppe avdelingsvis (avdelingsleders forum for kvalitetsarbeid, bestående av avdelingsleder og 2-3 ansatte), møter hver tredje uke, hovedoppgaver er oppfølging av handlingsplan for kvalitet og behandle innmeldte avvik.

Fagmøter (alle ansatte, fast hver torsdag i fire uker etter hverandre. Arena for opplæring i temaområdene, temagruppene er ansvarlige)

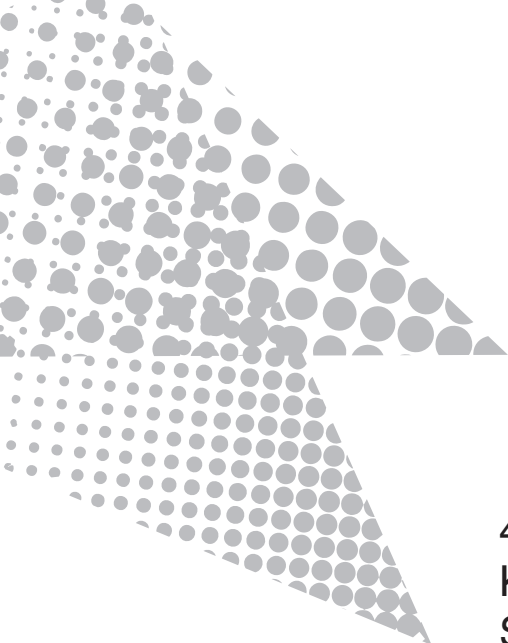
Prosjektleder har pilotarbeidet som en del av sin faste jobb, er ikke frikjøpt til dette arbeidet og bruker ca. 50 % av sin stilling til arbeid med Trygghetsstandarden. Kvalitetsutvalg institusjon har i pilotperioden hatt faste møter en gang i uken. Kvalitetsgrupper avdelingsvis var allerede etablert før pilotstart, men disse har blitt revitalisert gjennom pilotperioden. Denne gruppen jobber med ulike typer forbedringsarbeid men har særlig vekt på behandling av avvik. Det er laget temagrupper for de spesifikke temaene i piloten.

Temagruppene ble etablerte tidlig i pilotprosjektet, men de har siden januar 2017 gått bort fra at alle tre gruppene jobber parallelt. Nå jobber en og en gruppe frem forbedringer og endringer, for så å lære opp personalet i nye rutiner. Årsaken til at de ville ta tema for tema var en opplevelse av at det ble for høyt arbeidspress, både for ledere og ansatte, og at dette førte til stress og manglende motivasjon. Ansatte meldte fra om at det ble for mange endringer samtidig, og at dette opplevdes som for mye. Temagruppene får en «bestilling» fra kvalitetsutvalget rundt sitt tema, som også omhandler det å utvikle et opplæringsopplegg og være ansvarlig for opplæringen av de ansatte. Det var temagruppen «måltid og ernæring» som begynte, og de har blant annet jobbet frem ny ernæringsjournal som de har hatt de ansatte på opplæring i, gjennom fagmøter. I løpet av våren 2018 har temagruppen «omsorg ved livets slutt» jobbet frem nye rutiner og skal i mai 2018 i gang med opplæring av ansatte gjennom ukentlige fagmøter. Temagruppen «aktivitet» skal så i gang med sitt arbeid og en tenker at deres resultater skal implementeres ut i avdelingene i løpet av høsten 2018.

Sortland ønsket også å begynne med å jobbe med «grunnmuren» i ledergruppen, der de hadde fokus på modeller for organisering av kvalitetsarbeid og på avdelingsleder som kvalitetsleder. «Grunnmuren» er ikke temaspesifikk, men gjelder mer generelt utbedring av, for eksempel fag og kvalitetssystemene, inntakssamtalen og bruker-/ pårønderrelasjonen. I denne prosessen har det blitt etablert et brukerutvalg institusjon som skal være et rådgivende organ for enhetsleder på institusjon. Utvalget består av tre brukerrepresentanter og enhetsleder (sykehjem), og det skal møtes fire ganger årlig.

Arbeidet i piloten med kompetansebygging rundt kvalitetssystemer, rutiner og arbeidsmetoder skal overføres til andre områder enn institusjonsomsorgen i helse- og omsorgssektoren, og kvalitetsrådgiveren vil jobbe med dette etter at piloten er avsluttet. Denne målsetningen er forankret i kommunen gjennom en felles forståelse med kommunalsjef. Arbeidet er allerede i gang og samtidig som brukerutvalg for institusjon ble etablert så etablerte de tre andre brukerutvalg for helse og omsorg i kommunen.





## 4 DELTAGENENDE KOMMUNER, KVALITETSARBEID OG – SYSTEMER

Innledningsvis ble det foretatt en kartlegging over eksisterende kvalitetssystemer og arbeidsformer i de inkluderte kommunene. Kartleggingen gir en oversikt over status i deltagende kommuner ved oppstart av piloteringen, og gir dermed et innblikk i selve utgangspunktet for kvalitetsutviklingsarbeidet kommunene har gjennomgått. Status for kommunene ved oppstart vil presenteres kort her, men er likevel en sentral referanseramme for arbeid i piloteringsfasen som presenteres i kapittel 5 og 6 og diskuteres i kapittel 7.

Kartleggingen fokuserer på a) generelle/allmenne systemer (avvikssystemer, kvalitetsindikatorer, revisjonssystemer og bruker- og pårørendeundersøkelser), og b) systemer og rutiner knyttet til de spesifikke temaområdene i Trygghetsstandarden.

### 4.1 KVALITETSINDIKATORER

Ved oppstart viser alle kommunene til at de kontinuerlig rapporterte på nasjonale kvalitetsindikatorer. Kristiansund hadde også utviklet egne indikatorer, knyttet blant annet til antall pasienter med kartlagt ernæringsstatus, legemiddelgjennomgang og bruk av navneskilt (spesifikt for det

deltagende sykehjemmet). Tromsø oppga at de arbeider med å utvikle egne, lokale indikatorer som skal være gjeldende for hele kommunen.

Hvem som utfører selve rapporteringen, avhenger av type indikator. En fellesnevner er at den som utfører arbeidet også skal registrere – oppgave skal følges av dokumentasjonsplikt. Alle kommunene registrerer fortløpende, og rapporterer automatisk en gang i året, som tiltenkt i det nasjonale systemet.

## 4.2 BRUKER- OG PÅRØRENDEUNDERSØKELSER

Ved oppstart varierte kommunene både når det gjaldt system, målgruppe og hyppighet av bruker- og pårørendeundersøkelser, samt om de var sammenslått eller ble delt i to separate undersøkelser.

To av kommunene (Sortland og Tromsø) brukte [www.bedrekommune.no](http://www.bedrekommune.no), som kombinerer bruker- og pårørendeundersøkelser. Tromsø viser til at de brukte både ordinær og forenklet utgave og at brukere som kan svare selv ble intervjuet av fagpersonell. Kristiansund brukte et internt utviklet system, mens Eidskog ikke hadde gjennomført bruker- og pårørendeundersøkelse.

Tromsø viste til at de gjennomfører undersøkelsen annethvert år. Sortland gjennomfører brukerundersøkelse hvert 2. år, imens Kristiansund gjennomfører bruker- og pårørendeundersøkelser noe mer uregelmessig. Eidskog hadde ikke en plan for gjennomføring.

## 4.3 MEDARBEIDERUNDERSØKELSER

System for medarbeiderundersøkelser var, ved oppstart, relativt likt i de deltagende kommunene, mens hvordan undersøkelsene ble gjennomført varierte.

Tre av kommunene fulgte KS' 10-faktor modell. Sortland hadde i tillegg egne supplement til denne. Som eneste unntak hadde Eidskog kun medarbeidersamtaler. Undersøkelsene gjennomføres en gang i året for Eidskog (kun medarbeidersamtaler), annethvert år for Sortland og Tromsø, og 2 ganger de siste 5 årene for Kristiansund.

For de mindre kommunene (Sortland og Eidskog) var nærmeste leder ansvarlig for undersøkelsene, mens de større kommunene hadde et mer sammensatt hierarki. For Tromsø,

for eksempel, var ansvaret for gjennomføring forankret i kommunen sentralt, organisert i arbeidsgrupper som representerer de ulike kommuneavdelingene.

Medarbeiderundersøkelsene ble fulgt opp ulikt. Alle kommunene (med unntak av Eidskog som kun hadde medarbeidersamtaler) synes å ha omfattende prosedyrer knyttet til saksgangen generelt og tilbakemeldinger til medarbeidere i etterkant av undersøkelsene.

#### 4.4 OVERORDNET KVALITETSSYSTEM/ KVALITETSREVISJONER

Ved oppstart viste alle kommunene til at de anvendte kvalitetssystemet Compilo. Compilo er et kvalitetssystem hvis målsetting blant annet er at organisasjonen skal ha oppdaterte lovpålagte prosedyrer og dokumentasjon tilgjengelig. Ett av hovedområdene for dette systemet er avviksrapportering og avvikshåndtering.

Sortland hadde i tillegg aktivisert eksisterende lokale avdelingsvise kvalitetsgrupper som skulle sikre flyt mellom institusjon og kommunen sentralt (organisert på avdelingsnivå bestående av avdelingsledere og 2-3 ansatte). Tromsø viste til at de nylig hadde startet arbeid med lokale kvalitetsgrupper, og strukturerte kvalitetsutvalgene i 3 nivåer (kommune, ledelse, lokalt). Eidskog viste til at det var sykepleier/fagleder/leder lokalt som var ansvarlig. I Kristiansund var overordnet ansvar for Compilo plassert sentralt i kommunen, mens «superbrukere» ved hver underorganisasjon hadde et lokalt ansvar.

#### 4.5 AVVIKSREGISTRERING OG – RAPPORTERING

Alle kommunene viste til at de anvendte Compilo for avviksregistrering og -rapportering. I tillegg viste Eidskog, Tromsø og Sortland at de hadde utviklet og anvendte egne prosedyrer for oppfølging av avvik. I Sortland, for eksempel, var et prosedyreskriv som beskriver videre behandling og saksgang av avvik utviklet og ble benyttet.

Alle kommunene viste til at det skilles mellom ulike typer avvik, skiller som følger en struktur angitt i Compilo. Videre viste alle kommunene til at alle ansatte skal kunne føre avvik, og at nærmeste leder skal motta avvik. Et eksempel på en slik saksgang kan hentes fra Sortland: nærmeste leder mottar

og behandler alle avvik. Dersom avviket ikke blir behandlet i løpet av 21 dager, går det videre i linja. Kvalitetsgruppen behandler alle avvik som er kommet inn på sin avdeling. I tillegg går det overordnede kvalitetsutvalget for Helse og omsorg igjennom statistikk på kvalitetsavvik, og treparts-møtet går igjennom alle HMS-avvik. Begge disse organene har møter hver 4. uke. Ut fra registrerte avvik, analyseres områdene hvor forbedringer må gjøres.

#### 4.6 KOMPETANSEHEVING/-OPPFØLGING

For dette mer generelle temaet viser kommunene til større variasjon. På spørsmål om hvordan kompetanseheving ble ivarettatt innen kommunene, viste kommunene til delvis ulike aspekter ved kompetanseheving og -oppfølging, delvis også til ulik tolkning av begrepene. Fra svarene kan vi likevel antyde at kommunene vektla ulike områder og at ansatte ved institusjonene hadde ulik direkte involvering med temaet.

Kristiansund og Tromsø viste til overordnet kompetanseplanen for kommunen som helhet. I Tromsø var denne relativt generell, men også omfattende: en strategiplan for rekruttering og kompetanse i pleie- og omsorgstjenesten er utarbeidet på politisk nivå for perioden 2010-2030, i tillegg til en mer overordnet rekrutteringsplan for kommunen. Sistnevnte inneholder blant annet planer om kompetanseplan for enkelte, inkludert tilbud om etter- og videreutdanning. I Kristiansund vises det til at kompetanseleder i kommunen skulle følge opp den overordnede strategiske kompetanseplanen. I tillegg vises det til at enhet for sykehjem hadde en egen strategiplan, som «speiler» kommunens, samt en egen rekrutteringsstrategi. Det vises videre til et fokus både på formell kompetanseheving og bedriftsintern opplæring, hvor avdelingsledere hadde ansvar for sistnevnte på sine avdelinger. Sortland viste til en mer detaljert kompetanseplan for flere nivåer, og utviste samtidig en refleksivitet med tanke på hensiktsmessighet til planen. I Eidskog ble kurs innen medisin håndtering fremhevet som sentralt, men det er også gitt spesifikk opplæring og gitt støtte til ulike typer relevant videreutdanning. Ansatte har jevnlig kurstilbud, blant annet ved Sykehuset Innlandet HF - Kongsvinger sykehus.

#### 4.7 INKLUDERING AV PÅRØRENDE

Alle kommunene viste til eksisterende systemer og prosedyrer for inkludering av pårørende ved innkomst av nye beboere. Eidskog og Sortland, for eksempel, benyttet begge

et prosedyreskriv for mottak av nye beboere hvor pårørende eksplisitt var inkludert. Eidskog viste også til prosedyrer for etterlattesamtale.

I besvarelsene knyttet til dette temaet vektla kommunene ikke det pågående, kontinuerlige samarbeidet med pårørende, med unntak av Sortland som viste til kontinuerlige pårørendesamtaler hver 6. måned.

## 5. RESULTATEVALUERING

Variablene som inngår i resultatevalueringen, er basert på en gjennomgang av tilgjengelig forskning og annen relevant informasjon. Med utgangspunkt i disse gjennomgangene har vi gjort et utvalg av variabler som kan fange de variasjonene i praksis som finnes mellom kommuner, sykehjem og avdelinger – for og på best mulig måte kunne måle om Trygghetsstandarden senere fører til utjevning av disse praksisforskjellene.

### 5.1 LEDELSE

#### *1. Antall meldte avvik siste 3 måneder*

Vi ser endring i antall meldte avvik før og etter piloteringen av trygghetsstandarden. Det er stor variasjon i antall rapporterte avvik per avdeling, også om en justerer for antall pasienter i avdelingen (variasjon før 0 - 2,67 avvik og variasjon etter 0,27 – 2,75 avvik per beboer). Før piloteringen ble det i alt meldt 262 avvik i de inkluderte avdelingene, gjennomsnittlig 15,41 avvik per avdeling (variasjonsbredde 0-33). Etter piloteringen ble det i alt meldt 377 avvik, i gjennomsnitt 22,18 avvik per avdeling (variasjonsbredde 3-79).

#### *2. Antall ganger rutine for avvikshåndtering er fulgt.*

Av 262 meldte avvik før piloteringen, ble 250 fullt opp i henhold til rutiner for oppfølging av avvik (Variasjonsbredde 0-33). Det vil si at det i alle avdelinger er et relativt stort samsvar mellom meldte avvik og bruk av rutine for oppfølging av avvik (variasjon før 0 - 2,67 håndterte avvik per beboer). Etter piloteringen ble 309 av 377 meldte avvik fulgt opp i henhold til rutiner for oppfølging av avvik (variasjonsbredde 0-79) og en (variasjonsbredde etter 0 – 2,75 håndterte avvik per beboer).

### 3. Følges KS «Guide til god ledelse»

Av totalt 17 sykehjemsavdelinger er det 3 (17,5 %) avdelinger som følger prinsippene fra KS «Guide til god ledelse». Etter piloteringen rapporterer 8 (47 %) avdelinger at de følger den.

Antall meldte avvik økte i løpet av piloteringsperioden, dette kan skyldes det økte fokuset på kvalitet og rutinefølging. Oppfølgingen av avvikene i henhold til rutiner for slik oppfølging var jevnt over høy. I samme periode er det en økning i andel sykehjem som rapporterer at de støtter seg til KS «Guide til god ledelse» på om lag 30 prosentpoeng. Endringene kan skyldes økt kompetanse innen området ledelse.

## 5.2 BRUKERMEDVIRKNING

### 1. Antall gjennomførte inntakssamtaler

Bruk av inntakssamtaler varierer på tvers av avdelinger også innen samme sykehjem. Det er variasjon i om inntakssamtaler finner sted og i formen på inntakssamtaler. Noen steder er inntakssamtalen en engangshendelse, andre steder beskrives den som en prosess som løper gjennom de første ukene etter at en ny beboer har flyttet til sykehjemmet. Før piloteringen rapporterte alle avdelingene til sammen at inntakssamtale var gjennomført i 166 tilfeller, etter rapporterte de 185. På tvers av avdelinger varierte det fra avdelinger som ikke gjennomførte inntakssamtale til avdelinger som gjennomførte inntakssamtale på alle nye pasienter (og eksisterende pasienter hvor inntakssamtale ikke var gjennomført).

### 2. Har enheten etablert et aktivt brukerråd?

1 (6 %) av 17 avdelinger hadde etablert brukerråd før piloteringen, etter piloteringen rapporterte 10 (59 %) avdelinger og ha gjort det samme.

### 3. Gjennomført brukerundersøkelser siste 6 måneder?

3 (17,5 %) av 17 avdelinger har gjennomført brukerundersøkelse de siste 6 måneder, flere sykehjem har gjennomført brukerundersøkelse i løpet av siste 2 år. Her oppfordres det til å gjennomføre brukerundersøkelse på avdelingsnivå og benytte «Bedre kommune» sin kortversjon. Etter piloteringen

rapporterer 4 (23,5 %) nye avdelinger å ha gjennomført brukerundersøkelser. Ingen av de avdelingene som rapporterte å ha gjennomført brukerundersøkelser før piloteringen rapporterer å ha gjentatt undersøkelsen i løpet av perioden.

*4. Innhentet brukerinformasjon ved bruk av «Min livshistorie» (et kartleggingsverktøy om beboernes preferanser som skal føre til konkrete tiltak) eller lignende.*

13 (76,5 %) av 17 avdelinger har innhentet informasjon om brukerpreferanser, gjennom bruk av «Min livshistorie» eller lignende. Etter piloteringen rapporterer 17 (100 %) avdelinger å innhentet informasjon om brukerpreferanser.

*5. Gjennomført pårørendeundersøkelse siste 6 måneder?*

4 (23,5 %) av 17 avdelinger har gjennomført pårørendeundersøkelse i løpet av de siste 6 måneder, flere sykehjem/avdelinger har gjennomført en slik undersøkelse i løpet av de siste 2 årene. Her anbefales det å bruke «Bedre kommune» sin pårørendeundersøkelse. 8 (47 %) rapporterer å ha gjennomført pårørendeundersøkelse etter piloteringen.

De fleste indikatorene som var inkludert i temaet «Brukermedvirkning» tyder på at det i piloteringsperioden har blitt et økt fokus på pasienten, og pasientens preferanser og behov. Det kan forstås som at det rapporteres mer pasientsentrering av tjenester etter piloteringen, enn før.

### 5.3 LEGE/LEGETILGANG

*1. Antall legetimer per beboer per uke*

Antall legetimer per beboer var i gjennomsnitt 0,38 timer per uke og varierte fra 0,25 til 1,0 time per uke. Gjennomsnittlig antall legetimer var uendret (0,38 time per uke) om en sammenligner før og etter piloteringen (variasjonsbredde 0,25 - 0,5 timer).

*2. Antall pasienter på langtidsopphold som er vurdert av lege siste 12 måneder.* Avdelingene rapporterte at i alt 278 pasienter er vurdert av lege siste 12 måneder, i snitt 16,35 pasienter per avdeling (variasjonsbredde 0-39) ble undersøkt

av lege siste året før piloteringen, etter piloteringen rapporteres det at i alt 354 pasienter, i snitt 21 pasienter per avdeling (variasjonsbredde 7-55) er undersøkt av lege siste året.

Antall legetimer og andel pasienter som er undersøkt av lege siste 12 måneder ligger stabilt høyt. Dette kan skyldes at dette er kvalitetsindikatorer kommunene allerede rapporterer og dermed fokuserer på.

## 5.4 LIVSKVALITET

*1. Gjennomført kartlegging av brukers preferanser (Eks: Hva er viktig for deg?)*

7 (41 %) av 17 avdelinger har gjennomført en systematisk kartlegging av brukerpreferanser gjennom bruk av den anbefalte sjekklisten «Hva er viktig for deg?» eller lignende, før piloteringen av Trygghetsstandarden, etter piloteringen rapporterer 17 (100 %) av avdelingene at de gjør det.

*2. Gjennomføring av livskvalitetsmåling (Qualid)*

Før piloteringen rapporterte alle med unntak av en avdeling inn aggregerte målinger på pasientnivå – ved bruk av instrumentet Qualid på oppfordring fra følgeforskerne, det samme er status etter piloteringen.

Indikatoren som er rettet mot brukers preferanser viser at alle avdelingene benytter den anbefalte sjekklisten «Hva er viktig for deg?» eller lignende for å kunne individrette tjenestene til den enkelte. En stor andel av pasientene som bor i norske sykehjem har en eller annen grad av demenstilstand. Derfor ble observasjonsverktøyet Qualid benyttet som mål på livskvalitet hos pasientene – om en sammenligner målinger før og etter vises det en liten økning i observert livskvalitet hos pasientene i de involverte avdelingene.

## 5.5 KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS

*Indikatorer/variabler for hvert fagnettverksområde*

Vi har gått igjennom tilgjengelig forskning og annen relevant informasjon for å skaffe oss et bredt bilde av områdene «Ernæring, mat og måltider», «Aktiv og meningsfull tilværelse» og «Omsorg mot livets slutt».



Med utgangspunkt i disse gjennomgangene har vi gjort et utvalg av indikatorer/variabler som kan fange de variasjonene i praksis som finnes mellom kommuner, sykehjem og avdelinger – for å på best mulig måte kunne måle om Trygghetsstandarden fører til utjevning av disse praksisforskjellene.

Vi har diskutert indikatorer/variabler med noen «Utviklingssykehjem», samt diskutert utvalget internt i våre respektive institusjoner (HVL og NTNU) med personer med høy kompetanse på området.

### 5.5.1 ERNÆRING, MAT OG MÅLTIDER

#### 1. Antall pasienter veid siste måned

Før oppstart av piloteringen ble det rapportert at i alt 183 pasienter var veid siste måned, i gjennomsnitt 10,76 pasienter per avdeling (variasjonsbredde 0-30). Etter piloteringen ble det rapportert at i alt 270 pasienter, i gjennomsnitt 15,88 pasienter per avdeling (variasjonsbredde 0-55). Antall avdelinger som ikke rapporterer å ha veid pasienter er redusert fra 5 (29,4 %) til 2 (11,76 %).

#### 2. Er mat- og måltidspreferanser kartlagt ved innkomst (f.eks. i forbindelse med innkomstsamtalen)?

15 (88,2 %) av avdelingene rapporterte å ha gjennomført en eller annen form for kartlegging av måltidspreferanser ved innkomst før piloteringen, 2 avdelinger rapporterte at de ikke gjorde slik kartlegging. Etter piloteringen rapporterer 16 (94,11 %) at de gjør slik kartlegging, mens 1 avdeling rapporterer ikke på denne variabelen.

#### 3. Settes det opp en ernæringsplan per pasient?

Stor variasjon i rapporteringen på denne variabelen på tvers av avdelinger. 7 (41 %) avdelinger har ikke ernæringsplaner per pasient, 6 (35 %) avdelinger setter opp ernæringsplaner ved behov og 4 (23,5) avdelinger setter opp ernæringsplaner for alle pasientene. Etter piloteringen rapporterer 15 (88,2 %) av avdelingene at de setter opp ernæringsplaner per pasient, 1 (5,89%) avdeling rapporterer at de gjør det ved behov og 1 (5,89 %) avdeling rapporterer at de ikke setter opp slike planer.

#### 4. Antall timer nattfaste - tid fra kveldsmat til frokost

Før piloteringen rapporteres det at antall timer nattfaste er i gjennomsnitt 13,18 timer på tvers av alle avdelinger, (variasjonsbredde 12 – 14,5 timer), etter piloteringen rapporteres det at antall timer nattfaste er i gjennomsnitt 12 timer (variasjonsbredde 10-13 timer). 11 timer er anbefalingen. Tallene gir ikke et helt riktig bilde, siden nattfaste måles fra siste organiserte måltid om kvelden, til første organiserte måltid om morgenen dagen etter. Noen steder serveres mellommåltider utenom oppsatte måltider.

#### 5. Antall ansatte som har mottatt opplæring i «Måltid og ernæring»

Stor variasjon i rapporteringen på denne variabelen på tvers av avdelinger. Før piloteringen ble det rapportert at 55 ansatte hadde mottatt særskilt opplæring innen temaet «Måltid og ernæring», i gjennomsnitt 3,24 ansatte per avdeling (variasjonsbredde 0 – 14). 9 avdelinger (52,94 %) rapporterte å ikke gi opplæring innen området. Etter piloteringen rapporterer samtlige avdelinger å gi særskilt opplæring innen området, i alt 270 ansatte, i gjennomsnitt 15,88, per avdeling er gitt slik opplæring (variasjonsbredde 5-33)

#### 6. Tannhelsen rapporteres etter en «åtte-delt belegg- og slimhinneindeks»: BSI.

Ny variabel for alle kommunene før pilotering av Trygghetstandarden, ingen av avdelingene hadde rutiner for å benytte BSI. Etter piloteringen rapporterer 12 avdelinger (70,58) at de benytter BSI, 2 avdelinger (11,76 %) rapporterer at de ikke benytter den, mens 3 avdelinger (17,64 %) har ikke rapportert på denne variabelen.

#### 7. Om pasienter er vurdert av tannhelsepersonell siste år

16 av 17 avdelinger (94,11 %) har rutiner for at pasienters tannhelse sjekkes av tannhelsepersonell i løpet av året. Disse tallene var uendret i løpet av piloteringsperioden.

## 5.5.2 AKTIV OG MENINGSFULL TILVÆRELSE

### 1. Antall registrerte fallskader i avdelingen siste mnd.

Før piloteringen ble det rapportert 29 fallskader i de 17 avdelingene, i gjennomsnitt 1,71 fallskader per avdeling (variasjonsbredde 0 – 12). Etter piloteringen ble det rapportert 34 fallskader, i gjennomsnitt 2 fallskader per avdeling (variasjonsbredde 0-12). Antall fallskader varierer naturligvis, og kan avhenge av enkeltpasienters fallskadefrekvens.

### 2. Er det på forhånd nedtegnede aktivitetsplaner for avdelingen (i arbeidsplaner)?

Stor variasjon i rapporteringen på denne variabelen på tvers av avdelinger, i hvilken grad dette er gjort. 4 (23,5 %) av avdelingene rapporterer å ha nedtegnede aktivitetsplaner før piloteringen. Etter piloteringen rapporterer 12 (70,58 %) av avdelingene å ha nedtegnede aktivitetsplaner for avdelingen.

### 3. Er funksjonsnivå kartlagt ved innkomst?

15 (88,2 %) av avdelingene har gjort en eller annen form for kartlegging av funksjonsnivået til pasientene før piloteringen. Andelen er uendret etter piloteringen.

### 4. Er det laget individuelt tilpasset aktivitetsplan?

Variasjon i rapporteringen på denne variabelen på tvers av avdelinger før piloteringen. 3 (17,5 %) avdelinger har individuelle aktivitetsplaner for sine pasienter før piloteringen. Etter piloteringen rapporterer 14 (82,35 %) av avdelingene at de har individualiserte aktivitetsplaner for sine pasienter.

### 5. Når en målene som er satt for pasienten?

Før piloteringene rapporterer 2 (11,76 %) avdelinger at de i stor grad opplever å nå målene som er satt for aktivitet for sine pasienter. Etter piloteringen rapporterer 12 (70,58 %) av avdelingene at de i stor grad har måloppnåelse på området.

### 6. Antall ansatte som har mottatt opplæring i «Aktivitet»

Det ble rapportert før piloteringen at i alt 57 ansatte hadde mottatt opplæring i temaet «aktivitet og eldre», i gjennomsnitt 3,35 ansatte per avdeling (variasjonsbredde 0-13). 9 (52,94 %) av avdelingene hadde ikke gjennomført

opplæring innen området. Etter piloteringen hadde i alt 163 ansatte mottatt opplæring, i gjennomsnitt 9,59 ansatte per avdeling (variasjonsbredde 0-38). 5 (29,4 %) av avdelingene hadde ikke gjennomført opplæring innen området etter piloteringen.

### 5.5.3 LINDRENDE BEHANDLING OG OMSORG MOT LIVETS SLUTT

#### *1. Pasient/pårørendes ønsker om palliativ omsorg diskutert ved inntakssamtaler*

Før piloteringen rapporteres det at temaet i liten grad tas opp i inntakssamtalen – 2 (12 %) avdelinger har dette med i inntakssamtalen. Etter piloteringen rapporterer 6 (35,29 %) av avdelingene at de tar opp temaet i inntakssamtalen - de fleste rapporterer at temaet tas opp senere i pasientforløpet.

#### *2. «De fire medikamentene» vurdert og applisert ved behov*

Både før og etter piloteringen er det liten variasjon i denne variabelen, det er enhetlig praksis omkring vurdering og applisering av «de fire medikamentene» i kommunene, 16 (94,11 %) avdelinger rapporterer at de gjør disse vurderingene før piloteringen, mens 17 (100 %) rapporterer at de vurderer og appliserer «de fire medikamentene» etter piloteringen.

#### *3. Totalt antall dødsfall i avdelingen og antall døde i sykehus siste år*

Antall dødsfall i avdelingene før piloteringen var 125, i gjennomsnitt 7,35 dødsfall per avdeling siste år (variasjonsbredde 0-16). Etter piloteringen var antall dødsfall i avdelingen 133, i gjennomsnitt 7,82 dødsfall per avdeling siste år (variasjonsbredde 0-22).

Disse tallene må sees i sammenheng med antall pasienter som døde i sykehus siste år. Før piloteringen ble det rapportert at i alt 10 pasienter døde i sykehus, i gjennomsnitt 0,59 per avdeling (variasjonsbredde 0-4). Etter piloteringen rapporteres det at 7 pasienter døde i sykehus, i gjennomsnitt 0,41 per avdeling (variasjonsbredde 0-2)

#### *4. Antall ansatte som har mottatt opplæring i «Omsorg ved livets slutt»*

Før piloteringen var det i alt 43 personer, i gjennomsnitt 2,53 per avdeling (variasjonsbredde 0-10) i alle de 17 sykehjemsavdelingene som hadde mottatt opplæring i temaet «Omsorg ved livets slutt». 8 (47,1 %) avdelinger hadde ikke slik opplæring. Etter piloteringen rapporterte avdelingen at 180 personer hadde mottatt slik opplæring, i gjennomsnitt 10,59 ansatte per avdeling (variasjonsbredde 0-38). 5 (29,41 %) av avdelingene hadde fortsatt ikke slik opplæring på plass.

*5. Har avdelingen tilstrekkelig kompetanse innen fagfeltet?*

Før piloteringen rapporterte 16 (94,11 %) av avdelingene at de mangler kompetanse på området palliasjon og at de har et ønske om mer kompetanse på området. Etter piloteringen rapporterer 6 (35,29 %) av avdelingene at de mangler kompetanse på området.

*6. Har avdelingen et system med «forberedende samtaler»?*

Før piloteringen rapporterer 7 avdelinger (41,17 %) at de har system for gjennomføring av forberedende samtaler, mens 10 (58,8 %) av avdelingene har ikke et formalisert system. Etter piloteringen rapporterer 11 (64,7 %) avdelinger at de har system for slike samtaler, mens 6 (35,29) rapporterer at de ikke har et formalisert system for slike samtaler.

*7. Har avdelingen et system med «palliativ plan»?*

10 (58,8%) av avdelingene rapporterer at de har et system for bruk av palliativ plan, mens 7 (41,2 %) rapporterer å ikke ha system for dette før piloteringen. Etter piloteringen rapporterer 8 (47 %) av avdelingene at de har et system for dette, mens 53 % rapporterer at de ikke har et system for slike planer

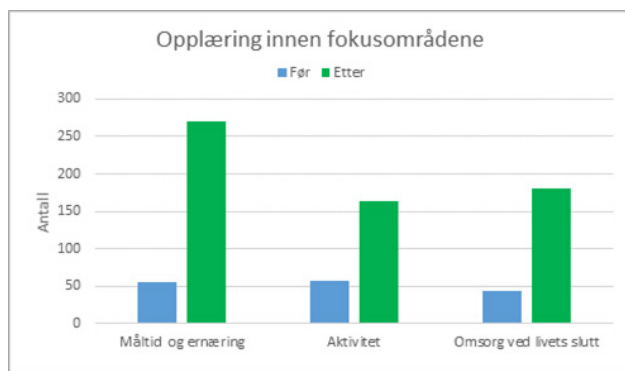
*8. Har avdelingen et system med etterlattesamtaler?*

Før piloteringen rapporterer 4 (23,5 %) av avdelingene at de har system for etterlattesamtaler, mens 13 (76,5 %) ikke har det. Etter piloteringen rapporterer 13 av avdelingene (76,5 %) at de har system for etterlattesamtaler, mens 4 (23,5 %) ikke har det.

## 5.6 TRENDER OG TREKK

Med hensyn til forskningsspørsmålene som ble reist innledningsvis, kan en si at av målte endringer i løpet av piloteringen av Trygghetsstandarden, er kanskje endringer knyttet til kompetanse det som blir tydeligst. For områdene (1) «ernæring, mat og måltider», (2) «aktivitet» og (3) «omsorg ved livets slutt», har antall ansatte som har mottatt særskilt opplæring mangedoblet seg som følge av piloteringen jf. figur 1.

Figur 1:



Figuren viser antall ansatte som hadde mottatt spesifikk opplæring innen de valgte fokusområdene for kunnskapsbasert praksis

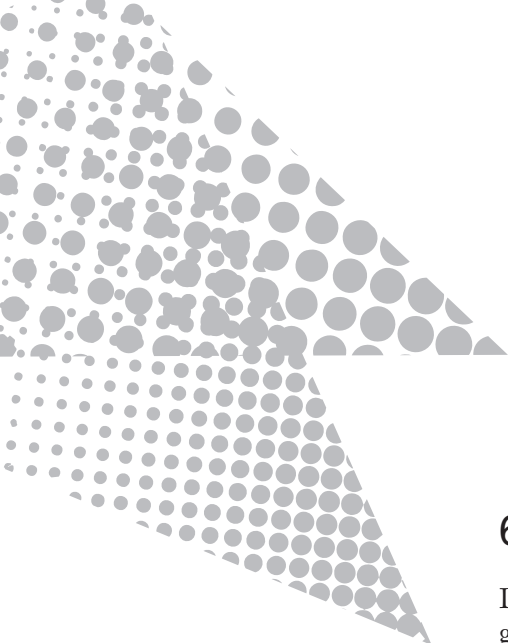
Vi ser også at alle sykehjemmene har innarbeidet rutiner for gjennomføring av inntakssamtaler og for innhenting den enkelte pasient sine preferanser og interesser. Det har kommet på plass rutiner for veiing av pasienter, kartlegging av måltidspreferanser og for bruk av ernæringsplaner. Antall timer nattfaste er redusert i de fleste sykehjemsavdelingene. Alt i alt har sykehjemmene fått på plass en rekke rutiner. I tillegg rapporteres det økt fokus på tannhelse, noe som vises gjennom at mer enn 70 % av sykehjemsavdelingene rapporter at de regelmessig undersøker pasientenes tannhelse ved hjelp av BSI.

Ansatte rapporter, ved hjelp av måleinstrumentet Qualid, at pasientene i sykehjemmene viser noe bedret livskvalitet etter piloteringen. Eksempler på dette er blant annet at pasientene smiler oftere, gir uttrykk for å være mer fornøyde og er mindre urolige.

Samlet kan vi si at variasjonene i praksis og rutiner mellom sykehjemmene kan synes redusert med hensyn til kvantitative parameter målt før og etter pilotering av Trygghetsstandarden. Utfordringene fremover er, slik vi ser det, knyttet til i hvilken grad ansatte i sykehjemmene klarer å opprettholde de atferdsendringene som har funnet sted i løpet av perioden.







## 6 PROSESSEVALUERING

Den primære og mest eksplisitte innsatsen som har blitt gjort fra de involverte kommunene har vært knyttet til de tre temaområdene «Ernæring, mat og måltider», «Aktivitet og meningsfull tilværelse» og «Omsorg ved livets slutt» og vil bli behandlet i dette kapitlet.

Alle kommunene har arbeidet aktivt med å (videre)utvikle hensiktsmessige verktøy til bruk innen de tre temaområdene, for eksempel i form av prosedyrer for kartlegging og individuelle tiltaksplaner. I tillegg har alle kommunene utviklet og gjennomført, riktignok i ulik grad og ulik progresjon, rutiner for selve gjennomføringen av verktøyene, for eksempel i form av internundervisning eller rutineskriv. Enkelte av disse er knyttet direkte til de respektive temaområdene og vil følgelig bli beskrevet og diskutert i de følgende underkapitler. Enkelte er temaovergrepene, for eksempel innsatser relatert til «individuell plan», har dermed form som en «grunnmur» og vil bli beskrevet i neste underkapittel.

### 6.1 FORSTÅELSE AV, OG ARBEIDET MED, DE TRE TEMAOMRÅDENE I TRYGGHETSSTANDARDEN

Arbeidet som blir beskrevet i det følgende, relatert til a) utvikling og b) gjennomføringsplaner, omhandler selve kjernen i alle kommunenes arbeid med Trygghetsstandarden. Arbeidet innen og mellom de tre temaområdene har resultert i det som kan beskrives som selve «produktene» av piloteringsfasen i Trygghetsstandarden. Både i form og innhold er disse produktene, a) i varierende grad spesifikke for hvert

enkelt tema, og b) i varierende grad mulige å videreføre «i daglig drift» på kostnadseffektive måter utover selve prosjektperioden. Disse to temaene vil vi returnere til.

Videre kan dette arbeidet beskrives som former for «standardisering» (se også kapittel 7): målsettingen er å utvikle og å gjennomføre *like* rutiner og arbeidsverktøy som sikrer *alle* beboere lik kvalitet på tjenestene. Dette aspektet ved arbeidet har blitt fremhevet av flere ansatte (i ulike stillingskategorier) som både styrken og utfordringen ved Trygghetsstandarden. På den ene siden vises det til at slike standardiseringsprosesser kan bidra til å sikre faglige og forsvarlige tilnæringsmåter, og at usikkerhet og uklarhet kan reduseres. En stolthet knyttet til det som har blitt oppnådd kan også spores innen hver kommune. Flere ansatte uttrykker at de håper at dette arbeidet på sikt kan bidra til å gjøre sykehjemmene ikke bare bedre for beboere, men også til mer attraktive arbeidsplasser – gjennom systematisk og hensiktsmessig «faglig arbeid». På den andre siden vises det i alle kommunene til at standardiseringsarbeid er svært ressursmessig krevende; «produktene» – som beskrevet under – kan ikke enkelt anvendes gitt nåværende ressurser, kapasitet og bemanning. De vil i noen tilfeller kreve tilføring av ressurser, ikke bare på kort, men også på lang sikt. Enkelte ansatte trekker også frem det problematiske rundt selve begrepet standardisering, knyttet til det som beskrives som en mangfoldig og uforutsigbar sektor. Det vises blant annet til variasjoner sykehjem i mellom, variasjon mellom avdelinger på et sykehjem, og, ikke minst, til et mangfold av beboere med ulike ressurser og behov: «Arbeid med pasienter med demens er svært utfordrende i den forstand at man ikke kan standardisere. Hver beboer er unik, har ulike utfordringer og ønsker, som også kan endre seg daglig. Å lage maler for disse fungerer dårlig. Veldig mye er derfor avhengig av avdelingskulturene, og på det engasjementet som skapes» (Sykepleier).

Et annet tema- og kommuneovergripende aspekt ved arbeidet er utfordringer knyttet til bruk av elektroniske systemer og verktøy. Utfordringer knyttet til dette, som uttrykkes i varierende grad og på ulike måter, omhandler både mangler i systemene og tilhørende verktøy, og utfordringer knyttet til hvordan de anvendes – førstnevnte en utfordring som kommunene har lite kontroll over, mens sistnevnte kan beskrives som noe som enklere kan forbedres. I det følgende vil vi primært omtale sistnevnte. En generell erfaring fra

feltarbeidene i kommunene er at det er betydelig variasjon i omfang (hvor mye/hvor ofte), i rollefordeling (av hvem/til hvem) og i vilje og kompetanse i bruk av alle elektroniske systemer i arbeidshverdagen. Rutinene for hva, når og hvordan disse brukes varierer betydelig, men også den reelle gjennomføringen: de tiltenkte prosedyrene gjennomføres ikke nødvendigvis som planlagt. Flere steder brukes det et dobbelt sett av systemer og verktøy, altså både i elektronisk- og papirform. Dette er aspekter som både er begrensende for arbeidet som beskrives under, men også som arbeidet har påvirket og forbedret.

Som nevnt er enkelte av de konkrete innsatsene kommune har prioritert relevante for flere eller alle av de tre tematiske områdene. Kommune har, som vi skal se nærmere på under, valgt noe ulik tilnærming til hvorvidt de har fokusert på konkrete, mer håndterbare aspekter innen hvert temaområde, eller om de har fokusert på mer generelle innsatser (rutiner og verktøy) som er mer krevende å utvikle og implementere. Overordnet kan vi skille mellom tilnærminger som fokuserer enten på det konkrete eller på en «grunnmur», eller på koblingen mellom disse nivåene. Kommunenes respektive valg av tilnærming synes å være sammenhengende med total kapasitet og ressurser innen kommunene, og vil oppsummeres til slutt i dette kapitlet (kapittel 6.7).

### 6.1.1 KRISTIANSUND

Den overordnede tilnærmingen i Kristiansund kan beskrives som en «pragmatisk» tilnærming til Trygghetsstandarden, i den forstand at sykehjemmet har forsøkt å ta tak i det de opplever som særlig relevant og aktuelt for beboere, ved å fokusere på elementer som de kan endre (gitt nåværende og fremtidige ressurser), heller enn på et større antall konkrete verktøy.

Mer spesifikt har kommunen fokusert på å heve den generelle vektleggingen av hverdagsaktiviteter (for enkeltbeboeren) og «måltidsopplevelser». Målsettingen har vært at disse områdene skal være noe alle ansatte prioriterer, og at de påfølgende endringene skal være av en varig karakter. Innsatsene kan med dette beskrives mer som holdningsarbeid, som knyttet til «arbeidskulturer», heller enn et mer detaljorientert arbeid med et større antall konkrete verktøy, sett i et sammenlignende perspektiv med de øvrige kommunene.

Generelt er tilnærmingene innen alle tre områdene i kommunen rettet mot «personsentring»: tiltak og verktøy som omhandler enkeltbeboernes ønsker og behov har blitt valgt ut, for eksempel daglige, tilpassede aktiviteter til hver enkelt beboer. Hovedinnholdet i arbeid knyttet til Trygghetsstandarden er dermed plassert inn under paraplyen VIPS, som er et satsingsområde generelt i kommunen. VIPS – en form for tiltakspakke inkludert opplæring av ansatte innen personsentrert omsorg – omhandler alle 3 temaområder innen Trygghetsstandarden, med utgangspunkt i at arbeid som skal gjøres skal skje ut fra pasientens perspektiv. Det er utdannet 2 kursholdere i kommunen (fra demensteamet i kommunen) som skal følge opp alle institusjoner. Alle i kommunen med minimum 50 % stilling skal delta på 2. dagers kurs i VIPS. Vikarer og fast ansatte med mindre enn 50 % stilling skal delta på 3-timers kurs. Kursingen har vist seg utfordrende på grunn av stadig gjennomtrekk i stillingene.

I sin essens kan modellen beskrives som innrettet mot enkeltindividet gjennom fagmøter ledet av primærkontakt, som skal føre til en refleksjonsdrøfting med andre ansatte på avdeling rundt beboerens behov og ønsker, som igjen skal føre til konkrete journalførte tiltak, som endelig skal følges opp i hverdagen. Ansatte ved avdelingene fremstiller satsingen som lovende, men som underdimensjonert: «*vi var lovet mer oppfølging enn vi har fått*». Planer har ikke blitt gjennomført som tiltenkt, og flere avvik må derfor føres.

Også relatert til VIPS, og en temaovergripende innsats ved sykehjemmet, er implementering av «Individuell plan» for alle beboere.

### 6.1.2 TROMSØ

Tromsø har utviklet rutiner, prosedyrer og verktøy både på et overordnet plan og spesifikt for de tre temaområdene. Den generelle tilnærmingen for disse kan beskrives som å være innen et pasientforløpsperspektiv: verktøyene er formet etter et tenkt sykehjemforløp fra innkomst til død, og presiserer hva som skal gjøres, av hvem, på ulike stadier. De fleste av dokumentene er utviklet gjennom et samarbeid (i ulik grad) mellom de to sykehjemmene og er inkorporert i kvalitetssystemet (Compilo) i en egen fane. Dokumentene/verktøyene er vedtatt av Tromsøs styringsgruppe for Trygghetsstandarden.

Et sentralt overordnet verktøy som går på tvers av temaområdene er «utvidet sjekkliste ved innkomst av beboere». Denne inneholder retningslinjer for andre prosedyrer og rutiner (ernæringskartlegging, for eksempel), med beskrivelser av hva som skal gjøres, når og av hvem.

Dokumentasjon og ressursmateriale lagt inn i Compilo er omfattende for alle de tre områdene. Dette gjenspeiler informantutsagn både fra ledere og ansatte, der det beskrives et høyt aktivitetsnivå og økende grad av systematikk på samtlige områder. Begge institusjonene har lagt ned mye arbeid i Compilo.

#### *Spesifikt for sykehjem 1:*

«Faguker» med rullerende temaer har vært et sentralt generelt satsingsområde. Temaet for fagukene har variert: fra fallforebygging, til ernæring og «Omsorg ved livets slutt». I en faguke gjennomgås et tema 4 dager i uken, en halvtime hver dag: 15 minutter presentasjon/e-læring og så 15 minutter refleksjon. Ansatte kan velge hvilken av de 4 dagene de skal være med på.

I tillegg har koordinator startet obligatorisk internundervisning for sykepleiere og hjelpepleiere for bruk av den utvidete sjekklisten ved innkomst av beboere.

Hver avdeling har fått en stor tavle på vaktrommet med ulike fargekoder som svarer til de ulike delene i Trygghetsstandarden. Her kan alle følge med på de enkelte beboerne og hva som har blitt gjort. Denne er sortert per beboer, per tema.

Det har blitt utviklet en velkomstbrosjyre som deles ut ved inkomstsamtale.

Det har blitt utviklet et eget opplæringsprogram for nyansatte. Denne beskriver også prosedyrer og har en sjekkliste for hva som er gjennomført av opplæring av den nyansatte. Alle nyansatte skal gjennomføre listen i løpet av de 6 månedene med prøvetid. Avdelingsleder og fadder skal følge opp den nyansatte i prøvetidsperioden på 6 måneder, basert på opplæringsprogrammet.

Sykehjemmet bruker også Facebook aktivt for å melde om ulike former for internundervisning og kursing.

#### *Spesifikt for sykehjem 2:*

I utgangspunktet var planen å følge det samme internundervisningsopplegget som ved sykehjem 1. Fra og med sommeren 2017 stoppet dette arbeidet imidlertid opp og sykehjemmet har måttet revurdere planene grunnet inntømsproblemer av to krevende beboere. Denne nye situasjonen har blant annet ført til en omrokking av ansatte, nyrekruttering i et eget team dedikert til pasientene (fagstillinger som ellers kunne gått til «vanlige» stillinger), samt stor belastning for ansatte synlig blant annet gjennom flere sykemeldinger. En avdelingsleder beskriver prosessen som en negativ spiral. I tillegg har sykehjemmet nylig også installert nytt alarmsystem, som har krevet mye oppmerksomhet og opplæring. Ved den ene avdelingen sluttet nylig 3 sykepleiere omtrent samtidig.

Det planlagte internundervisningsopplegget, har derfor blitt byttet ut med et «enklere» opplegg basert på fagdager over to dager for hele personalgruppen.

### 6.1.3 EIDSKOG

Den overordnede tilnærmingen i Eidskog kan beskrives som en «omfattende» tilnærming til Trygghetsstandarden, i den forstand at sykehjemmet har tatt tak i mange momenter samtidig og at de i høy grad har inkludert de ansatte gjennom informasjon, utvikling, opplæring og ansvar.

Eidskog har utviklet rutiner, prosedyrer og verktøy både på et overordnet plan og spesifikt for de tre temaområdene. Den generelle tilnærmingen for utviklingen av nye, eller utbedring av eksisterende, verktøy har vært etter Folkehelseinstituttets modell for kvalitetsforbedring. Denne modellen tydeliggjør faser i endringsarbeid samt ulike trinn i hver fase, og det er kanskje særlig fase fire og fem – evaluere og følge opp – som har representert nye eller forbedrede elementer.

De av dokumentene er utviklet av prosjektleder i samarbeid med prosjektgruppen og nye dokumenter er inkorporert i både fagsystemet Profil og i kvalitetssystemet (Compilo). Dokumentasjon og ressursmaterialet som er lagt inn i Compilo er omfattende, noe som gjenspeiles i

informantutsagn både fra ledere og ansatte. De beskriver et høyt aktivitetsnivå og økende grad av systematikk på samtlige områder. Prosjektleder tilbyr internundervisning i grupper og en-til-en for bruk av alle de nye verktøyene.

Et sentralt overordnet verktøy som går på tvers av temaområdene er «årshjul» som brukes for å planlegge året ved institusjonen med tanke på hva som skal gjøres når, av hvem og hvordan arbeidet skal følges opp. Et annet er nye rutiner for inkomstsamtalen med ny og utvidet sjekkliste, der nye elementer (for eksempel velkomstbrosjyre) er kommet til etter anbefaling fra web-verktøyet i Trygghetsstandarden. Et tredje eksempel er at sjekklisten for nyansatte har blitt utbedret med elementer som plan for opplæring og stillingsbeskrivelse av arbeidsoppgaver som følger med stillingen.

Kort oppsummering av hovedinnsatser pr. mai 2018:

- Struktur og bruksflate i fagsystemet Profil og kvalitetssystemet Compilo utbedres/utvides. Opplæring av ansatte i henhold til denne «grunnmuren».
- Årshjul, også med punkt for evaluering/revidering av rutiner og lister.
- Fokus på pasientsentrert omsorg i alle rutiner og lister, for eksempel nye rutiner for Inkomstsamtalen basert på «Min Livshistorie»: .
- Fokus på tydeliggjøring av de ansatte sitt ansvar og arbeidsoppgaver.
- Fokus på synliggjøring av arbeid gjennom dokumentasjon (og signering for utført oppgave) samt ansattes (bruker)medvirkning.

#### 6.1.4 SORTLAND

Den overordnede tilnærmingen i Sortland kan beskrives som en «strategisk tilnærming» til Trygghetsstandarden, i den forstand at sykehjemmene etter hvert kom frem til å ta tak i det de kaller for «grunnmuren». «Grunnmuren» ble bygd på med ett og ett tema. Representanter for de ansatte ble inkludert i arbeidet, men få av disse har jobbet aktivt samtidig med Trygghetsstandarden på grunn av tilnærmingens valget.

I Sortland har det blitt utviklet rutiner, prosedyrer og verktøy både på et overordnet plan og spesifikt for ett av de tre temaområdene (ernæring), samt at det per april 2018

var påbegynt arbeid i temagruppen «Omsorg ved livets slutt». Disse rutinene er det blitt gitt opplæring i og en god del er implementert. Det har også vært et fokus å gjøre rutinebeskrivelser og annet elektronisk og legge dette inn i fagsystemet CosDoc og kvalitetssystemet Compilo, samt på det å utvikle en «skriftlighetskultur».

I Sortland er det etablert en permanent organisering av kvalitetsarbeid gjennom dannelsen av kvalitetsutvalg institusjon, etablering av brukerutvalg og tydeliggjøring av arbeidsbeskrivelser for de ansatte. Videre er innkomtsamtalen et sentralt overordnet verktøy som går på tvers av temaområdene. Denne bygger på «hva er viktig for deg». Det er utviklet nye rutiner for denne samtalen og nye elementer er lagt til samt beskrivelser av hva som skal gjøres, når og av hvem. «Hva er viktig for deg?» er en rød tråd for alt arbeidet som gjøres i henhold til kvalitetsforbedring. Kompetansebygging blir også fokusert på for eksempel gjennom det nye tiltaket om opplæring av alle nyansatte assistenter gjennom avtale med NHI om e-læringskurs og personalmøter som fagutviklingsarena.

Kort oppsummering av hovedinnsatser pr. mai 2018:

- Struktur, bruksflate og innhold i fagsystemet CosDoc og kvalitetssystemet Compilo utbedres/utvides. Opplæring av ansatte kontinuerlig. En superbruker per avdeling i CosDoc.
- Fokus på pasientsentrering i alle rutiner og lister. Nye rutiner for Innkomtsamtalen basert på «Min Livshistorie» (hva er viktig for deg).
- Fokus på alle ansattes ansvar og arbeidsoppgaver, særlig på avdelingsleder som kvalitetsleder og rollemodell, samt på obligatorisk kursing av ufaglærte.
- Utvikle en «skriftlighetskultur».
- Etablering av personalmøter som utviklingsarena (vs. informasjonskanaler slik det var før).
- Etablering av brukerutvalg institusjon.
- Utarbeidelse av arbeidsbeskrivelser og opplæring av primærkontakter.



## 6.2 ERNÆRING, MAT OG MÅLTIDER

Generelt har temaet blitt viet stor oppmerksomhet i sykehjemmene, som selv uttrykker at dette er og har vært et fokusområde over tid. Sykehjemmene viser alle til eksisterende rutiner rundt ernæring og måltider, og vektlegger at de har et større behov for «finjustering» av eksisterende verktøy (rutiner og prosedyrer), enn innføring av helt nye.

Alle sykehjemmene har ordninger for personlig tilpasset måltider/ønskemat, og noen har «matkort» med beboernes preferanser. Alle sykehjemmene har også ordninger for føring og oppfølging av ernæringsplaner, om enn på ulike måter.

Alle sykehjemmene har erfaringer med endringer av måltidstidspunkt, eller vurderer å gjøre det, og viser til stort sett positive betraktninger rundt dette.

### 6.2.1 KRISTIANSUND:

I Kristiansund viser ansatte, både ledelse og pleiere i avdelingene, til at trivsel i og rundt måltider er sentralt. Å ha tid til beboerne under måltid prioriteres, for eksempel gjennom det å sette seg ned og spise sammen med beboerne. Dette får de ansatte til, som oftest, selv om det ikke er «bestilt» mat til dem. En slik prioritering kom ikke frem i de andre kommunene, med unntak av Sortland. I tillegg forsøker ansatte, i særlig grad hjelpepleiere, å skape en «koselig ramme» rundt måltidene, blant annet gjennom det å tenne stearinlys. På denne måten prioriteres det å spise sammen, samtidig som individuelle behov ivaretas: de som ønsker å spise sent eller på rommene, får lov til det, påpekes det.

Kommunen har jobbet aktivt med å flytte middag til kl. 16 ved alle avdelinger. Etter noe tid har de gjennomført dette, til generelt god mottagelse. Representant for brukerrådet viser også til at dette er positivt, og noe de har gått inn for.

Kristiansund anvender screeningverktøyet MNA: beboere blir ernæringscreenet i 3 døgn ved innkomst, hvorpå en ernæringsplan blir laget. Verktøyet omtales noe ulikt: en sykepleier påpeker at det ikke er helt tilpasset målgruppen, mens flere hjelpepleiere sier at det er hensiktsmessig. En ansatt fra hver avdeling har fått opplæring i verktøyet, noe som flere påpeker er for lite.

Innsatsen innen fagområdet er tett knyttet opp mot VIPS-rammeverket. Denne koblingen nedfeller seg i en generell oppmerksomhet rundt individuelle tilpasninger i og rundt måltider, spesielt til frokost og kveldsmat. Beboernes individuelle måltidsrytmer er en endelig målsetning. Dette vil resultere i at måltidene blir spredt mer rundt på dagen, og at det er økt trivsel både blant beboere og ansatte.

I en tidlig fase utviklet temagruppen en egen undersøkelse for beboere, pårørende og politikere rundt «hva er viktig for god ernæring». Basert på 200 svar, har gruppen arbeidet med ulike former for innsatser, primært knyttet til måltidsopplevelser. Det vises til at svarene «stort sett var subjektive, og at vi derfor ikke kunne anvende dem som indikatorer».

Videre var det tidlig en målsetting om å anvende KS' «Velkommen til Bords» i internundervisningsøyemed. Dette har sykehjemmet imidlertid ikke fått gjennomført som planlagt.

En egen prosjektgruppe (uavhengig av Trygghetsstandarden) har laget en egen restaurant ved sykehjemmet. Dette har nå blitt til et stort og fint rom, av «høyere standard» enn sykehjemmet før øvrig. Deltagere i «ernæringsgruppa» viser til en målsetting om å servere en treretters middag for beboerne ved enkelte anledninger, mens pårørende har anledning til å «booke» rommet til bursdager og lignende.

## 6.2.2 TROMSØ

Ved begge sykehjemmene fremheves det som en ressurs at man har hatt ernæring som satsingsområde også for Trygghetsstandarden startet, knyttet til Pasientsikkerhetskampanjen. Ernæringsgrupper startet opp ved sykehjemmene i 2011, og kommunen startet et ernæringsnettverk i 2013. Ved det ene sykehjemmet sies det likevel fra lederne at ernæring er det man har hatt minst trykk på av de tre temaområdene. Ved begge sykehjemmene fremheves det at man til tross for dette har utviklet stadig bedre rutiner knyttet til ernæring, og at systematikken har blitt stadig bedre. De såkalte somatiske avdelingene synes å ha noe større aktivitet knyttet til ernæring med hensyn til demensavdelingene.

At ernæring har vært et langsiktig arbeidsområde indikerer også det store omfanget av informasjonsmateriell på temaet i Compilo.

Tidlig i arbeidsprosessen utarbeidet begge sykehjemmene, basert på kurs organisert av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Troms, milepælsplaner over teamet. Ved det ene sykehjemmet ble fokus rettet mot selve gjennomføringen av rutiner og prosedyrer, heller enn utvikling av nye. Ved det andre sykehjemmet har innsatsen i høyere grad blitt rettet mot utarbeiding av tiltaksplaner, spesielt knyttet til ernæringskartlegging. Det vises til store utfordringer «i hverdagen» knyttet til diverse andre tidkrevende oppgaver, for å få dette arbeidet «satt i system».

Begge sykehjemmene anvender «matkort», riktignok i ulik utstrekning. Ordningen ble opprinnelig utviklet ved det ene sykehjemmet og «kopierte» av en avdeling ved det andre. I grove trekk innebærer ordningen at individuelle kort som indikerer preferanser og individuelle behov ligger tilgjengelig ved kjøkkenbenken, slik at alle som skal tilberede mat kan holdes oppdatert. Ordningen blir fremhevet som svært positiv ved begge sykehjemmene, spesielt med tanke på «nye» som raskt og enkelt kan skaffe seg en oversikt. Ved det sykehjemmet som har anvendt matkortene lengst, jobbes det med å «synkronisere» matkortene med informasjon i Profil, for å forhindre dobbeltarbeid.

I tillegg har sykehjemmene utarbeidet rutiner for gjennomføring av:

- «Min livshistorie»
- Kostregistrering: har eksistert før, men mer fokus på rutiner og gjennomføring nå. En individuell registrering av kost og preferanser blant annet basert på «Min livshistorie».
- MNA. Screening av underernæring. MNA skjema er standard for Tromsø kommune.
- E-læring: «Velkommen til bords». Internundervisningsverktøy levert av Helsedirektoratet. En minstestandard som alle kan følge uavhengig av utdanningsbakgrunn.

Til en viss grad har enkelte av disse ressursene vært anvendt også tidligere. Nå har imidlertid arbeid knyttet til ressursene blitt standardisert, innen og mellom sykehjemmene. I tillegg har det blitt enighet om hva og hvordan føring i Profil skal foregå. Begge institusjonene

savner eget kjøkken, samt utdannede kokker. I tillegg savnes ernæringsfysiolog i kommunen, noe som fremheves som en stor ressurs for en av de tre andre deltakende kommunene i Trygghetsstandardprosjektet.

### 6.2.3 EIDSKOG

I Eidskog oppfattes temaet som viktig. Både ansatte og ledelse knytter mat til trivsel og gode sosiale opplevelser. Ledelse, ansatte og pårørende uttrykker at det å ha kjøkken «på huset» er viktig og noe de setter stor pris på. Noen i kjøkkenpersonalet er utdannet kokker, og de er aktivt med i diskusjoner om mat og ernæring og hele gruppen har nylig vært på kurs. Kjøkkenet har fokus på å lage mat fra bunnen og de lager alt av «ønskemat» til avdelingene. De ønsker seg en enda større mulighet til å bruke lokalprodusert matvarer og håper dette blir mulig nå som kjøkkenet skal pusses opp. Kjøkkenet leverer mat til kantinen som også fungerer som en kafe for lokalbefolkningen.

Eidskog har, som de andre sykehjemmene i Trygghetsstandarden, gjort måltidsendringer. Det innebærer at middagen er flyttet fra kl. 13.00 til kl. 16.00 og et nytt måltid, lunsj, er kommet til. Kveldsmåltidet er lagt til klokken 20.00. Sykehjemmet har fått positive tilbakemeldinger både fra pårørende og beboere om måltidsendringen, men også tilbakemeldinger på at kveldsmaten er for sen. De ansatte opplever omleggingen som litt dobbel på grunn av at de nå har fått mer «kjøkkentjeneste» mens de samtidig ser at beboerne er roligere og sover bedre om natten. Ved noen avdelinger opplever de at det er vanskelig å gjennomføre kveldsmaten kl. 20.00 fordi beboerne ønsker å legge seg før men de løser det med å lage til mat til de som ønsker det før kl. 20.

Ved noen avdelinger anvendes «matkort» for hver beboers matpreferanser fordi dette hjelper de ansatte med å finne riktig mat til riktig beboer. Ved andre avdelinger brukes ikke «matkort» fordi at de ansatte ikke ønsker at beboerne skal få det samme pålegget hver dag men heller variere og utfordre smaksløkene. Matpreferanser kartlegges nå i større grad i innkomstsamtalen gjennom bruk av «Min livshistorie», som fylles ut av eller med pårørende.

Det er utarbeidet en revidert ernæringsjournal (etter mal fra Tromsø) der noen nye elementer inngår (BSI). Med hensyn til ernæring har de ansatte nå kun to dokumenter å forholde

seg til, ernæringsjournal og ernæringskartlegging, og de har fått opplæring i disse. De ansatte uttrykker at det i journalen kun er fokus på undervekt og tiltak i henhold til dette og sier at de ønsker seg et punkt som også gjelder overvekt da de ser at dette er et økende «problem».

#### 6.2.4 SORTLAND

I Sortland, som i Eidskog, oppfattes temaet som viktig og både ansatte og ledelse knytter mat til trivsel og gode sosiale opplevelser. Både ledelse, ansatte og pårørende uttrykker at det å ha kjøkken på huset er viktig og at de har god kontakt med kjøkkenet angående «ønskemat» og spesialkost. Det er dette tema Sortland har valgt å begynne med i Trygghetsstandarden, og her er det utviklet og implementert nye rutiner og dokumenter for å sikre god mat, gode matopplevelser og riktig ernæring.

Ernæringsjournalen er utbedret der nye elementer blant annet er rutiner rundt vektmåling og BSI. Det er også utarbeidet et nytt skjema for systematisk kartlegging av nye pasienter med tanke på hvor mye og hva de spiser samt oppfølging av pasienter ved fare for underernæring. Temaet «mat» er også inkludert i innkomstsamtalen (det er også de to andre temaene i Trygghetsstandarden). De ansatte har fått opplæring i de nye skjemaene gjennom fagmøter arrangert av temagruppen. Videre gir de ansatte uttrykk for at det burde inkluderes et punkt om «overvekt» i journalen siden de, som i Eidskog, ser at dette er et økende problem.

Sortland har, som de andre sykehjemmene, gjort måltidsendringer. Det innebærer at middagen er flyttet fra kl. 13.00 til kl. 16.00 og et nytt måltid, lunsj, er kommet til. Kveldsmåltidet er lagt til klokken 20.00. De ansatte forteller at de opplever omleggingen som litt dobbel på grunn av at de nå har fått mer «kjøkkentjeneste» og de føler at det er for få på jobb rundt måltidene. Samtidig ser de at beboerne er roligere og at de uttrykker begeistring for det nye måltidet «lunsj». Ved noen avdelinger opplever de som i Eidskog at det er vanskelig å gjennomføre kveldsmaten klokken 20.00 fordi beboerne ønsker å legge seg før, men som i Eidskog tilpasser de dette til beboernes ønsker. Sykehjemmene har fått tilbakemelding fra pårørende med ønsket om å fokusere mer på selve måltidet som en koselig og sosial hendelse, og at de ønsker at de ansatte er mer tilstede under måltidene. Dette, altså måltidsmiljøet, har de jobbet med i løpet av det siste halve året.

## 6.3 AKTIV OG MENINGSFULL TILVÆRELSE

Som for ernæring, har de fleste kommunene jobbet aktivt og inngående innen dette temaområdet, både når det gjelder videreføring av eksisterende innsatser, og utvikling og implementering av nye. Innsatsene innen temaområdet har flere fellestrekk kommunene imellom.

«Aktivitet» kan omtales på tre nivå: Individ, avdeling og institusjon. Oppfatninger av hva aktivitet er, varierer imidlertid mellom sykehjemmene. Alle sykehjemmene uttrykker et ønske om å få til flere aktiviteter, gjerne i form av spontane og/eller individtilpassede aktiviteter. Lederne er generelt mer positive til egne aktivitetstiltak enn de ansatte. Ledere beskriver hvilke tiltak som er gjort tilgjengelig i sykehjemmene, mens ansatte til tider påpeker at disse ikke brukes i særlig grad. Sykehjem som har gode ordninger for frivillige har noe mer oppmerksomhet mot aktivitet enn de andre.

Temaet er det som har vært gjenstand for flest diskusjoner, både ved sykehjemmene og i de jevnlige kommunesamlingene, da det tidlig i piloteringsfasen fremkom at Helsedirektoratet primært vektla fysisk aktivitet. Vi finner variasjon rundt hvordan ansatte forstår fysisk aktivitet for eldre skrøpelige mennesker samt i hvilken betydning som blir tilskrevet det å være fysisk aktiv. Det synes som at en bred oppfatning er at det for mange beboere ikke er mulig å være i aktiv bevegelse i en treningssammenheng. Planer for aktivitet må skreddersys den enkelte, mens enkelte vil ha lite utbytte av slike planer. Kommunene viser samtidig til at Helsedirektoratets delvis har tilnærmet seg temaet basert på en holdning om at alle kan og bør være fysisk aktive. Videre synes en annen oppfatning å være at fysisk aktivitet kan være hva som helst, mens det fra Helsedirektoratets side blir understreket at fysisk aktivitet er noe som innebærer økt puls over et tidsrom. Men, etter hvert som arbeidet i piloten har skredet fremover, finner vi også en mulig holdningsendring rundt dette temaet da flere ansatte nå uttrykker seg mer positivt til dette med «trening». Et godt eksempel på endring kan være en ny rutine som er etablert ved en av avdelingene på Eidskog Helsetun. De har laget en enkel liste som henger på kjøkkenveggen, der de ansatte noterer hvem av beboerne som har vært med ned i etasjene for å hente mat eller gått med søpla. Her blir aktivitet da bakt inn i hverdagsaktiviteter som uansett gjøres av de ansatte men som beboerne nå er med på. Gjennom dette får beboerne gått en tur og noen går også i trappen istedenfor å ta heisen.

### 6.3.1 KRISTIANSUND

«Aktivitet» er det temaområde som Kristiansund har viet mest oppmerksomhet og som kan sies å ha gitt flest konkrete og generelle resultater. Innsatsen innen dette område synes allerede nå å ha ført til en endringsarbeid, relatert til økt fokus på individtilpassede hverdagsaktiviteter som gjennomføres ofte i avdelingene (riktignok med en betydelig avdelingsvariasjon).

I en tidlig fase ble det imidlertid vist til en utstrakt uklarhet rundt hva temaområdet var tiltenkt å inneholde, følgelig også hva som forventes av egeninnsats for ansatte (se over).

Den generelle VIPS-tilnærmingen (se over) er sentral for innsatsen innen fagområdet, i særlig grad knyttet til arbeid med individuell plan. Ved bruk av individuell plan skal den enkelte beboers preferanser kartlegges og dokumenteres. Preferanser som omhandler aktiviteter (forstått vidt) skal videre synliggjøres for alle på avdelingene, både ansatte og pårørende, ved bruk av individuelle ukeoversikter. Kartlegging blir gjennomført gjennom VIPS-møter, med fokus på en beboer per møte. Dette arbeidet er godt i gang og virker å være nedfelt i det daglige arbeidet, særlig ved en avdeling. Denne endringen synes å være lovende med tanke på varige endringer.

Innenfor temaområdet har også andre temaer og verktøy enten blitt diskutert eller anvendt, i varierende grad og med varierende suksess:

- Faggruppen har utarbeidet bedre ukeplaner for aktiviteter på avdelingene, spesielt med tanke på å synliggjøre disse for pårørende.
- Fallforebygging har blitt adressert gjennom kartlegging av ganghastighet. En ergoterapeut i kommunen er engasjert for dette arbeidet, og er delaktig i faggruppen. Dette arbeidet beskrives som møysommelig av vedkommende, og som vanskelig å gjennomføre med nåværende rammer.
- Når fattet tiltak på aktivitet ikke følges som planlagt, har sykehjemmet fokus på at det skal føres avvik på dette. Dette er nye rutiner, og er tiltenkt å synliggjøre omfanget av arbeidet som planlegges.

- Representant fra brukerrådet viser for øvrig til behovet for å ha en egen aktivitør ansatt ved sykehjemmet, noe som eksisterte tidligere.

Fra flere ansatte ved avdelingene vises det til at det finnes diverse aktivitetstilbud ved sykehjemmet, men at det er krevende å benytte seg av det i praksis, både med tanke på bruk av tid, sett fra de ansattes ståsted, og tilpasning til beboerne. Det vises til at det på grunn av dette forekommer store variasjoner også innen sykehjemmet. En sykepleier, for eksempel, viser til at de organiserte aktivitetene ikke passer for alle, mens «enklere» mer hverdagslige aktiviteter, som for eksempel vaktmesteroppgaver, ikke gjøres sammen med beboerne.

### 6.3.2 TROMSØ

Av de tre hovedtemaene er det dette området som i en tidlig fase ble fremhevet som mest problematisk, spesielt med tanke på muligheter for forbedring av eksisterende tilbud. Spesielt hverdags- og spontane aktiviteter tilpasset pasientenes varierende behov, ble fremhevet som lite utviklet. Som for Kristiansund ble det påpekt at var ønskelig å fokusere på en «helhetlig» tilnærming til aktivisering (se over). Tidlig ble det også vist til at merarbeidet knyttet til dokumentasjon kan være et hinder for igangsetting av aktiviteter: «på den måten kan spontaniteten forsvinne». Derfor ønsket arbeidsgruppene å fokusere på systemer som kan hindre dobbeltføringer både i Profil og andre løsninger/internsystemer.

Basert på dette utgangspunktet utviklet og gjennomførte sykehjemmene innsatser, både i form av konkrete anvendelige verktøy og rutinegjennomganger, til dels i fellesskap, til dels hver for seg:

Begge sykehjemmene anvender nå «Min livshistorie». Verktøyet ble revidert og tilpasset av sykehjemmene, for å kunne anvendes på en mer relevant måte. Verktøyet dekker ikke utelukkende aktiviteter, men er likevel en sentral del. Potensialet i «Min livshistorie» blir fremhevet: «Her kan vi finne mye om beboerne som vi ikke vet per i dag». Selve prosedyren beskrives som hensiktsmessig, selv om det kan være krevende å få enkelte pårørende til å fylle ut.

Begge sykehjemmene har fokusert på fallforebygging. Alle nye beboere skal screenes. Tiltak skal fattes basert på screening. Selve skjemaet (24/7) har blitt hentet fra



pasientsikkerhetsprogrammet og er tilgjengelig i Profil. Å overføre skjemaet til Profil beskrives som tungvint. Da arbeidet skal gjennomføres som et samarbeid mellom lege, primærkontakt og sykepleier, beskrives det som ressurskrevende, og ikke alltid gjennomførbart som planlagt.

Begge sykehjemmene har gjennomført internundervisning knyttet til fallforebygging. Ved sykehjem 1 har deltagerne i ressursgruppene i tillegg holdt undervisningen på hver sin avdeling. Det økte fokuset på fallforebygging og screening har ført til et økt fokus også på aktivisering og forebygging generelt: «å få beboerne til å gjøre ting på egenhånd mens de enda kan».

### 6.3.3 EIDSKOG

Av de tre hovedtemaene er dette området som i en tidlig fase ble fremhevet som mest problematisk og der en hadde størst forbedringspotensial. Det ble av både ledelse og ansatte fremhevet at det foregikk mye på huset og at støtteforeningen var/er aktiv med hensyn til å arrangere ulike aktiviteter som for eksempel sang, dans og turer, men det ble også sagt at spesielt hverdags- og spontane aktiviteter tilpasset pasientenes varierende behov var lite utviklet. Det ble påpekt at det var ønskelig å fokusere på en «helhetlig» tilnærming til aktivisering.

På alle avdelinger er det nå innført et aktivitetskort som blir gitt til en ansatt på hvert skift på avdelingen hvor det står hvilke aktiviteter vedkommende er ansvarlig for den dagen, noe som også innebærer at vedkommende må kvittere for utført arbeid i arbeidslisten på slutten av skiftet sitt (i Profil). De ansatte har en noe ambivalent holdning til disse kortene og sier at de utfører aktivitetene men at de synes det er ugreit å måtte gå med et slikt kort på jobb. Noen sier at de opplever at temaet aktivitet, og viktigheten av dette, har blitt «legitimert» gjennom pilotdeltakelsen og at det er blitt noe alle de ansatte er mer opptatt av.

Det er etablert en fast pubdag en gang i måneden der beboere og pårørende kan komme og få drinker, med og uten alkohol, i en pyntet kantine med stearinlys, underholdning og levende musikk (fra klokken 17 – 19).

Det er etablert to faste SPA-dager i året der det serveres frukt og Martini og der beboere kan få ansikts og fotmassasje. Begge disse tiltakene har vært veldig populære og er lagt inn i aktivitets-årshjulet for sykehjemmet.

Støtteforeningen er fremdeles veldig aktiv og arrangerer stadig fellesarrangementer for beboerne.

#### 6.3.4 SORTLAND

Som for de andre kommunene er det dette området som i en tidlig fase ble fremhevet som mest problematisk, både med tanke på manglende innsats, og med tanke på muligheter (tid og ressurser) for forbedring. Det ble likevel, både av ledelse og ansatte, sagt at temaet er viktig og at de ønsket å få bedre rutiner knyttet til temaet, samtidig som det ble fremhevet at det foregikk mye på huset som var fellestilbud til alle som ønsket å delta. Det eksisterte noen permer med forslag til hvilke aktiviteter en kunne finne på sammen med beboerne, men bruken av denne var veldig personavhengig og det var noe tilfeldig om en aktivitet ble satt i gang, avdelingsvis eller individuelt rettet, eller ikke. Det ble også tidlig påpekt, som i de andre sykehjemmene, at det var ønskelig å fokusere på en «helhetlig» tilnærming til aktivisering.

I Sortland skal temagruppen «aktivitet» starte sitt arbeid høsten 2018, og en av deltakerne her er representant i brukerutvalget. Men temaet er allerede inkludert i innkomstsamtalen og de ansatte uttrykker at de opplever at det har vokst frem en større bevissthet rundt temaet gjennom pilotperioden, og at de prøver å få til små aktiviteter i løpet av arbeidshverdagen. Det er etablert en målsetning om at alle beboere skal ha en individuelt tilpasset aktivitet i løpet av dagen.

#### 6.4 OMSORG MOT LIVETS SLUTT

«Omsorg ved livets slutt» er et tema som sykehjemmene over tid har gjort en innsats opp mot og har utviklet verktøy for. Temaet blir likevel problematisert som krevende og som noe en vanskelig kan lage standardiserte retningslinjer for. Med tanke på bredde i ulike former for innsatser, skiller temaområdet seg fra de øvrige i den forstand at kommunene har valgt færre og relativt sett mindre krevende tilnærminger. En annen fellesnevner er at kommunene innen dette temaet

i høyere grad har basert innsatser på eksisterende tilbud og verktøy produsert eller formidlet av Helsedirektoratet, enn for de øvrige temaene.

#### 6.4.1 KRISTIANSUND

I Kristiansund vises det til generelt gode rutiner angående «Omsorg ved livets slutt». Temaet har vært et satsingsområde over tid og er noe de har «innarbeidet». Det vises likevel til at det kan være applikasjonen av konkrete rutiner og prosedyrer kan være problematisk med tanke på at hver situasjon er unik og byr på sine egne utfordringer.

Overordnet kan innsatsen innen temaområdet beskrives som noe begrenset sammenlignet med enkelte andre kommuner og sammenlignet med eget arbeid innen andre temaområder, både med tanke på omfang og grad av implementering.

Likevel har sykehjemmet valgt ut et sett av sammenhengende verktøy, som til sammen er tiltenkt å gi de ansatte redskaper til «å ha en bedre plan når det nærmer seg slutten». Denne «pakken» inneholder:

- Etterlattesamtale. Dette har blitt gjennomført ved enkelte anledninger og blir beskrevet som vellykket.
- Forbedrende samtale. Gjennomføres men enda ikke i standardisert form. Det vises til variasjon i gjennomføringsgrad og –form innen og mellom avdelinger.
- Opplæring i palliasjon (En digital opplæringspakke for hjelpepleiere i grunnleggende palliasjon, som er et tilbud kommunen har fått via Helsedirektoratet).
- «Livets siste dager» – en form for veileder som binder sammen de andre verktøyene i form av sjekklister over hva som har blitt gjennomført. Enkelte ansatte har fått kursing, og har igjen gitt opplæring til øvrige ansatte.

Felles for de fleste av disse verktøyene er at de har anvendt mer eller mindre ferdige «pakker» fra Helsedirektoratet. Ved å anvende slike «pakker» har implementeringsfasen gått raskere og vært mindre ressurskrevende enn om kommunen hadde valgt å utvikle tilsvarende verktøy selv. Hovedinnsatsen synes å være knyttet til «Livets siste dager», som sykehjemmet har kommet i gang med. Lege og sykepleier samarbeider

om gjennomføring av dette, når det vurderes som aktuelt. Både lege og sykepleier viser til at verktøyet er lovende, men at det fremstår som i overkant «rigid» og styrende.

#### 6.4.2 TROMSØ

I Tromsø vises det til at innsatser innen dette temaområdet har vært krevende å gjennomføre, delvis fordi det er et vanskelig tema med diverse etiske dilemmaer. I motsetning for de andre temaområdene, viser de respektive ressursgruppene ved sykehjemmene til delvis forskjellige avgrensinger av hva som faller inn under temaet. Området fremstår som det temaet hvor sykehjemmene har jobbet mest hver for seg. Til tross for variasjon institusjoner imellom har sykehjemmene jobbet sammen om det som fremstilles som hovedinnsatsen innen temaet: Palliativ Plan, inkludert rutiner for gjennomføring av denne. Palliativ Plan fremstilles som en videreføring av forberedende samtale, med fokus på «hva er viktig for deg» knyttet til livets siste fase. Denne skal lages i samarbeid med pårørende/pasient og journalføres. Det vektlegges på begge institusjonene at palliativ plan i økende grad har fokus på et lengre tidsforløp, og ikke bare retter oppmerksomheten mot de aller siste dagene.

På den ene institusjonen er et aktivt samarbeid inn mot omsorgsboliger som ligger i nær avstand til institusjonen planlagt, siden sykehjemmet rekrutterer en del beboere fra omsorgsboligene og dermed kan oppnå samarbeid om potensielle fremtidige beboere. Flere av informantene ved begge sykehjemmene uttrykte at en første samtale med eldre om livets slutt burde starte allerede når eldre mottar hjemmesykepleie. Ved det ene sykehjemmet gis det uttrykk for et økende samarbeid med ansatte i hjemmesykepleien på dette temaet.

Sykehjemmene har også utarbeidet en rutine for etterlatte-samtale, men viser til at det gjenstår noe arbeid her.

Likevel har institusjonene noe forskjellig fokus innen denne generelle tilnærmingen:

- Ved sykehjem 1 har de avsluttende dagene blitt prioritert mer enn forberedelse.

- Innen dette fokusområde har det blitt arbeidet med tilrettelegging ved og rundt døden, system for fastvakt (en dedikert ansatt til den døende), samt generell kjennskap til beboerne og pårørende for å sikre god planlegging rundt selve døden
- Internundervisning har blitt gjennomført ved sykehjem 1, i flere runder: først grunnleggende, så mer utdypende.
- Sykehjem 2 har fokusert mer på forberedende samtale, både med tanke på utarbeiding av verktøyet, å sikre rutiner for gjennomføring, og å sikre at verktøyet blir anvendt slik det er tiltenkt. Dette arbeidet er påbegynt, men har «stanset» ved at de ikke har hatt kapasitet og anledning til å lære opp resurspersoner i avdelingene.
- Sykehjemmet ønsker også å rette fokus mot debrifing av ansatte.

Gruppene som arbeider med fokusområdet «Omsorg ved livets slutt» har laget en rutine med hensyn til samtale med pårørende. Ved begge sykehjemmene vektlegges også fastvaktens kompetanse, og at disse kjenner pasientene godt. Når livets siste fase nærmer seg skrives det ut en veileder til senere bruk for fastvaktene.

### 6.4.3 EIDSKOG

Eidskog har hatt et tidligere prosjekt rundt tema «Omsorg ved livets slutt» og de bruker medikamentskrinet og har god relasjon til sykehjemslege. Både ledelse og de ansatte uttrykker at de føler at de har god kunnskap og gode rutiner på det som går på smertelindring i terminal fase. Tidlig i Trygghetsstandard-prosessen kom det frem at en del ansatte ønsket rutinene rundt dette «skrinet» noe endret, da de er tilpasset hjemmesykepleie. Videre fremkom det gjennom intervjuer at en ønsket seg bedre rutiner på arbeidspraksis knyttet til «Omsorg ved livets slutt» selv om de opplevde at dette med smertelindring allerede var bra. De ansatte uttrykte at de ønsket at «Omsorg ved livets slutt» var et tema ved innskottsamtalet men at dette også var noe som var vanskelig å snakke med de pårørende om. Det eksisterte rutiner for primærkontakter for pårørende. Endringer på dette temaområdet våren 2018 inkluderer blant annet at «Omsorg ved livets slutt» er lagt til som tema i innskottsamtalet og det er nye rutiner med tanke på dokumentasjon. Pårørendesamtalen er endret og nå deltar primærkontakten sammen med sykepleier. Det er også laget nye beskrivelser

og rutiner for etterlattesamtaler og det er gjennomført opplæring i dette samt at evalueringsskjema til pårørende nå brukes mer systematisk. Sykehjemmet har også arrangert et temamøte om emnet.

#### 6.4.4 SORTLAND

I Sortland har de også tidligere hatt fokus på temaet «Omsorg ved livets slutt» og arbeidet innen dette temaet dreier seg mye om å forsterke de systemene og rutinen som allerede foreligger. Temagruppen begynner med fagmøter og opplæring av ansatte i mai og juni 2018, Det er bl.a. utarbeidet rutiner for forberedende samtale, innleie av fastvakt, etterlattesamtale, palliativ plan og bruk av ulike smertepumper Det er utviklet og tatt i bruk rutine for pasient- og pårørendesamtale som skal gjennomføres regelmessig. Innkomstsamtale, pasient- og pårørendesamtale, forberedende samtale og etterlattesamtale er primærkontaktens ansvar. Således blir det en større kontinuitet i oppfølgingen av den enkelte beboer.

Sykehjemmene gjennomfører samtaler med pårørende i terminal fase. Kreftsykepleiere jobber tett sammen med sykehjemslege og det er disse som har primæransvar i terminal fase. De hadde en sykehjemslege i 50 % stilling og har nå oppbemannet til to sykehjemsleger i 50 % stilling. De har også økt bemanningen på fysioterapi og har nå tre fulltidsansatte i 100 % stilling samt en turnuskandidat. På sikt ønsker de at legene blir en del av kvalitetsutvalg institusjon. Tidlig i Trygghetsstandarden-prosessen ble det sagt at en ønsket bedre rutiner på samarbeid med pårørende og tettere oppfølging. Dette gjøres det noe med og det er lagt inn et element om «Omsorg ved livets slutt» i innkomstsamtalen. Dette er et kort punkt i samtalen da både ledelse og ansatte uttrykker at de ikke finner det naturlig å snakke så mye om døden med en nyankommet pasient og dens pårørende da de foretrekker å ta dette opp når den terminale fasen nærmer seg. Det er videre laget en ny rutine for forberedende samtale samt etterlattesamtale. Dette skal implementeres våren 2018. Det er også laget ny rutine for primærkontakt. Det innebærer at flere helsefagarbeidere har fått denne rollen og det ansvaret som medfølger iht. forberedende samtale, og denne nye ordningen med primærkontakt har de allerede fått positive tilbakemeldinger på fra pårørende.

## 6.5 FRA PLANARBEID TIL IMPLEMENTERING GJENNOM DAGLIG DRIFT

### 6.5.1 PROSJEKTDELTAKELSE I TRYGGHETSSTANDARDEN

Idealet for planlegging og implementering av Trygghetsstandarden har vært at arbeidet skal foregå gjennom daglig drift og ikke gjennom prosjektmidler eller frikjøp av ansatte. Vi har beskrevet organiseringen av Trygghetsstandarden i kommunene i kapittel 3 og vist at frikjøp likevel har funnet sted, i ulik grad, i de fire deltagende kommunene.

Den tidlige fasen av Trygghetsstandarden, slik kommunene beskriver den, var preget både av et positivt driv og høye forventninger samtidig med opplevelser av frustrasjon og usikkerhet knyttet til hva dette prosjektet var. En av lederne uttrykket det slik «Det skal bli greit å få trygghet på at det vi gjør her, og slik vi gjør det, er godt nok», men hun sa videre at det knyttet seg mye usikkerhet til dette med kvalitetsindikatorer og at hun trodde Helsedirektoratet ville gi kommunene en liste over indikatorer kommunene skulle gjøre målinger på. Alle kommunene uttrykket også en usikkerhet knyttet til forståelsen av oppdraget, inkludert rollefordeling mellom ulike agenter og hva deltagelse faktisk ville implisere for institusjonene. I denne fasen var primært ledelsen, fra kommunal ledelse til avdelingsledere, involvert i arbeidet. Andre ansatte hadde, i de første seks månedene, liten, om noe kjennskap til Trygghetsstandarden. Temaområdene som ble introdusert: «Omsorg ved livets slutt», «en aktiv og meningsfull tilværelse», «mat, måltider og ernæring», ble alle vurdert som svært relevante og interessante. Dette er områder som alle kommunene fremhevet som sentrale og som å inneholde et forbedringspotensial ved de respektive sykehjemmene.

Det har gjennom piloteringsfasen vært arrangert fem kommunesamlinger i regi av Helsedirektoratet hvor aktive deltakere i Trygghetsstandarden i kommunene har deltatt. Helsedirektoratet har invitert relevante foredragsholdere og kommunene har lagt frem og diskutert sine erfaringer. Det har også blitt etablert temagrupper der representanter fra Helsedirektoratet har hatt ansvar for å lede de tre gruppene. Ved kommunesamlingene har det vært satt av tid til samlinger i disse gruppene bestående av deltakere fra alle kommunene som er spesielt involvert i et spesifikt tema, i

tillegg til at det har blitt etablert en ledergruppe som mottar veiledning ved samlingene. Det har videre vært god kontakt mellom Helsedirektoratet og lederne av Trygghetsstandarden i kommunene, og direktoratet har vært på jevnlig besøk i deltakerkommunene i løpet av prosessen.

Etter andre kommunesamling, der Web-løsningen, Trygghetsstandarden i sykehjem, ble introdusert, ble det fremdeles fremhevet av flere ansatte, fra ulike posisjoner og stillinger, at det var krevende å få «tak i» Trygghetsstandarden. Å få en skikkelig oversikt over prosjektet som helhet og å gå fra overordnet ide til praksisimplikasjoner ble oppfattet som krevende: «Det har vært ganske mye på veldig kort tid» sa en ansatt, mens en annen sa at «det hjelper ikke å ha mange nye og gode rutiner om ingen vet om dem eller bruker dem så jeg tror at vi nå må presse folk mer til å bruke dataen». I denne fasen gav flere deltagere uttrykk for at de fremdeles hadde for overfladisk kunnskap om prosjektet; de hadde en formening om hva innholdet skulle være, men lite kunnskap om hvilke praktiske implikasjoner dette vil medføre. En ansatt sa at «trygghetsstandarden er noe vi hører om at andre driver med men vi er ikke involvert». Samtidig påpekte flere at både innhold og form ikke fremstod som avklart fra Helsedirektoratets side. Andre viste i denne fasen til at den innledende undringen og usikkerheten gradvis begynte å avta, og at en forståelse av både helhet og deler begynte å komme på plass.

Andre igjen fremhevet at deltagelse på de første samlingene bidro positivt til avklaringer og at dette gav økt motivasjon. En fellesnevner fra flere involverte er at innhold i Trygghetsstandarden ble beskrevet som vagt, men likevel stadig klarere, som følge av den stadige utviklingen. En annen fellesnevner er at forventningene fra Helsedirektoratet til kommunene fremstod som uklare, men at disse også etter hvert ble klarere. Alle sykehjemmene har satt pris på at Trygghetsstandarden skulle bygge på arbeid og rutiner som allerede eksisterte ved institusjonene, samtidig som dette kan ha medført noe forvirring med hensyn til hvilke elementer som måtte utbedres eller eventuelt erstattes. Men, på grunn av denne «nedenfra og opp» tilnærmingen, opplever sykehjemmene at de har vært med på å utvikle standarden. En av lederne sa i intervju at det var fint å tenke på at de hadde vært med på å utvikle noe (kanskje) alle kommuner i Norge skulle bruke. Innspill og samarbeid med de andre deltagerkommunene ble trukket frem som særlig positivt gjennom prosessen, mens enkelte etterspør enda mer av



dette. Helsedirektoratets web-løsning blir generelt beskrevet som positiv og hensiktsmessig, men det vektlegges også at kommunene finner redskap, rutiner og hjelpende tiltak på andre nettstedet (som for eksempel Folkehelseinstituttet) og gjennom erfaringsutveksling med andre kommuner.

En generell hovedutfordring som uttrykkes av svært mange og fra ulike perspektiver, er knyttet til å få tid og anledning til å gjennomføre arbeidet i en travel arbeidshverdag. Noe av dette henger sammen med en implementeringsproblematikk, mens andre ting handler mer om betingelsene sykehjemmene er underlagt. Det vises til at det er flere krevende beboere ved de respektive sykehjemmene: «de blir sykere og krever mer», noe som begrenser tid tilgjengelig til «Trygghetsstandard arbeid». En endring som er gjort av alle sykehjemmene er endring av måltidsrytmen der middagen er forskjøvet til klokken 16.00. Denne endringen har vært motivert av mange ting, blant annet det å korte ned beboernes nattfastetid, men det har også vært et element av å rydde tid til for eksempel aktivitet for beboere på formiddagen. I noen tilfeller finner vi at de ansatte opplever å få bedre tid på formiddagen men i de fleste tilfeller ser vi at de ansatte nå opplever å få mer «kjøkkentjeneste». I sammenheng med denne problemstillingen fremmes det i intervju ofte forslag om at Trygghetsstandarden også bør få følge av en bemanningsnorm fordi de ansatte, samt deres ledere, opplever at de ikke er tilstrekkelig bemannet på jobb. En av de ansatte sa at «trygghetsstandarden handler jo også om trygghet for de ansatte og da bør en bemanningsfaktor også inkluderes». I tillegg vises det generelt til at sykehjemmene er involvert i flere andre prosjekter som også krever tid og oppmerksomhet.

Denne utfordringen handler også om rent administrative og organisatoriske forhold: det er utfordrende å få det til enhver tid aktuelle personalet samlet, delvis på grunn av mange arbeidsoppgaver, delvis på grunn av uklarhet i hvem som skal delegere og organisere. Det vises også til at det jevnt over er svært mye møtevirksomhet.

I siste fase av piloteringsperioden observerer vi at noen av sykehjemmene på en måte er «over kneika» og at de er i en situasjon der de har fått mye på plass. De ansatte har fått opplæring, mer informasjon og viser større forståelse for hva Trygghetsstandarden egentlig er. Denne «klarheten» i oppdraget i piloten ser ut til å gi kommunene motivasjon sammen med en sterkere annerkjennelse av at endringsarbeid faktisk tar tid. Lederne i kommunene som er «over kneika»

har, sammen med ledelse i kommunen, laget planer for videre spredning av kvalitetsarbeidet i Trygghetsstandarden og noen av kommunene har blitt kontaktet av andre kommuner for å dele og fortelle om sine erfaringer i Trygghetsstandarden.

Det uttrykkes fremdeles at det er for lite utveksling av kunnskap og erfaring mellom deltaker-kommunene. En av koordinatorene i Tromsø forteller at: «Vi har hentet litt ideer fra Sortland kommune, med hensyn til hvordan de har etablert sitt etablert sitt kvalitetsarbeid. Jeg tar ofte en telefon til dem, sånn at vi kan utveksle synspunkter og erfaringer. Dette har også vært etterlyst litt i samlingene på Trygghetsstandarden. Jeg hadde forestilt meg at vi hadde sittet mer sammen på tvers av kommunene og utvekslet erfaringer og synspunkt, og har gitt tilbakemeldinger på det, så sist samling ble det noe mer av det».

I siste fase av piloteringsperioden oppsummeres kommunesamlingene som nyttige og positive. Varierende antall og sammensetning av deltakere fra kommunene har imidlertid vært en kime til frustrasjon. Leder- og prosessveiledningen underveis fremheves som svært positivt. Det er en unison enighet blant kommunene om at hvis en standard skal «rulles ut» nasjonalt, så bør en veiledningsfunksjon inkluderes. I Trygghetsstandarden ble veiledningen introdusert midtveis i prosessen og kommunene uttrykker at det hadde vært bedre om veiledningen var tilgjengelig fra begynnelsen. Vi har inntrykk av at veiledningen har fungert på flere nivå; først og fremst med tanke på det å bidra med nyttige innspill i henhold til måter å jobbe på med tanke på kvalitetsarbeid, men også som en betrygger med hensyn til at arbeidet er krevende og også delvis som en «tolk» i relasjonen mellom kommunene og Helsedirektoratet.

I siste fase av prosessen kommer det også frem at kommunene tenker at det ligger en «urealisme» i Trygghetsstandarden i form av ideen om implementering gjennom daglig drift. Dette idealet oppfattes som ikke å ta hensyn til kapasitet og ressurser i kommunene sett opp mot forventet innsats. I sammenheng med dette blir bemanningsnorm igjen trukket frem som et viktig element helsemyndighetene bør inkludere. Videre uttrykkes det, med tanke på nasjonal utrulling, at Trygghetsstandarden må tydeliggjøres for kommunene som skal jobbe med denne slik at de ikke bruker unødig tid på å finne ut «hva det er» slik de selv har opplevd prosessen. Helsemyndighetene må med andre ord være tydeligere på

sin «bestilling» til kommunene men samtidig holde fast på at standarden skal bygges nedenfra og opp og ta hensyn til lokale forhold og vilkår.

## 6.5.2 PROSESSVEILEDNING OG LEDELSE

Prosessveiledningen har blitt gjennomført av Anne Grethe Stinessen Steinsvåg og Tom Eide fra Høgskolen i Sør-øst Norge på oppdrag fra Helsedirektoratet. Prosessveiledningene har vært gjennomført i form av samlinger med de involverte sykehjemmene. Sentrale personer som arbeidet med Trygghetsstandarden, som ledere og avdelingsledere, har mottatt veiledning. Innholdet i veiledningene har i stor grad vært rettet mot innarbeiding av Kunnskapsenterets «modell for kvalitetsforbedring» som er inndelt i fem faser med flere trinn i hver fase.

Fra kommunenes ståsted beskrives prosessveiledningen som svært nyttig og hensiktsmessig. Dette har medført individuelt tilpassede løp for kommunene – hvor noen sykehjem har rukket å prøve ut modellen for kvalitetsforbedring på flere innsatsområder, mens for eksempel sykehjemmet i Sortland har valgt å fokusere på utprøving innen et avgrenset område. Sykehjemmene er unisont enige om viktigheten og verdien av prosessveiledningen som er gitt. Flere av kommunene beskriver veiledningen som avgjørende, blant annet med tanke på å skjerpe fokus innen ulike innsatsområder, og å avgrense de generelle rammene for kommunenes deltagelse. Det vises spesielt til at ledelse/koordinatorer, men også avdelingsledere – har hatt særlig nytte av veiledningen. Mange av lederne beskriver de to siste fasene i kvalitetsforbedringsarbeidet, evaluere og følge opp, som spesielt nyttige å arbeide med, da de har opplevd at det kanskje er her det har skortet noe tidligere. Et redskap som for eksempel «årshjulet» har blitt tatt i bruk for å sikre at nye rutiner også blir evaluert og eventuelle endringer blir fulgt opp, i tillegg til planlagt, utviklet og tatt i bruk.

Prosessveiledningen ble introdusert på et stadium hvor kommunene skulle slutføre planleggingsarbeid og lage planer for implementeringsarbeid. Overgangen mellom disse fasene kan beskrives som svært krevende. Prosessveilederens innsats i denne perioden blir derfor beskrevet som betydningsfull.

Tromsø, med en annen organiseringsform enn de øvrige kommunene og en mindre deltagende rolle for avdelingsledere, viser til mindre utbytte av prosessveiledning enn

øvrige kommuner da de hadde kommet lengre i intern prosess og ikke hadde de samme utfordringene som de andre kommunene. Dette synes også å ha sammenheng med tilrettelegging fra Helsedirektoratets side: avdelingsledere ble invitert til veiledning, men ikke ledere for ressursgruppene eller koordinatorene (sistnevnte kom med etter å ha etterspurt dette selv).

Selv om prosessveiledning fremheves som svært nyttig og som en lovende praksis, kan man stille spørsmål med hvorvidt det er gjennomførbart i en større skala. En mulighet ville kunne være om USHT i fylkene kunne trenes til å inneha en slik prosessveilederfunksjon overfor sykehjemmene i kommunene.

### 6.5.3 ARBEIDSPROCESS KRISTIANSUND

Knyttet til valgt organiseringsform (se over), har arbeidsprosessene knyttet til Trygghetsstandarden vært mer oppstykket sammenlignet med Tromsø, og innsatser har blitt gjort i enkelte perioder heller enn kontinuerlig gjennom hele perioden. Relativt få deltagere har også vært involvert, både med tanke på totalt antall og sammensetning (særlig helsefagarbeidere). Dette har nok ytterligere bidratt til en noe senere prosess i Kristiansund, enn ved enkelte av de andre kommunene.

Arbeidsprosessene knyttet til Trygghetsstandarden har, i enkle trekk, vært preget av noe treghet. Dette skyldes, etter vår mening, primært ytre betingelser som institusjonen og kommunen ikke kan kontrollere, delvis også egne valg som følge av disse. Disse betingelsene har, slik vi har forstått det, ført til at kommunen har valgt en noe annen og mer «fokusert» tilnærming til Trygghetsstandarden enn flere av de andre kommunene (se punkt 6.1.1) – av nødvendighet – noe som tilsynelatende har fungert bra så langt, og som virker positivt for fremtidig innsats.

Flere ansatte, fra ulike posisjoner, viser til at den ressursmessige innsatsen fra sykehjemmet, implisitt hva som blir tilført det fra Helsedirektoratet og fra kommunen, er ikke i samsvar med hva som forventes av innsats innenfor rammene av Trygghetsstandarden. Det eksisterer også en vedkjennelse om at kommunen «ikke har penger», i motsetning til andre kommuner som er med i Trygghetsstandarden, som nedfeller

seg i en form for «gjerrighet», ikke bare fra ledelse, men også blant «de vanlige ansatte»: «det er vanskelig å få ansatte til «å gjøre noe ekstra», fordi «de ikke får noe ekstra igjen».

I begynnelsen av piloteringsfasen var arbeidsprosessen i kommunen preget av flere utskiftninger i lederteamet, som gjorde at den innledende fasen var preget av noe usikkerhet. Etter etablering av ny koordinator for Trygghetsstandarden, hvis rolle var en krevende mellomposisjon mellom institusjon, kommune og Helsedirektoratet, fungerte samarbeidet innen kommunen i senere faser av piloteringsperioden godt. En mer generell utfordring for arbeidsprosessene i kommunen er rekruttering av fagansatte, både sykepleiere og helsefagsarbeidere. Når det gjelder helsefagsarbeidere, vises det til at sykehjemmet fremdeles ikke har fått på plass tilstrekkelige tilbud om store stillingsandeler, noe andre i kommunen har fått til, og dermed har et konkurransefortrinn. Kommunen har valgt å løse utfordringer knyttet til rekruttering av sykepleiere ved å opprette et tverrinstitusjonelt «sykepleieteam» (se over). Denne ordningen har åpenbare konsekvenser for oppfølging og kontinuitet av arbeid ved avdelingen. Sykepleiedekning ved «huset», altså sykepleiere tilknyttet de respektive avdelingene er, som følge av dette, kraftig redusert, noe som har blitt forsterket av at flere sykepleiere har søkt seg fra avdeling til team.

Delvis grunnet fravær av stedlig leder eller fagsykepleier ved institusjonen, delvis grunnet generelle endringer innen sektoren knyttet til økte dokumentasjonsoppgaver, har avdelingsledere i høy grad oppgaver som gjør at de har svært liten tilstedeværelse på avdelingene. Dette uttrykkes av avdelingsledere selv og av øvrige ansatte. Dette bidrar til uklarhet og usikkerhet fra begge parter, også når det gjelder arbeid med Trygghetsstandarden. Ansatte ved avdelinger og avdelingsledere viser tidvis til ulike oppfatninger om arbeid knyttet til Trygghetsstandarden, både når det gjelder innhold, form og prosess. Generelt var det en påfallende «avstand» mellom avdelingsledere (og koordinator) og ansatte.

Disse ulike, men likevel sammenhengende, aspektene har bidratt til det som kan beskrives som generell tendens ved sykehjemmet; en relativt utstrakt grad av «oppgaveglidning». Med dette menes at konkrete arbeidsoppgaver, knyttet til Trygghetsstandarden, men også ellers, blir delegert «nedover» i et faglig hierarki. Dette er mest eksplisitt synlig ved at oppgaver knyttet til arbeid på avdelingene,

som avdelingsledere tidligere har hatt, nå i høyere grad er overtatt av de få gjenværende sykepleierne på avdelingene. Dette innebærer igjen at disse må jobbe på «tvers», som igjen medfører økt belastning, men også nye arbeidsoppgaver for helsefagsarbeidere/hjelpepleiere. Til en viss grad vises det til utfordringer knyttet til en slik oppgaveglidning, i særlig grad fra gjenværende sykepleiere «ved avdelingene». På den andre siden, og i særlig grad for helsefagsarbeidere/hjelpepleiere, kan en slik tilføring av nye oppgaver og ansvarsområder tenkes som en positiv ansvarliggjøring og som et virkemiddel for å sikre eierskap og tilfredshet. Gitt tidsavgrensningen for denne evalueringen, er det krevende å konkludere rundt dette.

Proessen rundt arbeid med Trygghets-standarden i Kristiansund har, delvis som følge av disse betingelsene, utviklet seg noe forskjellig fra avdeling til avdeling, og fra temaområde til temaområde. Som nevnt er avdelingsleder ved 2 av de 3 avdelingene med i hver sin temagruppe (aktivitet og omsorg ved livets slutt). Dette har indirekte bidratt til et spesielt fokus på avdelingsleders område ved avdelingsleders avdeling. For aktivitet spesielt, som er det temaområdet som har kommet «lengst» generelt sett, virker det som om avdelingen til avdelingslederen har blitt brukt som en «mini-pilot» før inkludering av andre avdelinger.

Gjennom hele prosessen har avdelingsledere og ansatte gitt uttrykk for stor bekymring og frustrasjon knyttet til manglende gjennomføringsmuligheter på grunn av manglende «tid og møtepunkter». Flere av avdelingene har bare personalmøter en time hver sjettede uke (en av avdelingene har etisk refleksjon hyppigere, og uttrykker stor begeistring for dette). «Det er rett og slett ikke tid gitt nåværende turnus» (avdelingsleder). Dette forsterker utfordringene når det gjelder overføring til avdelingene.

Til tross for disse begrensningene har prosessen rundt arbeidet med Trygghetsstandarden i Kristiansund gitt konkrete og generelle resultater som kan beskrives som både lovende og tilpasset de ressurser og den kontekst som kommunen befinner seg i. Innholdet i og formen på dette arbeidet er nærmere beskrevet i punkt 6.1-6.4. Det endelige innholdet og formen på dette arbeidet har kommet frem gjennom en krevende prosess i kommunen, hvor ledergruppen har «gått mange runder» med seg selv, ledelse i kommunen og med representanter fra Helsedirektoratet, først og fremst knyttet til hva som anses som realistisk å få til gitt de nevnte ressursene.

Ledergruppen har ønsket å prioritere det ene, inkluderte sykehjemmet, ved å «få ting til å fungere skikkelig her», før videre spredning i kommunen ellers. Ledergruppen viser til ønsker og «signaler» både fra kommunen sentralt og fra Helsedirektoratet om at alle kommunens institusjoner skal være inkludert i Trygghetsstandarden, i særlig grad ved at verktøy og tiltak utviklet så langt skal implementeres direkte ved andre institusjoner. Det argumenteres for at arbeidet i forbindelse med Trygghetsstandarden er svært omfattende, at det omhandler 3 store temaer, og at dette arbeidet ikke blir bra nok hvis det ikke dedikeres tilstrekkelig innsats lokalt. Ledergruppen har fått støtte i dette synspunktet fra prosessveileder, som både viser til at det er for krevende med 3 temaområder samtidig og at det må gjennomarbeides før den kan gi en form for gevinst («kvalitetsarbeid tar minst 3-5 år»). Det gis uttrykk for at å få gjennomslag for dette synspunktet har «vært en kamp». I tillegg har det vært en klar styrke for gjennomføring av Trygghetsstandarden arbeidet at de konkrete områdene som har blitt prioritert har sammenfalt med innsatsområder i kommunen for øvrig.

Fremmere knyttet til prosessen i Kristiansund

En klar styrke ved arbeidet ved institusjonen i Kristiansund er at hovedinnsatsene de har valgt henger sammen med arbeid som allerede eksisterer i kommunen, spesielt kommunalt prosjektarbeid rettet mot VIPS og «Livets siste dager». Dette er prosjekter som allerede er i kommunen, og som sykehjemmet nok ville vært innbefattet med uavhengig av Trygghetsstandarden, men som har blitt «forsterket» gjennom deltakelse i Trygghetsstandarden. Denne koblingen virker hensiktsmessig og positiv med tanke på «levedyktighet» etter prosjektperioden. Med tanke på videre spredning virker denne løsningen også positiv, i hvert fall i kommunen for øvrig.

Siden mai 2017 har kommunen ansatt en sykehjemslege i full stilling som har kontor ved sykehjemmet, og har store deler av sin stilling (anslagsvis 80 %, ifølge henne) ved institusjonen. Dette har vært en stor overgang fra tidligere ordning med diverse fastleger, og har medført et langt tettere og bedre samarbeid mellom ansatt-lege, og kommunikasjon mellom lege og pasient/pårørende. Legen, og disse relasjonene, har også hatt positiv innflytelse for arbeid knyttet til Trygghetsstandarden, i særlig grad «Omsorg ved livets slutt». De få sykepleierne som er ansatt ved institusjonen trekker frem relasjon til lege som særlig viktig. Denne ordningen

synes å være ubetinget positiv, og nødvendig gitt manglende stabilitet blant ansatte med høy formalkompetanse med direkte pasientkontakt ved sykehjemmet.

Hemmere knyttet til prosessen i Kristiansund

Avdelingene ved institusjonen i Kristiansund er utformet på en måte som tilsier lite fleksibilitet, noe som forsterker utfordringene beskrevet over. Med 8 pasienter på hver gruppe er grunnbemanningen i utgangspunktet 2 ansatte i pleiestillinger (enkelte grupper har 3 på vakt ved enkelte tider grunnet ekstrabevilgning, mens andre unntak også kan være gjeldende til enkelte tider), som utgjør en generell sårbarhet. Gitt uforutsette hendelser, er det krevende å ha oversikt over situasjonen og å gi tilstrekkelig hjelp denne bemanningen, noe som blir forsterket av at avdelingene er relativt store rent fysisk. Videre tilsier en slik grunnbemanning at aktiviteter og hendelser utover «standardoppgaver» blir krevende.

Som i andre kommuner har Kristiansund organisert stort sett alt arbeid knyttet til Trygghetsstandarden gjennom «temagrupper», altså grupper knyttet til hvert enkelt av de tre inkluderte områdene. Kristiansund har valgt å gjøre dette ved primært å inkludere ledelse (avdelingsledere og koordinator), samt eksterne «eksperter», for eksempel representant fra USHT, høyskole og demenskoordinator, heller enn flere fra (flere) avdelinger fra «huset».

Denne organiseringsformen har tilsynelatende vært en styrke i en tidlig fase, men har, etter vår mening vanskeliggjort implementeringsarbeidet.

#### 6.5.4 ARBEIDSPROCESS TROMSØ

Tromsø har, som eneste kommune, deltatt i Trygghetsstandarden med to institusjoner. Dette har medført visse utfordringer, men har også vært en fordel. Det har vært uklart i hvilken grad sykehjemmene skal samarbeide direkte, med en målsetting om å utvikle en felles standard, eller jobbe mer selvstendig. Flere fra de respektive ressursgruppene uttrykker usikkerhet rundt dette, mens andre viser til ulik forståelse av samarbeidet mellom institusjonene. Enkelte av gruppene og de to koordinatorene viser imidlertid til stor samarbeidsvilje og en felles forståelse av oppdrag og arbeidsfordeling. Spesielt en av ressursgruppene viser til at de har jobbet tett sammen mot et felles mål, mens de to andre viser til lavere grad av overlapp. Til en viss grad vises det også



til en usikkerhet og en misnøye rundt hvem som skal bidra – «skal vi bare lage det ferdig så skal de andre bare få det i hendene?» For flere av innsatsområdene har det ene sykehjemmet har vært mer aktive enn det andre, delvis grunnet sterk økning i pleietyngde og nødvendige omprioriteringer ved sykehjem 2, delvis grunnet en lokal motivasjon for de aktuelle områdene. Denne skeivfordelingen har imidlertid ført til misnøye fra begge parter, hvor sykehjem 1 føler at de må «dra lasset» og sykehjem 2 uttrykker at de burde få mer tid og ressurser til arbeidet. Våren 2018 syntes imidlertid sykehjemmene å ha kommet til en større gjensidig forståelse for at de befinner seg i en litt ulik situasjon, og en forståelse for at man må både kunne ha noe samarbeid på tvers og samtidig finne lokale løsninger og at prosessene innen de ulike satsingsområdene ikke nødvendigvis må gå i samme tempo i begge institusjonene.

Forholdet mellom disse institusjonene, spesielt knyttet til spørsmål rundt hva som skal være felles og hva som er standard, inneholder også et mer generelt poeng som flere fra Tromsø har påpekt underveis i prosessen: det har vært, spesielt i den tidlige fasen, men delvis også senere, uklarhet rundt hvorvidt det var en endelig målsetting om å utvikle en felles, nasjonal standard, eller flere kommunale.

Samarbeidet institusjonene imellom kan uansett generelt beskrives som fruktbart, delvis med tanke på konkret erfaringsutveksling angående de respektive temaområdene, delvis knyttet til den mer generelle fordelingen ved å være to institusjoner. Med dette menes at hver enkelt institusjon nok ikke opplevde det samme presset som de andre institusjonene for «å levere». De kunne i noen grad lene seg på hverandre, fordele oppgaver og finne samtalepartnere i det som i hvert fall innledningsvis ble oppfattet som et vanskelig faglig terreng.

Dette samarbeidet ble først og fremst gjort av de to koordinatorene. Både ledere og ansatte ved de to institusjonene uttrykker at koordinatorene var og er sentrale både i utviklingen av satsingsområdene og implementering i daglig drift – følgelig også helt avgjørende for prosessen som helhet. Koordinatorene blir fremhevet engasjerte og som dyktige pådrivere.

Arbeidet med utvikling av planer og satsingsområder kom, generelt sett, tidlig i gang i Tromsø, mest sannsynlig fordi organiseringsformene (se over) ble avgjort i en tidlig fase, en organiseringsform som virket og virker hensiktsmessig, og

som derfor har bestått. Likevel varierte både innholdet og arbeidsprosessene i ressursgruppene både mellom og innen sykehjemmene. Noen startet tidlig med møtevirksomhet, idemyldring og forslag til prioriteringer og innhold, mens andre «avventet avklaringer». Noen påpekte at det var krevende å finne tid til slike møter, og at det kunne være tungvint å «gå omveien» via avdelingsledere for å få dette til. Det generelle inntrykket er likevel at ressursgruppene kom tidlig og effektivt i gang med arbeidet, og at dette ble tilrettelagt fra ledelsens side. Særlig gruppene knyttet til ernæring kom tidlig i gang og hadde høy aktivitet fra begynnelsen. Dette har sin bakgrunn i at det allerede var et organisert arbeid rundt ernæring på begge institusjonene ved oppstart av Trygghetsstandardens prosjektet, knyttet til Pasientsikkerhetskampanjen (se også Kristiansund).

Som nevnt skiller de ulike avdelingene seg noe med hensyn til hvor stort engasjementet er inn mot de tre områdene. Som et eksempel kan nevnes at demensavdelingene har hatt særlig innsats inn mot aktivitet og deltakelse, mens de har hatt noe mindre aktivitet inn mot ernæring. Det synes også som om engasjementet inn mot de tre områdene varierer noe mellom typer fagpersoner. Generelt sett synes sykepleiere å være pådrivere knyttet til dokumentasjon og formaliserte prosedyrer, med god støtte ikke minst fra særlig yngre pleieassistenter og noen hjelpepleiere/helsefagarbeidere som uttrykker behov for å lære mer om dokumentasjon og har en positiv holdning til dette. Ellers varierer det mye hvilken type fagpersoner som er pådrivere. Det synes å være en tendens til at sykepleiere har et sterkt engasjement inn mot ernæring, mens for de to andre satsingsområdene varierer det mellom institusjonene og fra avdeling til avdeling hvem som bidrar mest.

En lignende variasjon var også å finne institusjonene imellom. Selv om de to koordinatorene samarbeider tett, kan utvikling i arbeidet beskrives som gradvis mer forskjellig, spesielt i den avgjørende fasen da planarbeidet skulle omformes til praksis. Denne perioden sammenfalt delvis med sommeravvikling 2017, noe begge institusjonene beskriver som en «dødperiode» for arbeid knyttet til Trygghetsstandarden, først og fremst grunnet et komplisert og langvarig arbeid med sommerturnus, delvis på grunn av «mange nye ansikter». Denne perioden sammenfalt igjen med at to pasienter med særlig krevende pleie- og behandlingsbehov flyttet inn i sykehjem 2. Ansatte viser til at planer ble satt «på vent» på

grunn av dette, og at hele institusjonen ble preget og måtte omprioritere som følge av endringen – særlig grunnet økt betydelig økt bemanning knyttet til den ene pasienten.

Selv om arbeidet i ressursgruppene primært har foregått innen de respektive institusjonene, utviklet de i fellesskap en implementeringsstrategi for den avsluttende fasen: en fremdriftsplan/milepælsplan. Denne legger opp til en form for intern pilotering:

- De respektive innsatsene testes ut i ressursgruppene
- Evaluering av første gjennomføring
- Implementering av tiltakspakker ved institusjonene som helhet
- Ny evaluering
- Eventuell endelig justering sommer 2018

I intervjuer ved begge sykehjemmene vektlegges både ansatte og ledere en rekke tiltak som har kommet på plass, flere av dem det siste halve året, og flere planlagte tiltak. Spesielt avdelingsledere og gruppeledere fremhever hvordan skriftliggjøring i økende grad finner sted, på tvers av de tre hovedsatsingsområdene. Det spesifiseres at det har blitt mer oversiktighet i elektronisk rapportering og mer system på hvor ting føres. En av forskerne har ved siste feltarbeidsrunde gjennomgått alt som er ført i Compilo, sammen med en av koordinatorene. Gjennomgangen viser at svært mye informasjon ligger ute på nett på de tre områdene, både informasjonsskriv og viktige lenker, og informasjon som oppdateres kontinuerlig. Sykehjem 1 gjennomfører også regelmessige tavlemøter, og har de siste månedene innført dette som rutine for hvert personalmøte, mens sykehjem 2 startet utprøving av tavlemøter for én avdeling våren 2018. For begge sykehjemmene er flere tiltak fulgt opp med evalueringsdato. Det satses mye på internundervisning begge steder, men på det ene sykehjemmet har man kortet noe ned på tiden og har en halvtime som møteramme for å gjøre det mer gjennomførbart og få med flest personale. På den annen side synes dette sykehjemmet å ha en større aktivitet i forhold til fagdager. Ved begge sykehjemmene er det et stort engasjement for å målrette internundervisningen slik at de største behovene møtes. Som en av avdelingslederne uttrykte det: «internopplæringsprogrammet er fullstendig gjennomgått og revidert, og mange hull i programmene er tettet igjen».

Informasjon om Trygghetsstandarden til øvrige sykehjem (5 sykehjem totalt), har delvis begynt gjennom felles fagdager. Frem til sommeren 2018 skal likevel de to inkluderte sykehjemmene prioriteres, «for å sikre kvalitet». Både koordinatorene, ledere og deltakere i de tre gruppene på begge sykehjemmene uttrykker at de vil holde fullt trykk på implementering og spredning også et halvår etter prosjektslutt, fram til utgangen av desember 2018, men med sannsynlig redusert aktivitet etter dette, når den ekstra bevilgningen knyttet til Trygghetsstandarden tar slutt.

#### Fremmere knyttet til prosessen i Tromsø

Begge institusjonene i Tromsø har satser bredt (på mange områder) og på flere nivåer (konkret og overordnet) – se punkt 6.1 - 6.4, og kan i høy grad sies å ha fått mye ut av deltagelse i Trygghetsstandarden. Dette har til en viss grad sammenheng med ressurser anvendt (se punkt 6.7 og kapittel 7), men også med at organisasjonsformen som ble valgt er hensiktsmessig for de prosessene som institusjonene har vært gjennom. Organisasjonsformen muliggjør en helhetlig og vertikal forankring av arbeidet: organiseringen er «leddet» og informasjon og erfaringer kan flyte fra ett ledd til et annet. For eksempel: ressursgruppene forankrer arbeidet som gjøres ved hver avdeling, gjennom å ha alle avdelinger representert i de respektive gruppene, som igjen skal drive formidlings- og opplæringsarbeid ved sine avdelinger, med lokale ressurspersoner, som igjen skal videreformidle på avdelingene.

#### Hemmere knyttet til prosessen i Tromsø

I Tromsø vises det fra flere deltagere i ressursgruppene til en uklarhet i hvordan de respektive verktøyene skal føres i Profil. Denne uklarheten synes også å være knyttet til en usikkerhet om ansvar for dette mellom de to sykehjemmene og kvalitetsansvarlig i kommunen. Siden profil brukes i hele kommunen, er det også en omstendelig organisatorisk prosess å endre på noe. En av lederne uttrykker det slik: «Vi har involvert hele Tromsø kommune, med alle seksjoner. Før vi gjør noe, må vi få godkjenning fra alle andre». Selv om flere påpeker det som en seier at «Min livshistorie» har kommet inn i Profil i løpet av prosjektet, etterlyser mange at verktøyet blir mer fleksibelt. Noen faggruppedeltakere har tatt til orde for at det bør bli mulig å skanne inn notater. En deltaker i en av aktivitetsgruppene forteller at «Vi satser på å få nye pasienter inn i Profil. En del andre står i en perm. Men det er lenge mellom hver gang vi får en ny beboer inn. Vel, vi har lagt inn mange «gamle» også, for å trene oss. Vi

ser hvor lang tid det egentlig tar. Det går i hvert fall en time for hver enkelt. Vi vil gjerne skanne inn notater, men har ikke fått åpning for det ennå». Meningene er delte når det gjelder skanning av notater, og flere påpeker at slike notater i seg selv er ufleksible med tanke på å føre inn endringer. Derimot er det en generell enighet om at Profil bør bli mer fleksibelt som verktøy, og at oppdateringer i Profil er svært tidskrevende.

Organiseringen og rollefordelingen som i utgangspunktet tolkes som en styrke med henblikk på implementeringsarbeidet, medfører også noen særlige utfordringer som enda ikke synes å være avklarte, spesielt knyttet mot rollen til avdelingsleder. Avdelingsledere ved begge sykehjemmene er ikke direkte involvert i arbeidet, anser selv at de ikke har kapasitet til dette, men samtidig er deltagere, først og fremst ledere i ressursgruppene, avhengig av støtte, praktisk hjelp og forståelse fra avdelingsledere for å få gjennomført tiltenkte planer.

Det fremheves av samtlige informanter at den store økonomiske nedskjæringen som Tromsø kommune vedtok våren 2018, både for sykehjemmene og kommunen generelt, vil være en sterk hemsko med hensyn til fremtidig satsing. Allerede ved feltbesøk mars 2018 klaget ledere over mer restriktiv praksis med hensyn til å få inn vikarer for sykemeldte.

### 6.5.5 ARBEIDSPROCESS EIDSKOG

Arbeidet med utvikling av planer og satsingsområder kom, generelt sett, relativt tidlig i gang i Eidskog, mest sannsynlig fordi organiseringsformene (se over) ble avgjort i en tidlig fase, en organiseringsform som virket og virker hensiktsmessig, og som derfor har bestått. Prosjektleder har ledet arbeidet og hatt Trygghetsstandarden som fokus gjennom hele prosessen, og således kan en hevde at implementering har gått gjennom daglig drift, men med en prosjektleder som er frikjøpt for å drive arbeidet. Det understrekes likevel av både ledelse og ansatte at det å ha en prosjektleder har vært avgjørende for alt de har fått til i Eidskog og at de vanskelig kan se for seg hvordan alt dette arbeidet hadde kunnet blitt gjort innimellom de vanlige arbeidsoppgavene i hverdagen.

Det har blitt jobbet parallelt med «grunnmuren», eller strukturen for kvalitetsarbeidet, og de spesifikke temaområdene, og fokuset nå (i mai 2018) er på implementering ved at de ansatte får opplæring og tar i bruk alle de nye elementene.

Det vektlegges å bygge videre på og utbedre maler, prosedyrer og rutiner en allerede har, men nye elementer fra web-verktøyet, samt prosessveiledningen blir også tatt i bruk. I april 2018 var det kursing i dokumentasjon og evaluering av planer der prosjektleder tilbyr en-til-en opplæring av ansatte, og tidligere har det vært opplæring i nye elementer for de tre temaområdene som var veldig vellykket. Alt arbeidet har et «pasientfokus» og eksempel på dette kan være den nye velkomstbrosjyren og inntaksmappen. Andre eksempler er at inntakssamtalen er bygget rundt «Min livshistorie», og at det er laget en ny mal for årlig samtale med pårørende

Prosjektleder arbeider kontinuerlig med å utbedre fagsystemet Profil og kvalitetssystemet Compilo. Hun rydder og lager mapper, og har laget «oppskrifter» til begge systemene for de ansatte som henger på alle vaktrommene. I Compilo er det for eksempel lagt til ca. 100 nye dokumenter om prosesser og rutiner, samt at det skal legges inn e-læringsmateriell, som for eksempel «det gode stellet». Profil er lagt om slik at denne nå tilsvarer «Tromsømalen». De ansatte oppfordres til å gå inn i systemene på egenhånd og bli kjent med hvordan de fungerer fordi de på sikt ønsker å være mest mulig papirløse. Det er også lagt til funksjoner i Profil som krever at de ansatte går inn, som for eksempel ved signering av medisiner. Det er også laget nye sjekklister for nyansatte med stillingsbeskrivelse og evalueringsskjema for opplæring, samt at det er laget ny mal for medarbeidersamtaler basert på ti-trinns faktoren (bedrekommune.no).

Det er i Eidskog blitt utarbeidet en liste over indikatorer som sykepleier 1 skal gjøre målinger på 2 ganger i året og levere resultatene til enhetsleder. Men, det hersker ennå forvirring rundt dette og hvorvidt Helsedirektoratet til slutt lager en liste over anbefalte indikatorer. Det etterlyses også tips om et elektronisk system hvor en kan lagre disse dataene.

Fremmere knyttet til prosessen i Eidskog:

Både lederteam og alle kategorier ansatte trekker frem viktigheten av å ha en prosjektleder for arbeidet i Trygghetsstandarden. I Eidskog er det frikjøpt prosjektleder som utelukkende jobber med Trygghetsstandarden. Dette har fungert bra og prosjektleder har vært effektiv, inkluderende og imøtekommende med hensyn til frustrasjoner og stress.

Det å jobbe med kvalitetsarbeid i lederteam og prosjektteam, og så inkludere alle ansatte i «høringsrundene» og «implementeringsrundene» fører til inkludering av

ansatte og kanskje også motivasjon til å bidra og lære nye ting. Gjennom opplæring ved en-til-en, og ikke gjennom plenumsvisning av «hvordan» på storskjerm, lærer de ansatte å mestre nye elementer i en situasjon der de kan spørre om hjelp. Dette har vist seg å være en trygghet for de ansatte og slik sett kan Trygghetsstandarden i Eidskog sies, både gjennom opplæringsformen og fokuset på de ansatte, å være en (ny) trygghetsstandard både for pasienter og ansatte.

Avdelingsledere/sykepleier 1 har fått frikjøpt en ekstra dag i uken for arbeidet med Trygghetsstandarden, og de jobber «utpå» avdelingen to dager i uken. Dette fremheves som en stor hjelp med hensyn til å få til endringer på avdelingene. En ide de har for fremtiden er å lyse ut sykepleierstillinger med særlig ansvar for dokumentasjon.

Omlegging av måltidene har ført til bedre tid på formiddagen, noe som har gjort det enklere å innføre nye elementer med tanke på temaområdet aktivitet. De har, som vi også ser i Kristiansund, lykkes med å heve fokuset på hverdagsaktiviteter for hver enkelt beboer, samt på måltid og måltidsopplevelser. Måltidsendringen beskrives som en suksess av både ledelse og ansatte. Altså har innsatsene ført til at disse områdene har kommet mer i fokus og en bevissthet rundt at det skal være i fokus. En ansatt sa at Trygghetsstandarden på mange måter har hjulpet til med å legitimere viktigheten av disse to temaområdene. Innsatsene kan med dette beskrives mer som holdningsarbeid, som knyttet til «arbeidskulturer», men også systematisk arbeid med konkrete verktøy som for eksempel aktivitetsansvarlig per avdeling, kartlegging av preferanser, endringer i måten maten presenteres. Dette er lovende fordi det omhandler innsatser som gir reell merverdi for pasienter, samt brukermedvirkning på individnivå, og som kan utgjøre en mer varig form for endring.

Oppsummert: Idealet for arbeidet med Trygghetsstandarden er fra Helsedirektoratet sin side «implementering gjennom daglig drift». Vi ser ovenfor at både prosjektleder og sykepleier 1 har hatt frikjøp og at dette vurderes som særdeles viktig for å få tid til å jobbe med endring i en allerede hektisk arbeidshverdag. Vi ser at det foregår en holdningsendring gjennom fornyet og endret fokus på aktivitet og mat, og at det noe endrede fokuset på de ansatte og deres arbeidshverdag bidrar til å inkludere deres brukermedvirkning og det vokser frem en forståelse av dokumentasjon som «synliggjøring» av de ansatte sitt arbeid.

## Hemmere knyttet til prosessen i Eidskog

I Eidskog kommune er bindeleddet mellom institusjon og kommuneledelsen noe svakt når det gjelder systematisk arbeid med kvalitet på grunn av at det ikke (lenger) finnes en stilling med overordnet ansvar for kvalitetsarbeid. Tidligere hadde de en kvalitetsrådgiver men denne stillingen har ikke kommunen lengre råd til. Dette har på et vis ført til at store deler av ansvaret for arbeid med oversikt over retningslinjer, lovgivning, føringer, osv., nå ligger ved institusjonen. Det å få forståelse opp på kommunenivå om viktigheten av stillingen «kvalitetsrådgiver» med hensyn til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring også etter piloten er avsluttet, også på andre områder enn institusjonsomsorgen i helse og omsorgssektoren, vil kunne bidra til at kommunen i større grad kan nyttiggjøre seg av resultatene av Trygghetsstandardens arbeidet. Kommunen har løst dette med å forlenge prosjektleders stilling ut året, men dette er en kortsiktig plan som ikke vil sikre det videre arbeidet i andre deler av helse og omsorgssektoren i kommunen.

For ledelsen ved institusjon har det å motivere alle ansatte til å delta i arbeidet vært en utfordring, kanskje særlig helsefagarbeidere. Det arbeides kontinuerlig med informasjon og bevisstgjøring av ansatte rundt sammenhengen mellom rutiner, dokumentasjon og kvalitet samt opplæring i elektroniske verktøy og motivere til mer bruk. Det å mestre nye ting kan skape bedre motivasjon. Det å avlære «datavegving/skrekke» blir viktig når alt skal bli elektronisk/på data.

Samarbeid (formalisert) med pårørende har også vært en utfordring i Eidskog. Det finnes en aktiv «støtteforening» som arrangerer aktiviteter og gir gaver, men samarbeidet og informasjonsutveksling har ikke vært formalisert. Det er nå etablert en tettere relasjon ved at enhetsleder deltar på de månedlige møtene med støtteforeningen. Det å etablere tettere relasjon mellom bruker/pårørendegruppen og ledelsen ved sykehjemmet kan være et av grepene å ta for å fremme brukervedvirkning.

En generell erfaring som ser ut til å gjøre seg gjeldende i alle kommunene blir også uttrykket i Eidskog. Ansatte opplever arbeidet med Trygghetsstandarden som litt dobbelt. Alt det nye er positivt og tilrettelagt men det blir mye å sette seg inn i på kort tid og flere skjema som må brukes og signeres. «Hverdagen sluker deg og da er det ikke tid til alt dette arbeidet» sier en av de ansatte som opplever at det blir kaotisk og at ledelsen ikke ser «det som skjer på gulvet».



«Det er mer mas om at vi må gå inn på dataen nå» sier en annen og legger til at hun gruer seg litt for å begynne å bruke data mer i arbeidshverdagen. De fleste ansatte sier de føler seg inkludert i Trygghetsstandarden arbeidet nå og de merker at de nye elementene retter oppmerksomheten mer mot hver enkelt pasient. De sier at det de gjør nå skal bli til deres nye måte å arbeide på, men også at de også opplever et «skjema-overload» som tidvis er for detaljert og «barnslig» og at det er viktig å ta «ett skjema om gangen». Det er en felles bekymring blant de ansatte at «skjemaveldet» tar bort tid fra deres samkvem med beboerne og at nye og ekstra oppgaver (som for eksempel en ekstra oppvask/kjøkkentjeneste pga. måltidsendring) ikke kommer med ekstra ressurser. Til slutt så synes det fortsatt å være ulike oppfatninger av forholdet mellom dokumentasjon og kvalitet blant ulike kategorier av ansatte der helsefagarbeider i mindre grad synes å relatere alle de nye momentene til «kvalitet».

Oppsummert: Økonomi med hensyn tildelt å ikke kunne ansette en kvalitetsrådgiver samt det å ikke ha en stilling som utelukkende jobber med kvalitetsforbedring på system og praksisnivå er nok en hemmer for videre arbeid i Eidskog. Datavegring hos ansatte som fører til (for) lite bruk av elektroniske systemer kan også virke bremsende på implementeringen av nye rutiner. Fremvekst av et for stort og detaljert «skjemavelde» og opplevelsen av å måtte signere på «alt» i løpet av en arbeidshverdag kan virke mot sin hensikt og en må kanskje finne en god balanse med hensyn til hva som skal dokumenteres. At det i utgangspunktet eksisterte veldig lite av rutiner, planer, sjekklister i elektronisk format har ført til mye merarbeid, men mye av dette er, og kommer, på plass og blir tatt i bruk i arbeidshverdagen.

#### 6.5.6 ARBEIDSPROSESS SORTLAND

Knyttet til valgt organiseringsform (se over), har arbeidsprosessene i Trygghetsstandarden i Sortland hatt relativt stort trykk fra ledelsen hele tiden men fokuset endret seg underveis fra et omfattende fokus til et mer spisset fokus. Relativt mange deltagere var involvert i begynnelsen av arbeidet, men dette endret seg da de bestemte seg for å ta ett og ett tema og jobbe med grunnmuren fordi færre da var aktive samtidig. Denne dreiningen i arbeidsprosessen har vært et bevisst valg fra ledelsens side og et ønske fra de ansatte, og har nok bidratt til en noe saktere prosess i Sortland hva gjelder implementering av nye rutiner, enn hva som kunne vært mulig i det gitte tidsrommet. Følgelig finner vi en noe mindre grad

av «eierskap» blant de ansatte enn det vi, for eksempel, finner i Eidskog. Det understrekes likevel at det her er gjort et stykke arbeid med høringsrunde og politisk vedtak i driftsutvalget med hensyn til modell, etablering av retningslinjer, samt at både enhetsledere og deltakerne i brukerutvalget har fått opplæring bl.a. v/pasient- og brukerombudet i Nordland. Dette er arbeid som legger til rette for varig endring etter prosjektslutt, og som således er viktig for grunnmuren og for videre spredning av Trygghetsstandarden.

Arbeidsprosessene knyttet til Trygghetsstandarden bar i starten preg av at «alt» skulle gjøres samtidig av relativt få personer noe som førte til en oppfatning blant ansatte om at «Trygghetsstandarden er noe de andre holder på med». Kommunen valgte etterhvert en «fokusert» og «ett steg av gangen» tilnærming til Trygghetsstandarden, noe som ser ut til å ha fungert bra så langt og som virker positivt for fremtidig innsats.

I Sortland kommune er det lite bruk av frikjøp for å jobbe med pilotprosjektet. Sortland er, sammen med Kristiansund, den kommunen i prosjektet som i høyest grad planlegger og implementerer endringer gjennom sin daglige drift. De har valgt å ikke kalle piloten for et prosjekt, men heller som et type arbeid som skal skape nye måter å jobbe på i fremtiden der det for eksempel har blitt viktig å lage nye rutiner for å lage rutiner. En person hadde frikjøp i noen måneder for å utbedre og gjøre CosDoc systemet mer anvendbart, samt at de ansatte får betalt for å gå på obligatoriske møter utenom arbeidstid og tilrettelagt av nærmeste leder for å jobbe med pilotarbeidet i arbeidshverdagen. Personalmøtene er endret fra å være informasjonsmøter til å dreie seg mer om piloten og for eksempel opplæring i Compilo og fremleggelse av nye rutiner.

De ansatte opplever at de får noe informasjon om piloten mens en del sier at informasjon frem til i det siste har vært litt tilfeldig og slikt de hører på huset :«de i piloten jobber med saken» eller at «de i piloten er på reise eller kurs». En del ansatte uttrykker at de ikke føler seg inkludert i pilotarbeidet, at det er noe de andre driver på med, at det «plutselig» kommer nye pålegg om ting de må gjøre/utføre på avdelingene eller at de ikke opplever å bli sett på som ressurs på grunn av sin stillingskategori. De ansatte understreker samtidig at endringen av personalmøtene (høst 2017) førte til at de nå blir mer inkludert i Trygghetsstandarden (og særlig arbeidet

rundt ernæring) og at de setter pris på at møtene har blitt arenaer for opplæring rundt kvalitetsarbeid og for gode diskusjoner.

Gjennom hele prosessen har de ansatte gitt uttrykk for bekymring knyttet til gjennomføringsmuligheter av nye arbeidsoppgaver, som mer dokumentasjon, på grunn av manglende tid. Noen opplever at de har fått bedre tid til å være sammen med beboerne på formiddagen etter måltidsendringene, mens andre sier at beboerne blir trøtte etter lunsj og at de hviler før middag i det tidsrommet de eventuelt kunne ha brukt til aktiviteter sammen med beboerne.

En generell utfordring for arbeidsprosessene i kommunen er rekruttering av fagansatte, særlig sykepleiere, noe som legger større press og mer ansvar på denne faggruppen. Delvis grunnet generelle endringer innen sektoren knyttet til økte dokumentasjonsoppgaver, og delvis på grunn av mer dokumentasjon og opplæring i Trygghetsstandarden, har avdelingsledere nå flere oppgaver knyttet til å være kvalitetsledere. Ansatte ved avdelinger og avdelingsledere viser tidvis til ulike oppfatninger om arbeid knyttet til «kvalitet», samt til ulike oppfatninger om hva som er kvalitet ved et sykehjem. På bakgrunn av blant annet opplæringsarbeidet i Trygghetsstandarden har kvalitetsutvalget nå besluttet at gruppen ansatte i kategorien ufaglærte/assistenter skal læres opp via e-læringskurs. De tenker at denne gruppen ansatte utgjør en sterkere ressurs i arbeidssituasjonen om de får opplæring i grunnleggende ferdigheter som trengs i jobben ved sykehjem. De har gått til innkjøp av lisens på e-læringsprogrammer og skal systematisk lære opp denne kategorien ansatte. Ordningen gjelder obligatorisk kurs i legemiddelhåndtering, observasjonskompetanse og innføring i omsorgsyirket for nye ufaglærte. I tillegg skal avdelingsleder som en del av «handlingsplan kvalitet» velge ut relevante kurs for alle ansatte.

Fremmere knyttet til prosessen i Sortland

I Sortland har det å ta en ting om gangen fungert som fremmede for å klare planleggings – og implementeringsarbeidet i Trygghetsstandarden. Det tok en stund før de falt ned på dette valget, men da dette ble gjort har de opplevd at arbeidet har fungert bedre. Det å begynne med grunnmur, eller struktur, og bruke god nok tid på hver oppgave for så å introdusere det nye gjennom systematisk opplæring av ansatte har vært positivt i Sortland. Prosessveiledning

i endringsprosess har vært veldig verdifullt for å trygges i arbeidet og for å få råd om nyttige grep som kan tas for å håndtere ulike situasjoner.

Det synes også å være en fremmede faktor at pilotprosjektet er forankret på et høyere nivå i kommunen både gjennom prosjektleders stilling og gjennom det arbeidet som er gjort politisk gjennom vedtak. Dette legger til rette for videre arbeid samt for spredning av Trygghetsstandarden til andre felt i helse- og omsorgssektoren.

En annen fremmede faktor er at kommunen har lagt stor vekt på å øke kunnskap og bevissthet om rollen til avdelingsleder og enhetsleder som kvalitetsleder. Styrking av denne delen av avdelings-/enhetslederrollen kan ses på som en forutsetning for at de ansatte ved avdelingene skal ha fokus på forbedringsarbeidet fordi en tenker at forbedringsarbeid må vektlegges og etterspørres for at det skal bli prioritert i arbeidshverdagen.

Hemmere knyttet til prosessen i Sortland

Vakante stillinger i helse- og omsorgssektoren og problemer med å rekruttere nok sykepleiere gir større arbeidspress på enhetsleder og avdelingsledere.

For ledelse ved institusjonen har det vært en utfordring å bevisstgjøre de ansatte rundt sammenhengen mellom rutiner, dokumentasjon og kvalitet. De har i den senere tid jobbet mye med avdelingslederrollen som en rolle bestående av både å være kliniker og administrator/leder og de tydeliggjør hva som er stillingsbeskrivelsen for en slik stilling ved sykehjemmet. Avdelingsleders tidligere rolle var å være en ledende kliniker, i alle fall er det slik de fleste oppfatter rollen, og nå må oppgavene forskyves noe og avdelingsleder skal bli kvalitetsleder med hovedansvar for kvalitetsarbeid. På sikt vil de jobbe med ansvar, oppgaver og rolle for alle typer kategorier av ansatte ved sykehjem.

Det å avlære «datavegring/skrek» hos ansatte når en sikter mot at alt skal bli elektronisk har vært og er en utfordring og noe det jobbes med, både fra ledelse og ansattside. Det er gjennomført dataopplæring for alle lederne slik at de skal bli trygge på de vanligste dataverktøyene.

Det å etablere tettere relasjon mellom bruker/pårørende og ledelsen ved sykehjemmet for å fremme brukermedvirkning har vært noe de har arbeidet med å få på plass siden

pilotprosjektet startet. Det var ikke noe slikt formelt samarbeid ved pilotstart, men et brukerutvalg institusjon ble etablert høsten 2017 og skal være en rådgivende funksjon for enhetsleder.

For de ansatte ved institusjonen har en utfordring vært deres opplevelse av at ledelsen ikke ser «det som skjer på gulvet». Videre har de ansatte uttrykket frustrasjon over at det som det sies ifra om ikke blir gjort noe med. De ansatte har også tidvis opplevd å få noe nytt «tredd nedover hodet» uten at de har blitt spurt om hva de synes om dette. Alle disse enkelttelementene bidrar til at de ansatte blir stresset og at de er usikre på hva som forventes av dem i en slik endringsprosess. Dette kan påvirke deres motivasjon til å «bidra» og være hemmende i en endringsprosess.

Sortland kommune er også med i prosjektet «Det gode pasientforløpet». For noen (spesielt korttidsavdeling) har det blitt for mye arbeid og for mye nytt å forholde seg til med deltakelse i 2 store prosjekter. Dette har vært en viktig erfaring og for fremtiden har de bestemt at de kun skal delta i ett prosjekt av gangen.

Avdelingslederne/enhetsleder har i perioder hatt svært mye arbeid med utarbeidelse av helårsturnus. Ansatte er svært fornøyd med ordningen, men erfaringen fra ledelsen er at turnusen er uforholdsmessig krevende å få på plass og å vedlikeholde. Dette arbeidet har i perioder tatt all tid til enhetsleder/avdelingslederne og vært en hemmer for å få til annet arbeid (bl.a. piloten). Turnusen skal nå evalueres.

## 6.6 OPPSUMMERING OG FORELØPIGE KONKLUSJONER FRA KOMMUNENS ARBEID – TO MODELLER FOR KVALITETSARBEID.

Oppsummert kan en overbyggende fellesnevner for kommunenes arbeid i piloteringsprosessen omtales som «personsentring». For alle kommunene, innen alle temaområder, og i særlig grad for de temaovergripende innsatsene, har «personsentring» vært et sentralt aspekt. «Personsentring» har fungert både som en eksplisitt og overordnet målsetting ved de respektive innsatsene og/eller som en potensiell gevinst av forbedrede rutiner og prosedyrer. Kommunene har, hver for seg, selv valgt en slikt vektlegging, riktignok på ulike måter og i henhold til Helsedirektoratets føringer om det å jobbe systematisk individorientert. Kommunenes valg synes å være knyttet til en felles forståelse om at sykehjemsbeboere

bør ivaretas basert på egne ressurser, ønsker og preferanser. Kommunene kan, basert på gjennomgangen vist over, sies å variere med hvor langt de har kommet med å «personsentrere tjenestene» og hvor bredt personsentrering har blitt forstått og iverksatt, men kan alle sies å ha lyktes med å heve det generelle fokuset rundt individuelt tilpassede tjenester (se også kap. 7).

Når det gjelder de konkrete temaområdene fremstår innsatser innen «aktivitet» og «ernæring» å være mer omfattende enn innen «Omsorg ved livets slutt», for alle kommuner. «Omsorg ved livets slutt» fremheves som et krevende tema, både med tanke på iboende etiske dilemmaer og med tanke på standardiseringsproblematikk, men det fremheves også som et tema kommunene har hatt prosjekt på tidligere eller som de opplever at de har hatt gode rutiner på. Likevel har de fleste kommunene lyktes med å iverksette relativt konkrete tiltak innen området, tiltak som tilsynelatende vil kunne videreføres ved hver institusjon og som også retter seg mot de pårørende. For «aktivitet» og «ernæring» har innsatsene vært mer omfattende og ressurskrevende, noe som må ses i sammenheng med temaområdenes vide nedslagsfelt. Innen disse temaområdene har både mer generelle (individuell plan og VIPS-fagmøter, for eksempel) og konkrete (flytting av tidspunkt for måltid) tilnærminger blitt utviklet og implementert. Selv om «aktivitet» har blitt fremhevet som et problematisk område, har alle kommunene (med unntak av Sortland) likevel gjort flere og betydningsfulle innsatser innen temaet.

Temaområdene oppfattes, som nevnt innledningsvis i dette kapittelet, som relevante aktuelle, noe som nok har bidratt til at alle kommunene har gjort store fremskritt innen ett eller flere områder og at de unisont virker å verdsette det å arbeide innen områdene.

Som nevnt innledningsvis i dette delkapittelet, er det en vesentlig forskjell om kommunene har satset på konkrete, temaspesifikke innsatser eller mer overgripende innsatser, som kan omtales som en «grunnmur». Et strukturert system for internundervisning, årshjul og overordnede sjekklister for nyansatte kan stå som eksempler på sistnevnte. Kristiansund utpeker seg i retning av å fokusere på konkrete, avgrensede innsatser, mens Sortland utpeker seg ved å fokusere på en «grunnmur» i forkant av senere innsatser inne de respektive områdene. Tromsø og Eidskog har valgt tilnærminger som dekker begge nivåene. I så måte er kanskje den mest

vesentlige forskjellen kommunene imellom når det gjelder forståelse av samt konkret arbeid med kvalitetsutviklingsarbeid om «del» og «helhet» er tenkt i sammenheng. Basert på piloteringsfasen i Trygghetsstandarden kan vi basert på våre funn lage to modeller av kvalitetsutviklingsarbeid:

- **En helhetlig modell.** Representert ved Tromsø og Eidskog. Her er innsatser samtidig rettet både mot konkrete tiltak og verktøy (knyttet til temaområder) og generelle tilnærminger og innsatser som delvis strukturerer de konkrete tiltakene og verktøyene. Et vesentlig aspekt for både Tromsø og Eidskog er at overbygging eller «grunnmur» (for eksempel i form av årshjul eller individuell plan) aktivt forholder seg til de mer spesifikke innsatsområdene, og at kvalitetsutviklingsarbeidet på denne måten er et institusjonshelhetlig (om enn ikke kommunalt) satsingsområde. Sagt noe forenklet er de respektive verktøyene som utarbeidet eller videreutviklet innarbeidet i en overordnet «kvalitetsarbeidsgrunnmur», blant annet ved at sistnevnte angir hva, når og av hvem ulike verktøy skal benyttes.

En spisset modell. Representert ved Sortland og Kristiansund. På hver sin måte har Sortland og Kristiansund valgt å fokusere på ett felt: Sortland på overbygging/grunnmur, Kristiansund på konkrete innsatser innen temaområdene. Hver for seg har kommunene ideer (og noen konkrete planer) om hvordan valgt satsingsområde skal utvides og/eller videreutvikles. Noe av dette har kommet i gang og blitt implementert innen piloteringsperioden. Likevel har kommunene, på hver sin måte, valgt et mer avgrenset nedslagsfelt for sitt arbeid innen piloteringen sammenlignet med de andre kommunene, først og fremst av nødvendighetssyn. Disse tilnærmingmåtene synes hensiktsmessige gitt tilgjengelige ressurser, men betinger samtidig et vesentlig planarbeid for videre arbeid, for å forhindre oppgavefragmentering og at innsatser gjort i piloteringsfasen ikke skal havne på «prosjektkirkegården».

Spesielt tre faktorer synes å være avgjørende for at Tromsø og Eidskog har kunnet anvende en helhetlig modell: 1) En dedikert og stedlig (ved institusjon) prosjektledelse som har et kontinuerlig og aktivt forhold til kvalitetsutviklingsarbeidet, samt til de ansatte, med særlig fokus på overbygging/grunnmur og delegering av oppgaver knyttet til temaområdene. 2) En relativt tidlig og stabil organiseringsform i flere ledd

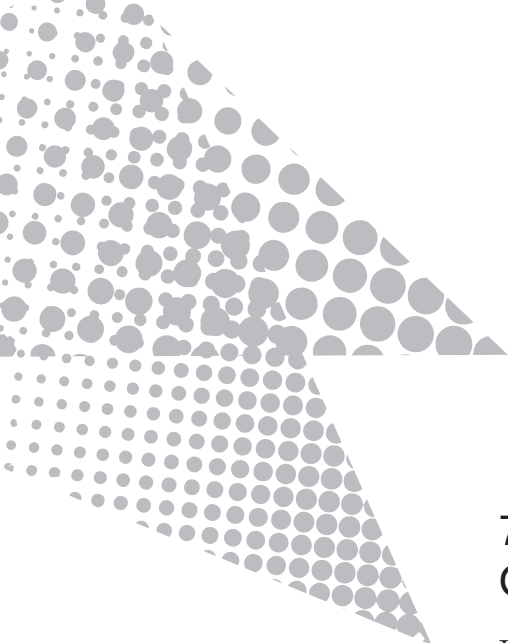
som inkluderer flere kategorier av ansatte. 3) Allokering av tilgjengelige ressurser innen kommunen, til prosjektledelse og/eller «frikjøp» av øvrige ansatte, for eksempel i opplæringsøyemed. I særlig grad Tromsø oppfyller disse «kriteriene», mens Eidskog til en viss grad har gjort det.

På lignende måte er enkelte faktorer medvirkende til at Kristiansund og Sortland har valgt en annen tilnærming, i særlig grad 1) manglende stillingshjemmel for tilstedeværende og kontinuerlig oppfølgende prosjektledelse, 2) muligheter for ressursallokering innen kritiske områder og tidsfaser i piloteringsperioden, og 3) en organisasjonsform som sikrer deltagelse og «eierskap» horisontalt og vertikalt innen organisasjonen, både mellom og innen avdelinger.

Modellene er ikke tiltenkt å vise til «beste praksis» selv om det åpenbart er fordeler knyttet til en helhetlig tilnærming. Gitt eksisterende ressurser og kapasitet, piloteringsfasens varighet og bredden i potensielle tilnærminger og innsatser, gjorde Kristiansund og Sortland strategiske valg for å avgrense tilnærminger, som virker hensiktsmessige og nødvendige. For både Kristiansund og Sortland er arbeidet som har blitt gjort innen piloteringsfasen arbeid som kan utvides internt og spres eksternt. Hadde kommunene ikke gjort disse valgene, ville deltagelse i Trygghetsstandarden nok blitt for omfattende, gitt de nevnte betingelsene.







## 7 DRØFTING, OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER

I dette avsluttende kapittelet vil vi løfte frem noen av hovedfunnene fra vår følgeforskning av Trygghetsstandarden og drøfte disse med hensyn til våre to oppgitte oppdrag, våre forskningsspørsmål, og noen sentrale momenter og målsetninger ved Trygghetsstandarden. Sentrale momenter i vår drøfting er nasjonale føringer i relasjon til lokal autonomi, brukermedvirkning og pasientrettede tjenester, og standardisering i relasjon til faglighet og faglig skjønn. Vårt oppgitte oppdrag er å adressere om a) Trygghetsstandardens struktur og tilgjengeliggjøring av informasjon gir merverdi for kommunenes arbeid med kvalitetsforbedring, og b) om kommunene oppnår bedre resultater gjennom å følge Trygghetsstandardens anbefalinger innenfor de hovedområdene som er inkludert i piloten. Trygghetsstandarden skal motivere ansatte og ledere til å praktisere arbeidet etter bestemte kvalitetskrav, og således forstår vi standarden som måter å arbeide på der utprøving av denne uvilkårlig vil medføre endringer i etablerte arbeidsmåter.

Forskning viser at implementering og integrering av kvalitetsforbedrende intervensjoner i helse- og omsorgstjenesten generelt og i sykehjem spesielt, er krevende (Rosen et al. 2006). En vanlige forklaring på dette er at implementering og integrering av slike tiltak medfører økte kostnader og arbeidsinnsats (Hallberg 2006). En annen relevant forklaring går på at tjenestene organiseres døgnkontinuerlig, hvor personalet organiseres i tre vakter, noe som er en særlig utfordring med tanke på opplæring, kursing og informasjonsdeling (Mekki 2015). I sykehjem hvor kvalitetsforbedrende tiltak faktisk blir tatt i bruk og fører til endringer i praksis, har også bemanning og ledelse spilt en viktig rolle (Castle & Anderson 2011; Collier & Harrington 2008; Milisen, De Busser, Kayaert, Abraham, & de Casterle 2010; Phillips

2002). De ansattes trivsel, motivasjon og involvering i endringsprosessene har også betydning (Chou et al, 2003; Enmarker & Olsen 2014).

Evalueringsarbeidet knyttet til denne rapporten har fokusert på denne kompleksiteten. Kvalitetsarbeid i de involverte sykehjemmene har blitt adressert og analysert fra flere innfalls-vinkler og på ulike nivåer. Fellesnevnerne for tilnærmingen vår er at kvalitetsarbeid har blitt forstått som prosessuelt, som betinget av lokale kontekstuelle forhold og som å involvere ulike kategorier av ansatte i samspill, og hvor kontekstuelle forhold varierer både med hensyn til kommune, sykehjem og avdeling.

## 7.1 NASJONALE FØRINGER I KOMPLEKSE AUTONOME KOMMUNALE KONTEKSTER

I forskningsspørsmål 2 spør vi «på hvilke måter, og eventuelt hvordan, verktøyet har bidratt til etablering av «åpenhetskultur» blant de ansatte, til systematisk pasientorientering i tjenestene samt til «reell brukermedvirkning» for beboere og pårørende ved sykehjem. I dette underpunktet samt påfølgende punkt diskuterer vi arbeidskultur og komplekse lokale kontekster. I forskningsspørsmål 3 spør vi om verktøyet har bidratt til likere tjenester av lik kvalitet, om det bidrar til å begrense «uønsket variasjon», og om hvordan lokale ressurser, kulturer og betingelser har blitt engasjert og formet gjennom prosessene. I dette og neste punkt drøfter vi dette spørsmålet.

Kultur er et komplekst begrep som kan forstås på ulike måter, men felles for alle «definisjoner» er at det handler om noe mennesker deler, altså om noe kollektivt, og som har symboliske, strukturelle og institusjonelle dimensjoner. Kultur kan derfor ses på som mer enn ideer og tenkemåter som deles av en større eller mindre gruppe mennesker. Kultur innebærer også måter å skape mening på og måter å handle og samhandle på innenfor en rekke muligheter og begrensninger knyttet blant annet til organisatoriske, juridiske, økonomiske og arkitektoniske rammer. Arbeidskultur er et noe snevrere begrep da det peker mot sosiale relasjoner og et felleskap mellom mennesker som er tilstede ved samme arbeidsplass over tid. Noe forenklet kan vi definere arbeidskultur som en kompleks helhet av kunnskaper, holdninger og vaner mennesker tilegner seg gjennom deltakelse og tilstedeværelse ved arbeidsplassen. Arbeidskulturen vil selvsagt være en del av en større helhet, eller en felles kultur, som tilegnes av alle medlemmene av stor-samfunnet (Hylland-Eriksen

1993). Samtidig preges arbeidskulturen av ulike betingelser som oppleves lokalt, som innebærer at arbeidskultur i sykehjem både synes å ha noen særlige kjennetegn som er kontinuerlige over tid, slik som en relativt egalitær personalkultur sammenliknet med spesialisthelsetjenestene, og andre kjennetegn som kan variere over tid med endrede rammebetingelser (Jacobsen 2015). Helsemyndighetenes målsetning om at Trygghetsstandarden skal tilrettelegge en «åpenhetskultur» blant ansatte forstås her som å omhandle det å oppnå større transparens ved arbeidsplassen gjennom dokumentasjon der ansatte «kvitterer» for utført arbeid, samt det at ansatte og ledelse etablerer kanaler som skaper rom for kunnskaps- og informasjonsutveksling på gode måter. Dette kan mer konkret handle for eksempel om å skape rom for å våge å fremsette kritikk og stille spørsmål, eller om at ansatte blir involvert i viktige avgjørelser som angår deres arbeidshverdag.

Slik det fremkommer i rapporten, representerer de deltakende sykehjemmene ulike og komplekse lokale virkeligheter. Vi har funnet stor variasjon og det vi forstår som ulike lokale (arbeids)kulturer.

Vi finner store kommunale variasjoner, der grad og type av kommunal forankring av arbeidet med Trygghetsstandarden varierer og der kommunistørrelse og kommuneøkonomi spiller en rolle med hensyn til hvilken (personell- og) ressursmessig innsats de enkelte sykehjemmene kan bidra med i Trygghetsstandarden. Dette kommer for eksempel særlig klart fram i Tromsø kommune, der to ganske ulike sykehjem deltar, hver med sine ulike styrker og utfordringer. Balansen mellom oppgaver å løse og tilgjengelige ressurser gir noen klare begrensninger. Likevel får intervjuene med ledere og ansatte fram at det finnes mulighetsrom, og at ulike muligheter gripes av forskjellige institusjoner.

Variasjoner i faglig praksis, og i muligheter og begrensninger, fremkommer både i et synkront og diakront perspektiv (over et tidsforløp) for eksempel med hensyn til balansen mellom oppgaver som skal løses og tilgjengelige ressurser. Tromsø er et relativt dramatisk eksempel på dette. Våren 2018 kommer beskjeden om at kommunen skal spare over 200 mill.kr. Sykehjem 1 har fått pålegg om å spare 4,3 mill. kr. En av lederne der kommenter at «sykefravær er den største utfordringen hos oss. Vi er lite bemannet fra grunnen av. Vi er redd for at sykefraværet vil øke nå. Vi har også flere stillinger som ikke er besatt, og da er det vanskelig å få hevet kompetansen. Vi har fått beskjed om at det ikke leies inn

ved sykefravær. Det kommer til å påvirke oss. Men det må være en mulighet for en halvtime for internundervisning». Ved sykehjemmet har den ene avdelingen tre ubesatte sykepleierstillinger. Likevel er lederen i noen grad optimistisk, og ser for seg at noe av den etablerte internundervisningen vil fortsette.

Vi finner videre at hver enkelt sykehjem har viktige særtrekk knyttet til faktorer som bygningsmasse og arkitektur, tilgang på kvalifisert personale, samt organisasjons-, ledelses- og arbeidskultur. Med arkitektur mener vi ulik type utførelse av for eksempel vaktrom, korridorer og fellesrom som kan påvirke og forme arbeidet, relasjonen mellom ansatte og mellom ansatte og beboere. Med arbeidskultur mener vi, i tillegg til dimensjoner som allerede er nevnt, måter å jobbe på og verdier og holdninger som ligger til grunn for disse som ikke nødvendigvis er tematisert men som likevel former selve arbeidet og utførelsen av dette, arbeidsmiljø og forståelsen av hva som er kvalitet i arbeidet ved et sykehjem.

Vi finner videre at de ulike avdelingene ved samme sykehjem varierer seg imellom. Noen ganger synes det å gå på «type» avdeling, som at demensavdelinger noen ganger satser mer inn mot aktivitet enn somatiske avdelinger, eller at somatiske avdelinger enkelte ganger har en større innsats inn mot ernæring. En avdelingsleder i Tromsø forteller at «jeg har jobbet i mange år på «Havgløtt», på en kjempestor avdeling. Det er to helt ulike kulturer der og på «Stranda», hvor jeg er nå. Vi jobber nok mer personsentrert hos oss enn man gjør på en somatisk avdeling. Vi har en annen måte å tenke på. Det oppgaveorienterte kan lett ta over. Man bretter vaskekluter, men Olga trengte gjerne en hånd å holde i. Mens for dokumentasjon er de gjerne litt flinkere på de somatiske avdelingene». Her ser vi at den ansatte skiller mellom en «oppgaveorientert» og en «personorientert» måte å jobbe på og at hun opplever at disse måtene eksisterer ved samme sykehjemmet. Ved et annet sykehjem understreket en ansatt noe lignende da hun sa at «vi må passe på at ikke pleiekulturen tar overhånd og at det er det gode stellet som defineres som sosialisering og aktivisering av beboerne». Her nevnes en tredje måte å jobbe på som «pleieorientert» og den ansatte var urolig for at en slik orientering skulle komme til å fortrenge fokuset på aktivitet som ligger i Trygghetsstandarden.

Vi finner også at ulike avdelinger ved samme institusjon velger ulike rutiner innenfor innsatsområdene, for eksempel knyttet til bruk av «matkort» eller ikke, noe som virker å

bygge på en enighet blant de ansatte på avdelingen heller enn på faglige retningslinjer sentralt i institusjonen. På den ene side kan dette ses på som å hindre standardisering innen hvert enkelt av de tre temaområdene. På den annen side kan det også ses på som en mulighet for de ulike lokale miljøene til skreddersy en implementering av Trygghetsstandarden som passer for dem, og til å ta utgangspunkt i egne styrker og satsinger som man brenner for lokalt.

En del lokal variasjon kan sannsynligvis tilskrives en relativt høy grad av autonomi for det pleiefaglige personalet i sykehjemssektoren. Mens mange sykepleiere og andre helsearbeidere ser på arbeid i sykehus som mer faglig utviklende enn å arbeide i sykehjem, ser andre på sykehjem som institusjoner som mindre hierarkiske og som steder som gir mulighet for god fagutvikling på grunn av stor grad av autonomi for de pleiefaglige gruppene (Jacobsen 2005, 2015). Som en av sykepleierne i utvalget vårt uttrykket det: «På sykehuset må sykepleierne dilte etter legen hele dagen, mens her på sykehjemmet har vi mer styring over vår egen arbeidshverdag». Vi tenker at en for stor grad av standardisering uten fleksibilitet vil kunne redusere en slik motivasjon.

Standardiseringen av kvalitetsarbeid knyttet til Trygghetstandardprosjektet finner altså sted i kontekster som viser stor variasjon i betingelser, særtrekk og arbeidskultur. Dessuten finner den sted i en sektor som har noen viktige særtrekk som gjør kvalitetsarbeid annerledes her enn i skolesektoren og i mange andre sektorer, nemlig 24/7 tilbud til beboere, organisering i skiftarbeid og det stadig sterkere personaliserte ansvaret de ansatte har for beboeren/pasienten (se Vike 2017). En leder ved et av sykehjemmene beskriver situasjonen slik: «Her hos oss, når man skal jobbe med fag, så er vi pasientnære hele tiden, knyttet til turnus. Vi er nødt til å frikjøpe fra avdelingen, og da må det leies inn vikar. Vi har vært helt avhengige av fagkoordinatoren, han har fått frikjøpt tid. Pleierne mine har ikke egne kontorer til rådighet. Vår fagkoordinator er selv sykepleier og jobber ute i avdelingen, så han vet jo om alt det, men det er krevende for andre som deltar. Det er utfordrende når din hele arbeidstid er bundet opp til arbeid i avdelingen. Jeg har tilkallingsvikarer, vi har fått det stort sett til når vi planlegger. Det er krevende å få alle til å møte i faggruppene, men vi har fått det til. Det er utfordrende med ulike turnuser og ulike avdelinger». Turnusvirkeligheten med døgnkontinuerlig drift er et

argument som ofte løftes fram av informanter med hensyn til å finne pragmatiske løsninger, og for å ha en viss grad av slingringsmonn i standardiseringen.

Dette punktet omhandler også forholdet mellom stat og kommune i Norge, eller forholdet mellom nasjonale føringer og kommunal autonomi i henhold til målsetningen om å skape likeverdige tjenester i alle norske kommuner. Universalisme er et grunnleggende prinsipp for velferdstjenester i Norge og Trygghetsstandardens legitimering er å redusere «uønsket variasjon» i kvalitet i tjenestene og sikre at alle mottar tjenester av samme kvalitet. Dette er en kompleks problemstilling som vi kort ønsker å adressere da enhver nasjonal standardiseringsprosess relaterer seg til kommunene sin selvråderett.

Det norske velferdssystemet kan sies å være «kommunegjort» i den forstand at det er kommunene i Norge som har ansvar for å levere de fleste velferdstjenester til befolkningen.

Den relativt store grad av kommunal autonomi vi finner i Norge er et særegent nordisk, og særlig norsk, fenomen, og dette terrenget ser annerledes ut i Europa både med tanke på velferdssystem og aktører ansvarlige for å levere slike tjenester (Vike 2017). Kommunal autonomi medfører lokale prioriteringer og avgjørelser vedrørende tjenestetilbud og tjenestelevering, noe som fører til tjenestevariasjon. Det er likevel ikke gitt at en slik tjenestevariasjon nødvendigvis medfører variasjon i kvalitet på tjenestene.

Som vist i rapporten har vi funnet stor variasjon i deltakerkommunene med tanke på hvordan Trygghetsstandarden forstås, tolkes inn i lokale rammer og implementeres. Den relativt høye graden av kommunal autonomi muliggjør slike forskjeller i implementering mellom kommunene. Vi har ikke grunnlag for å si, ut fra erfaringer i dette evalueringsarbeidet, at dette dreier seg om såkalt uønsket variasjon, forstått som systematiske kvalitetsforskjeller mellom tjenestene i kommunene. Det synes heller som om ulike måter å implementere på gjenspeiler ulike muligheter og begrensninger i de fire kommunene (se også kapittel 6.7). Dermed kan man identifisere helt ulike styrker og svakheter knyttet til hvordan hver av de fire kommunene har gjennomført Trygghetsstandardens piloteringen på.

Idealet i Trygghetsstandarden har vært at implementering skal skje gjennom daglig drift der nye og endrede arbeidsoppgaver skal utvikles, læres, tas i bruk, utføres og følges opp gjennom en vanlig arbeidsdag. Men, hva skal til for at en slik

standardiseringsprosess blir forstått som meningsfull for de som skal utvikle og bruke den nye standarden, og hvordan «snakker» den nye standarden med etablert arbeidskultur og eventuelle andre standarder? Dette diskuterer vi i neste punkt.

## 7.2 UTVIKLING, IMPLEMENTERING OG BRUK AV STANDARDER: SKRIPT OG INFRASTRUKTUR

Timmermans & Epstein (2010:80) hevder at helse og omsorgsfeltet i hele den vestlige verden i dag er involvert i en massiv standardiserings-bevegelse influert av «evidence based medicine» som på norsk omsettes i helsefeltet til kunnskapsbasert praksis. Gjennom denne bevegelsen gjør profesjonsorganisasjoner og regulerende enheter tilgjengelig det som kalles «beste praksis» (best practice), praksis ansett som ledende, for klinikere og andre i feltet basert på systematiske gjennomganger av forskningslitteratur, retningslinjer, vurderingsredskap og standardiserte resultatmål (outcome measures). Timmermans & Epstein (2010:80) poengterer at standardisering av menneskers måter å arbeide på (altså menneskelig atferd) er vanskelig og at det ser ut til at løse standarder med stor lokal tilpasningsevne fungerer best. Videre viser det seg at brukere av en standard må jobbe målrettet for å hindre at standarden endres når omstendigheter og vilkår endres. Men, er en standard for fleksibel blir den ubrukkelig. Derfor er nøkkelen til standardisering å finne balansen mellom fleksibilitet og rigiditet, samt det å ha tillit til at brukerne av standarden klarer å forvalte denne.

Et relatert spenningsfelt er likebehandling versus arbeid for å oppnå resultatlikhet (Beteille 1986). Å sikre rettferdig fordeling av ressurser og forsvarlig kvalitet i tjenestene til alle, kan lett understøtte behandlingslikhet - at alle til en viss grad behandles likt - til tross for stor variasjon i behov og ønsker. Likebehandling kan også ha et annet grunnlag enn en bevisst standardiseringsprosess, nemlig en institusjonslogikk der rutiner som fremtrer som en logisk og naturlig del av institusjonen, skaper et administrert, uselvstendig, monotont og rutinepreget liv for beboerne (Goffman 1966; Jacobsen 2015). I den sammenhengen fremstår en bevisst standardiseringsprosess som et positivt alternativ til en institusjonslogikk der vanetenkning og rutiner dominerer. Men uansett vil en standardiseringsprosess kunne medføre at behandlingslikhet dominerer til fortregning for resultatlikhet, der målet er at alle beboerne skal kunne få dekket sine

individuelle og særegne behov, og dermed oppnå et best mulig resultat, gjennom å behandles ulikt. Den økte bevissthet omkring eget arbeid og praksis som flere av våre informanter uttrykker, viser også til økt bevisstheten omkring dilemma og motsetningsfylte krav og logikker i det daglige arbeidet.

Standardisering blir oppnådd gjennom samhandling mellom mange aktører. Videre kan standarder implementeres «top-down» eller «bottom-up». Trygghetsstandarden har hatt en eksplisitt «bottom-up» tilnærming der det forventes at kommunene skal bygge på det de allerede har og utforme nye løsninger som er lokalt tilpasset. Samtidig inneholder standarden et web-verktøy bestående av nasjonale anbefalinger og forslag til løsninger, noe som kan sees på som relativt førende for hvilke løsninger kommunene skal finne.

Sentrale målsetninger med det å lage standarder er å sikre trygghet, kvalitet, effektivitet, eller en redistribusjon av ressurser. Standardisering kan også reflektere «kontroll» av et felt og således innebære en maktdimensjon der styresmakter krever tilpasning til standarder som et ledd i regulering av ulike sektorer i samfunnet (Timmermans & Epstein 2010: 79). I prinsippet er standarder frivillige «but can become de jure mandatory, producing a neoliberal government-industry hybrid of governance» (Timmermans & Epstein 2010: 80). Standarder kan være felt- eller sektorspesifikke, nasjonale eller internasjonale, og de kan variere med hensyn til fokus, mål, fleksibilitet, kostnader og gevinst (Timmermans & Epstein 2010: 75). Trygghetsstandarden er en pilotering av en standard for kvalitetsarbeid i sykehjem og har som siktemål å bli implementert som en nasjonal standard for sykehjemssektoren etter piloteringsslutt. Det er således en nasjonal sektorspesifikk standard med mål om å redusere det som fra helsemyndighetene anses som uønsket variasjon i norske sykehjem for å sikre borgerne lik tilgang til tjenester av lik kvalitet.

Standardisering er en aktiv og tid- og ressurskrevende prosess. En kan mislykkes i implementeringen av standarder av mange grunner, som for eksempel på grunn av manglende kunnskap eller samsvar mellom standard og realitet, motstand, eller tilpasning til andre standarder (Timmermans & Epstein 2010:81).

Timmermans & Epstein (2010: 75) identifiserer noen fellestrekk som oppstår i utviklingsprosessen av nye standarder. Et grunnleggende fellestrekk er at standardutvikling er en sosial handling da det kreves at mennesker i felleskap lager



den. For at standarden skal bli virksam, kreves det at flere mennesker bruker den sammen. Det kreves altså en felles forståelse og det kreves kollektive handlinger. En nøkkel med hensyn til å studere utviklingen av standarder blir da å kartlegge samhandling mellom alle de parter som er involvert i prosessen, også de som en kunne forventet var med men som ikke er inkludert. I dette følge evalueringsarbeidet har vi fulgt alle aktører som deltar i prosessen over tid og kartlagt deres ulike erfaringer med utvikling og implementering av Trygghetsstandarden. Vi har gjennom dette funnet at de deltakende kommunene i ulik grad, og ved ulike stadier, har utviklet Trygghetsstandarden kollektivt og at en felles forståelsen var noe som vokste frem etter hvert som prosessen forløp, heller enn noe som var etablert på forhånd. Den felles forståelsen av standarden ble med andre ord skapt gjennom prosessen.

Alle standarder «implies a «script»...that specifies the various roles of users, as well as their skills, motivations, requirements, tools, and final outcomes» (Timmermans & Epstein 2010:79). Vi har gjennom å følge Trygghetsstandarden-prosessen funnet at sykehjemmene på ulike måter har jobbet med det å utvikle et slikt skript. Vi tolker «skript» dithen at det viser til hva vi i vårt datamateriale har omtalt som «grunnmur». Skript refererer altså til det kommunene ser på som det grunnleggende som må etableres før de kan gå i gang med arbeidet innen de tre mer temaspesifikke områdene i Trygghetsstandarden. Tydeliggjøring av stillingsbeskrivelser (roller), hva som forventes av de ulike kategoriene av ansatte, nye rutiner for opplæring av nyansatte, nye oppgaver tillagt en stilling og utbedrede systemer for kommunikasjon mellom de ansatte i institusjonen, kan alle være elementer som bidrar til å lage det nye «skriptet» som trengs for at standarden skal fungere og bli grunnlag for en ny og varig arbeidsmåte.

Timmermans & Epstein (2010:79) hevder videre at alle standarder må være knyttet til både en kulturell og fysisk infrastruktur som tillater standarden å fungere. Med dette forstår vi at det må være etablert tilstrekkelige materielle vilkår og kulturelle forståelser for at standarden skal kunne fungere i ulike kontekster. Men, som vi ser ovenfor så er sykehjemssektoren en sektor som preges av mangel på ressurser både i økonomisk, personal og tidsmessig forstand. Dette kan destabilisere de fysiske eller materielle vilkårene for at standarden kan fungere. Vi har også funnet at de fleste sykehjemmene har brukt en eller annen form for frikjøp av personalet for å kunne jobbe med Trygghetsstandarden, noe

som indikerer at de materielle vilkårene har blitt tilrettelagt i Trygghetsstandarden-perioden og at disse endres etter prosjektslutt.

En sykehjemskontekst består, som vist, av allerede etablerte praksiser, verktøy, aktører og andre standarder, slik at det å endre til en ny standard vil kunne utfordre det etablerte og medføre usikkerhet og motstand hos deltakende aktører. Et sykehjem består med andre ord av en allerede etablert kulturell infrastruktur som vi gjerne kan beskrive som komplekset av lokal arbeidskultur, holdninger, kunnskapsformer og forståelser. Det å etablere en forbindelse til eksisterende kulturell infrastruktur blir da avgjørende for å kunne skape et grunnlag for (varig) endring. Det er, slik vi forstår det, forsøkt å etablere en link til eksisterende kulturell infrastruktur i Trygghetsstandarden både gjennom «bottom-up» tilnærmingen fra helsemyndighetenes side og fra de deltakende kommunene sin side gjennom å (om enn i varierende grad) inkludere alle kategorier av ansatte.

Vi oppsummerer dette underkapitlet med at standardisering i komplekse lokale arbeidskulturer er en krevende prosess der et av kjerneelementene for å få til bruk av standarden, og varig endring, er at det etableres en kollektiv forståelse av betydningen av standarden, at den er forbundet med eksisterende kultur og at materielle vilkår legger grunnlag for videre eksistens. På spørsmålet om standarden har bidratt til likere tjenester av samme kvalitet kan vi på bakgrunn av våre funn hevde at vi har observert at tjenester – da forstått som arbeidsmåter og rutiner – har blitt likere i de deltakende kommunene og at klarere rutiner som både måler og følger opp kvalitetsarbeid har blitt innført eller er under utvikling. Således kan vi også hevde at elementer av «uønsket variasjon», som for eksempel kartlegging av beboere ved inntak, er redusert gjennom kommunenes anvendelse av redskaper i Trygghetsstandarden for utbedret inntakssamtale. Vårt oppdrag er videre å svare på om kommunene har fått merverdi av å ta i bruk verktøyet utviklet gjennom Trygghetsstandarden. Vi mener at gjennom prosessen med å utvikle skript, og gjennom sakte endring av lokal arbeidskultur, så har kommunene fått en merverdi med hensyn til kvalitetsarbeid fordi det synes som at endringene som er gjort, i alle fall en del av dem, er lagt inn i systemer og rutiner som muliggjør videre bruk etter prosjektslutt. Vi har i kapittel 3 vist at noen av organiseringsformene i Trygghetsstandarden har blitt gjort varige for å legge til rette for kontinuerlig kvalitetsarbeid. I kapittel 5 og 6 har vi sett at endringer som er gjort ved sykehjemmene i økende (om

enn noe varierende grad) har blitt akseptert og anerkjent av flere grupper av ansatte, også de som ikke har vært direkte involvert i arbeidet. En slik form for «varig gevinstrealisering» innen de respektive institusjonene er det riktignok tidlig å konkludere rundt, men innen alle de fire kommunene virker dette allerede å være en gryende tendens. Vi har også sett at kommunene nå planlegger videreføring av verktøy og tilnæringsmåter til hjemmetjenester og andre deler av velferdstjenestene. Å inkludere flest mulig ansatte i arbeidet – forstått både som en overordnet forståelse av betydningen av «kvalitetsutviklingsarbeid» og inngående kjennskap til konkrete verktøy – fremstår som et helt avgjørende element for å kunne sikre «likere tjenester, og som noe kommunene i varierende men også økende grad har oppnådd.

### 7.3 FAGLIG SKJØNN, PERSONSENTRERING OG STANDARDISERING

Helse og omsorgstjenester i Norge skal være rettferdige på den måten at alle borgere skal ha rett til lik behandling og like tjenester av samme kvalitet uansett hvem de er, hva de tjener eller hvor de bor i landet. Dette er et prinsipp kjent som «universalisme». Et redskap myndighetene har for å sikre «like tjenester» er å innføre standarder i tjenestene. En av målsetningene med å innføre en standard er å skape orden gjennom å legge til rette for sammenligning av arbeidsmåter, tjenester, behandlingsforløp, osv., fordi når noe gjøres eller utformes likt, vil avvik fra dette være lettere å oppdage og regulere.

Å sikre kvalitet impliserer å sikre minimumsstandarder, for å oppnå såkalt forsvarlig praksis. En alternativ måte å fokusere på kvalitet på og som også fremheves i mye litteratur om forbedringsarbeid, er «beste praksis», eller eventuelt, «lovende praksiser» (Armstrong et al. 2017). Knyttet til Trygghetsstandarden, synes begge disse dimensjonene å være tydelige. Ansatte og ledere ved de involverte sykehjemmene synes å arbeide både for å sikre minimumsstandarder og for å oppnå så god kvalitet som mulig. Samtaler og intervjuer med ansatte indikerer likevel at disse noen ganger opplever at rutiner for å sikre standarder og forsvarlig praksis går på bekostning av nærhet til beboerne og best mulig pleie og omsorg. Det synes som om de to tilnærmingene også illustrerer et spenningsfelt, der en standardisering som skal sikre alle beboerne forsvarlige og rettferdige tjenester også potensielt kan gå på bekostning av den gode individuelle og individrettede omsorgen.

De norske velferdstjenestene er historisk preget av høy grad av faglig autonomi der velferdsprofesjonene har hatt en sentral rolle i å definere behov for tjenestene og i å bygge tjenestene ut (Haukelien 2017: 189). Sagt på en annen måte har sentrale helsemyndigheter tatt imot signaler «nedenfra» og utformet et velferdsregime i samråd med profesjonene (Haukelien 2017; Vike 2017). Tillit til profesjonsutøverens faglige vurderinger tenkes å bygges inn i standardiserte systemer og rutiner, men profesjonene kan komme til å oppleve at deres handlingsrom blir mindre som følge av nye standardiserte måter å arbeide på (Håland & Melby 2017: 385).

Det at handlingsrommet oppleves som mindre og kontrollen av arbeidet som mer detaljert, finner vi uttrykk for i vårt materiale. Dette uttrykkes ikke nødvendigvis ensidig da en forståelse for viktigheten av dokumentasjon også fremheves, men samtidig så oppleves det å dokumentere helt naturlige og vanlige hendelser ved et sykehjem som unødvendig. Som en av de ansatte i et sykehjem sa: «Det blir nesten litt «barnslig» å måtte dokumentere alt vi til enhver tid gjør for og sammen med beboerne når vi er på jobb. Men, jeg tenker at i denne fasen så prøver vi sikkert ut mange nye rutiner og så tar vi etter hvert bort de vi ser ikke er relevante». De fleste ansatte og personer i ledelsen synes en ny standard for kvalitet i sykehjem er en god ide om den kan føre til at beboere ved sykehjem i Norge får likere tjenester. Flere steder fremheves det likevel at en slik standard, som handler om kvaliteten av tjenestene beboere mottar, også burde inneholde et element som går på bemanning (bemanningsfaktor).

Gjennom vår følgeforskning av Trygghets-standardens har vi funnet at det finnes ulike forståelser av «kvalitet» blant ansatte og ledere. Kvalitet er ikke et entydig begrep og kan bety ulike ting i ulike sammenhenger. Kvalitet i arbeidet ved et sykehjem kan være noe som kan kvantifiseres gjennom målinger og tall, som for eksempel ved bruk av kvalitetsindikatorer, men samtidig kan kvalitet være en opplevelse eller erfaring av arbeidet som utføres både fra de ansatte og beboernes perspektiv. I våre intervjuer fremkom det ulike forståelser av kvalitet samt ulike forståelser av sammenhengen mellom dokumentasjon og kvalitet. Satt litt på spissen så kan vi si at for noen ansatte ved sykehjemmene så forstås kvalitet som nærhet og respekt for beboerne. Da blir ekstra arbeidsoppgaver og krav om mer dokumentasjon forstyrrende elementer. For andre ansatte forstås kvalitet som det å utføre de arbeidsoppgaver en til enhver tid har innenfor den gitte tidsrammen og å sørge for å dokumentere at det er

gjort. Dokumentasjon forstås av noen som en synliggjøring av arbeidet og en sikring av at ting blir gjort, mens for andre oppfattes dette som en (økende) detaljregulering som i mindre grad åpner for å kunne bruke faglig skjønn.

Vi mener at disse ulike oppfatningene peker mot noen mer generelle dilemma i enhver standardiseringsprosess som handler om forholdet mellom regulering av ansattes arbeids-hverdag/opp-gaver og rommet for utøvelse av faglig skjønn, eller sagt på en annen måte; forholdet mellom kontroll og tillit.

Ansatte på ulike nivå i de norske velferdstjenestene, som for eksempel de ansatte ved norske sykehjem, kan beskrives som «bakkebyråkrater» som har en nøkkelrolle i møtet mellom borgere og velferds(stat) (Lipsky, 1980; Vike, 2017). Et av elementene i deres arbeid er muligheten for å bruke skjønn i sin arbeidsutførelse og i sine avgjørelser (Molander mfl. 2012: 2014). Molander mfl. (2015) hevder at skjønn er ønskelig i et system av sosiale rettigheter, men rom for, og bruk av, skjønn kan også bidra til at bakkebyråkraten blir en «gatekeeper» med tanke på borgernes tilgang til, og kvalitet av, tjenester gjennom sitt arbeid. For å nå den politiske målsetningen om at alle borgere skal motta like tjenester av samme kvalitet kan da ett av tiltakene være å standardisere tjenestene gjennom å for eksempel innføre systemer av «audit» og kontroll. Men, en fare ved dette er da at fagutøvernes rom for skjønn innskrenkes.

Velferdsstaten Norge sin organisering av helse og omsorgs-sektoren blir påvirket av politiske strømninger fra Europa, og en sterk trend i Europa er personsentrering («personalization») av helse- og omsorgstjenester (West 2012). Dette kjenner vi igjen i Norge i diskursen om, og praksiser av, «pasientens helsevesen», der tjenestene skal rettes mot den enkeltes behov. Pasientrettethet i helse- og omsorgstjenestene henger nært sammen med brukermedvirkning og representerer en dreining mot en mer individualisert helsepolitikk. Individfokuset skal skape «empowerment» og «valgfrihet» hos brukeren, og dette fokuset finnes i mange nyere helse-reformer i Europa (West 2012: 639; Håland mfl. 2017:387).

I Trygghetsstandarden er et sentralt element det å jobbe systematisk personsentrert, og mange av forslagene som fremgår av web-verktøyet «Trygghetsstandard i sykehjem», legger til rette for dette. Vi har funnet at alle sykehjemmene har «omfavnet» denne måten å arbeide på og at det er noe

de har lagt inn som moment i de fleste nye planer, rutiner og sjekklister som nå lages. Det omfattende arbeidet som omhandler pasientsentrering (som altså alle inkluderte kommuner på ulike måter har arbeidet aktivt med) har i særlig grad klart å forholde seg til den vanskelige spenningen mellom «likebehandling» og faglig skjønnsutøvelse. Sagt noe forenklet: arbeid med individuell plan, for eksempel, stiller krav til de ansattes faglige vurderinger og forståelse av pasienter som går utover en skjematisk nedtegning av «pasientens egenskaper» og er arbeid som de fleste ansatte også setter pris på. Samtidig foregår dette arbeidet innenfor en ramme som skal sikre at arbeidet blir gjort, at det blir gjort på en hensiktsmessig måte, og at informasjonen kan viderefremmes. Vi understreker herved at for å kunne jobbe på denne måten trengs det både rom for skjønn og skjønnsvurderinger og dette bør således «bakes inn» i en fremtidig standard. I lys av dagens politiske vending mot «pasientrettede helsetjenester» kan det tenkes at «skjønnsvurderinger» vil være svært verdifulle fordi det da sikres at hvert enkelt individ, eller hver enkelt sak, blir vurdert ut fra sin særegenhet og at tjenestene tilpasses dette.

## 7.4 BRUKERMEDVIRKNING

Et sentralt moment i Trygghetsstandarden er «brukermedvirkning». I spørsmål 2 spør vi «på hvilke måter, og eventuelt hvordan, verktøyet har bidratt til etablering av «åpenhetskultur» blant de ansatte, til systematisk pasientorientering i tjenestene samt til «reell brukermedvirkning» for beboere og pårørende ved sykehjem». I dette underpunktet trekker vi på diskusjonen om personsentrering ovenfor, og drøfter hvordan de involverte sykehjemmene har arbeidet med brukermedvirkning.

Med brukere i denne sammenheng sikter vi til både pårørende og beboere ved de deltakende sykehjemmene, og vi drøfter hvordan, og ved hjelp av hva, arbeidet i Trygghetsstandarden har lagt til rette for reell (og ikke bare administrativ) brukermedvirkning.

Fokuset på brukermedvirkning i eldreomsorgen har blitt sterkere de siste årene og er i helse- og omsorgssektoren en individuell lovfestet rett (Christensen mfl. 2016; Haukelien 2017). Begrepet «bruker» etablerte seg i den offentlige diskursen på 1980 tallet og erstattet da begreper som «pasient» og «klient». Brukermedvirkning kan knyttes til individers rettigheter i den norske velferdssektoren, der det da er tenkt å sikre en demokratisk utvikling og «empowerment» av

individet i møtet med systemet. Brukermedvirkning kan også ses på som en indikasjon på en «konsumdreining» med hensyn til offentlige tjenester, der valgfrihet står sentralt (som en form for medvirkning) (Christensen mfl. 2016: 263).

I henhold til Helsedirektoratets plan for brukermedvirkning forstås brukermedvirkning på individ-, tjeneste-, og systemnivå. Vi legger til grunn en analytisk forståelse av brukermedvirkning der vi skiller mellom mikro- og makro-nivå, og der det Helsedirektoratet anser som meso-nivå, vil være inkludert i vårt systemnivå.

#### 7.4.1 BRUKERMEDVIRKNING PÅ INDIVIDNIVÅ

Brukermedvirkning på individnivå handler om retten og muligheten individet har til å påvirke de tjenestene det mottar fra velferdssektoren, noe som er tenkt å sikre at mottakeren inntar en aktiv holdning til tjenestene og at tjenestene da blir mer relevante og individtilpassede. I Trygghetsstandarden kan eksempler på reellbrukermedvirkning på individnivå være at bruker, gjerne sammen med pårørende, får komme med innspill til hvordan beboeren ønsker å ha det på sykehjemmet, hva hun liker å spise og hva hun liker å gjøre på og at dette blir registrert og hensyn tatt gjennom de ansattes arbeid.

Generelt viste kommunene til ulik grad av involvering og samarbeid med beboere og pårørende. Variasjon i involvering og samarbeid med pårørende (og beboere) gjenspeiles for eksempel i ulike måter pårørende var involvert i inntakssamtaler. Det var uttrykk for variasjon både i tema samt i rutiner og redskap. Bruk av inntakssamtaler varierte på tvers av avdelinger også innen samme sykehjem. Det var altså variasjon i om inntakssamtaler fant sted og i formen. Noen steder var inntakssamtalen en engangshendelse, mens andre steder var den beskrevet som en prosess som løp gjennom de første ukene etter at en ny beboer hadde flyttet til sykehjemmet, med ulik grad av involvering av pårørende.

I løpet av piloteringsperioden har samtlige sykehjem jobbet med å utbedre rutiner for inntakssamtalen. De har tatt i bruk hjelpemidler fra web-verktøyet «Trygghetsstandard i sykehjem», som for eksempel «Min Livshistorie», for å dreie denne samtalen mer i retning av pasientens interesser og behov. Sykehjemmene har videre laget beskrivelser av hvem som skal være med i inntakssamtalen og hvordan de tar

imot nye pasienter (for eksempel velkomstbrosjyre). Vi har med andre ord funnet store endringer med hensyn til dette og vi ser at sykehjemmene arbeider for at det skal bli lik praksis rundt dette ved alle avdelinger i institusjonen.

I intervjuer med pasienter og pårørende males det et relativt unisont bilde av de respektive sykehjemmene. De ansatte beskrives som flinke, oppofrende og blide – men travle. En av de pårørende som nylig hadde mistet sin ektefelle gav uttrykk for en konkret følge av denne travelheten, i en fase der ektefellens liv gikk mot slutten: «Jeg prøvde å finne ut hvor lang tid det tok før folk så inn til kona mi igjen. Og det kunne av og til gå lang tid ... Kanskje tenkte de at jeg er jo her, men slik skal de jo ikke tenke». Det svares overraskende ofte nei blant pårørende på om spørsmål om livets slutt blir tatt opp eksplisitt ved inntakssamtaler eller senere. Flere av de pårørende sier at de har snakket med sin mor eller far på egen hånd, men at dette sjeldent har blitt tatt opp av ansatte. Vi har funnet at tilnærming til dette tema er i endring og at det ved flere av sykehjemmene nå er inkludert i inntakssamtalen. Videre ser vi at det er større fokus på de pårørende i den terminale fasen og at mange av sykehjemmene har laget rutiner for etterlattesamtaler noen uker etter beboers bortgang. Vi anser disse tiltakene som å ha potensiale til å styrke reell brukermedvirkning hva gjelder tjenestemottaking den siste tiden av livet.

Når det gjelder beboeres medvirkning på individnivå er denne styrket gjennom endringer i inntakssamtalen samt endringer gjort med hensyn til rutiner med pårørendesamtaler. I årshjulet for fellesaktiviteter i Eidskog er det for eksempel nå lagt inn månedlige pub-kvelder som blant annet har som formål å legge til rette for dialog mellom ansatte og beboere/pårørende. Det er også laget en forslagspostkasse som står i inngangspartiet der pårørende kan legge inn forslag og kommentarer. De pårørende viser til at det å ha eget kjøkken er svært positivt både for beboere, ansatte og for lokalbefolkning og noe som gjør det enkelt for beboerne å få den maten de liker. I Sortland skal det gjennomføres ny brukerundersøkelse høsten 2018 og informasjon fra denne kan brukes til å utbedre forhold som de pårørende melder om. Inntakssamtalen er også her endret for å sikre mer reel brukermedvirkning gjennom fokus på «hva er viktig for deg» og det planlegges å utbedre rutiner for pårørendesamtaler. I Kristiansund gjennomføres fagmøter (ledet av primærkontakt) der enkeltindividet er i fokus, med målsetting om en refleksjonsdrøfting med andre ansatte på avdeling rundt den enkeltes beboers behov og ønsker. «Individuell plan» for



alle beboere skal også føres, i tillegg til individuelle aktivitetsplaner. Et annet eksempel kan hentes fra Tromsø, der «hva er viktig for deg» presenteres som en overgripende tilnærming for alle ansattes arbeid med beboere, både knyttet til gjennomføring av konkrete verktøy, men også til «dagliglivet».

#### 7.4.2 BRUKERMEDVIRKNING PÅ SYSTEMNIVÅ

Brukermedvirkning på systemnivå handler om at brukere av offentlige tjenester involveres i selve utformingen av tjenestene. Da vil brukere representere en større gruppe av brukere i ulike fora der avgjørelser vedrørende utforming og tilbud av tjenester blir drøftet og avgjort (Christensen mfl. 2016: 264).

Brukerundersøkelser gjennomføres som nevnt tidligere ulikt og med ulik intervall. Fra en kommune sies det, for eksempel, at svarprosent ved forrige undersøkelse var svært lav, da få hadde lyst til å «rapportere på» nærmeste leder. Generelt synes det som om brukerundersøkelser, både med tanke på pasienter og pårørende, ikke er systematisert enten opp mot årshjul eller med tanke på videre oppfølging i institusjonene.

Bruker/pårørenderåd (og tilsvarende) virker imidlertid å enten forekomme og å fungere godt, eller å ikke være på plass. Noen kommuner har, med andre ord, satset på dette, men andre har ikke. I Kristiansund er brukerråd spesielt godt utviklet, imens det i Sortland nylig er opprettet et brukerråd for institusjon.

Lignende organisering eksisterer i Eidskog hvor en pårørendeforening møtes en gang i måneden. Foreningen synes ikke å samarbeide med sykehjemmets ledelse på samme nivå som for Kristiansund, men utfyller en annen viktig funksjon som er en mangelvare i de andre kommunene: organisering av fellesaktiviteter drevet av frivillige.

I Tromsø arrangerer man et alternativ ved en av institusjonene, en såkalt pårørendekafe. En av lederne forteller at «Vi har ikke brukerråd hos oss. Derimot har vi pårørendekafe minst to ganger per år, for å få kontinuitet. Vi bruker dem veldig aktivt. Vi spør dem hva som er viktig i alle tre fagområdene». Denne lederen har mer tro på denne organisasjonsformen enn brukerråd, og uttrykker at «brukerrepresentanter kommer og går». Ved den andre institusjonen, der man heller ikke har brukerråd, formidles det at man har hatt «møter for hver etasje for pårørende med info om Trygghetsstandardprosjektet».

## 7.5 MOTIVASJON OG RESULTATER I ARBEIDET MED KVALITETSFORBEDRING

En sterk personlig motivasjon for deltagelse i Trygghetsstandarden hos flere som ble intervjuet var bedret yrkesstolthet. Flere fremhevet at det at det har blitt satset på deres institusjon fra nasjonale myndigheters side, gjør at man opplever en positiv oppmerksomhet og å bli verdsatt. En ansatt bemerker at dette også har endret forholdet til lederne, og at gjennom Trygghetsstandarden prosjektet har «vår øverste ledelse vist en satsingsvilje og positiv holdning nå som vi har savnet tidligere». Yrkesstolthet og stolthet over stedet hvor man arbeider ser ut til å henge tett sammen. Som en annen ansatt uttrykker det, «Det er artig å få mye skryt fra andre, fra sykepleierutdanningen, folk har hørt om oss. Pårørende sier også: «Aftensol» er det beste sykehjemmet». Motsatt uttrykker ansatte at de skjemmes når beboere får dårlig service. De fleste uttrykker at mange ting har kommet seg som resultat av Trygghetsstandarden, og uttrykker en bekymring for at dette skal endre seg når prosjektet tar slutt. Størst synes frykten i Tromsø kommune, der en ansatt ved sykehjem 1 forteller: «Det har vært en del endringer i økonomien. Rutinearbeidet består nok. Men jeg er redd for at det kuttes på maten. En gang før ble det kuttet på fløte i kaffen og andre ting som betyr mye for beboerne. At folk får ordentlig mat er viktig, de betaler jo mye. En gang vi hadde brun lapskaus som så ut som gjørme, da skjemtes jeg». På lignende måter vises det også til at Trygghetsstandarden på sikt også kan bidra til å øke anseelse og holdninger til sykehjemssektoren generelt, altså utover de konkrete involverte institusjonene. Flere ansatte, i særlig grad ledere, viser til at Trygghetsstandarden kan være et sentralt ledd i det å kommunisere sykehjem for «det som de virkelig er», et faglig utfordrende og komplekst arbeidssted med krav til kompetanse, ferdigheter og hensiktsmessige arbeidsmåter og -verktøy. Og slik er ikke, vises det til, den generelle oppfatningen av «det norske sykehjemmet» i befolkningen, som fremdeles anser sykehjemmet som «oppbevaringsinstitusjoner» og ansatte som «pleiehjelpere». Det vises til at slike negative holdninger også er også å finne blant enkelt arbeidssøkere, både for helsefagsarbeidere og sykepleiere. Gitt utfordringer knyttet til rekruttering av ansatte med «fagbakgrunn» er dette en vesentlig utfordring for ledelse ved sykehjem, og noe, mener vi, som Trygghetsstandarden kan bidra til å endre.

At Trygghetsstandarden har bidratt til stolthet over egen arbeidsplass, profesjonsoppfatning, og sektortilknytning synes å være en sterk fremmer for kvalitetsarbeidet. En leder beskriver det slik: «De (som jobber hos oss) har yrkesstolthet, de vil jobbe med det som vi jobber med. Nasjonale føringer, ting som skal implementeres. Selv om det er kjempehektisk, er det gøy. Det handler om faget. Vi ser at vi jobber riktig, selv om vi har en vei å gå. I denne fasen kreves det mer, vi bygger opp». Mens alle sykehjemmene har lagt planer for fortsatt arbeid med Trygghetsstandarden etter formell prosjektslutt og ut 2018, gir flere ledere og ansatte også uttrykk for planer i et enda lengre perspektiv og ser for seg implementeringsarbeidet som et arbeid over flere år.

Både kvantitative og kvalitative funn indikerer positive resultater av pilotering av Trygghetsstandarden. Opplevelsen av å lykkes, og av økt yrkesstolthet, synes å gjenspeiles i disse resultatene. Etter et fokus på prosesser så langt i dette kapitlet og der kvalitative funn har stått sentralt, kan det være på sin plass å oppsummere noen kvantitative funn.

På de fleste kvalitetsindikatormålingene ser man stor variasjon på tvers av deltakende sykehjemsavdelinger. Det fremtrer likevel noen relativt tydelige funn når man sammenlikner resultater før og etter piloteringen. Av målte endringer i løpet av piloteringen av Trygghetsstandarden synes endringer knyttet til kompetanse å være tydeligst. For alle de tre fokusområdene, (1) «ernæring, mat og måltider», (2) «aktivitet» og (3) «Omsorg ved livets slutt», har antall ansatte som har mottatt særskilt opplæring mangedoblet seg i løpet av piloteringen. Som et eksempel ble det rapportert at gjennomsnittlig 2,53 ansatte per avdeling hadde mottatt opplæring i temaet «Omsorg ved livets slutt» før piloteringen mens dette økte til 10,59 etter piloteringen.

Kvalitetsindikatormålingene indikerer også en økt brukerinvolvering. Som et håndfast eksempel har antallet avdelinger, av de totalt 17 avdelingene, som har etablert brukerråd økt fra en til 10. Et annet eksempel er økningen i antallet avdelinger som anvender den anbefalte kartleggingen av brukerpreferanser «Hva er viktig for deg», fra 7 til 17.

Det har generelt sett blitt etablert klare rutiner i de involverte avdelingene i løpet av prosjektperioden. Som et eksempel har det kommet på plass rutiner for veiing av pasienter, kartlegging av måltidspreferanser og for bruk av ernæringsplaner. Antall timer nattfaste er redusert i de fleste sykehjemsavdelingene.

Samlet sett synes variasjonene i kompetanse, praksis og rutiner mellom sykehjemmene redusert med hensyn til kvantitative parameter målt før og etter pilotering av Trygghetsstandarden.

## 7.6 NOEN ANBEFALINGER MED HENSYN TIL LOKAL IMPLEMENTERING OG VIDERE SPREDNING

På grunnlag av denne forskningsevalueringen av Trygghetsstandarden-prosjektet peker det seg ut noen lovende praksiser og fremgangsmåter. I den forbindelse har vi noen anbefalinger knyttet til lokal implementering og videre spredning. Med tanke på lokal implementering går anbefalingene både på struktur, organisering og arbeidsmåter.

En sterk involvering av ledere på avdelings-, institusjons og kommunenivå synes å være en viktig faktor for suksess.

Egne lokale ressursgrupper for de tre ulike satsingsområdene har vært en viktig drivkraft og bør satses på videre.

Alt tilsatt personale, også assistenter uten formell helsebakgrunn, bør involveres i arbeidet med Trygghetsstandarden. Dette vil sikre en kontinuitet i arbeidet også knyttet til helg og helligdager, som gjerne er dager med en høy andel assistenter på vakt, og gi de ansatte en opplevelse av å bli satset på.

Inkluder ansatte i sykehjem som brukere av Trygghetsstandarden, siden de de facto er brukere av verktøy og arbeidsmåter som Trygghetsstandarden innebærer. Vi anbefaler dermed at fremtidige brukerevalueringer av Trygghetsstandarden også inkluderer stab ved sykehjemmene.

Det bør være åpning for en viss grad av lokal variasjon når det gjelder struktur, organisering og arbeidsmåter. For det første varierer lokale forutsetninger for implementering og drift en del. For det andre gir muligheter for lokal utforming av Trygghetsstandarden et grunnlag for opplevelse av lokalt eierskap til Trygghetsstandarden. For det tredje vil dette kunne fasilitere spredning til nye kommuner med andre rammer og betingelser for å kunne gjennomføre Trygghetsstandarden.

24/7 driften av tjenester i sykehjem byr på særlige utfordringer knyttet til å få til implementering av ny praksis og varige endringer. Dette har en ressurs- og kostnadsside som ikke bør undervurderes.

Trygghetsstandarden og annet kvalitetsarbeid i sykehjem tar lang tid å implementere og å gå over i vanlig drift. Det bør derfor tenkes en lengre tidshorisont, ut over to år, for denne typen arbeid.

Ha beboerens individuelle behov i fokus i kvalitetsforbedringsarbeidet.

Vær tydelig(ere) på «bestillingen» til kommunene ved for eksempel å foreslå konkrete kvalitetsindikatorer som sykehjemmene kan bruke.

Ha en realistisk ide om hvem som er pasienter ved norske sykehjem i dag og hva dette krever ressursmessig i forhold til personaldekning og kompetanse.

Innfør en minstestandard for bemanning i sykehjemmene.

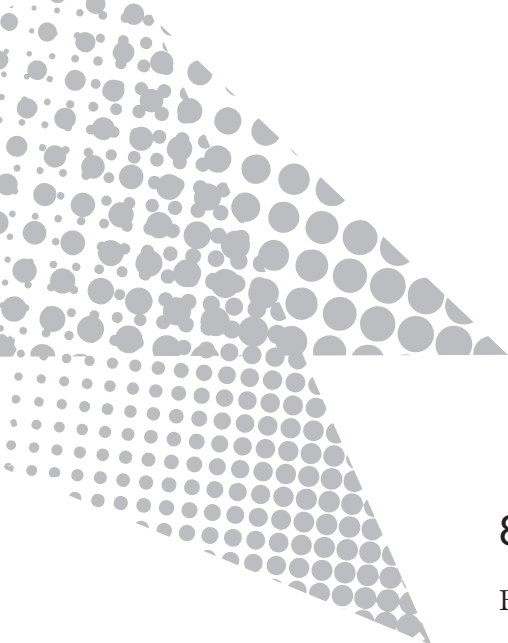
Utvikle en standard som balanserer styring og fagprofesjonelt skjønn.

De regionale Utviklingssentre for sykehjem og hjemmebaserte tjenester (USHT) innebærer en fast nasjonal struktur og faglig ressurs som er viktig for utviklings- og forskningsarbeid i kommunene. Disse vedblir å være til stede som ressurser for kommunene etter at spesifikke nasjonale satsinger ikke lenger finansieres spesielt og etter at forskningsmiljø ikke lenger er del av prosjektene. USHT'ene har dessuten kontakt og samarbeid inn mot forsknings- og utdanningsinstitusjoner i sine regioner og kan derfor invitere disse til samarbeid knyttet til nasjonale og lokale prosjekt. Det anbefales derfor at disse trekkes inn både i planlegging, veiledning, implementering og drift av Trygghetsstandarden, samt spredning av Trygghetsstandarden til nye kommuner.

Bruk ansatte fra de fire pilotkommunene som erfaringsrådgivere i videre nasjonal «utrulling».

Gi kommunene økonomiske støtteordninger og incentiver til å implementere Trygghetsstandarden.





## 8 REFERANSER

- Baines, D. & Cunningham, I. (2013). Using Comparative Perspective Rapid Ethnography in International Case Studies: Strengths and Challenges. *Qualitative Social Work*. 13, 1, 73-88.
- Beteille, A. (1986). Individualism and Equality. *Current Anthropology*, Vol. 27, No. 2, pp. 121-134
- Byrkjeflot, H. & Jespersen, P. (2005). Ledelse og organisering i helsevesenet; endring og kontinuitet. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 2, 5-18.
- Castle, N. G. & Anderson, R. A. (2011). Caregiver staffing in nursing homes and their influence on quality of care: using dynamic panel estimation methods. *Med Care*, 49(6), 545-552. doi:10.1097/MLR.0b013e31820fbca9
- Collier, E. & Harrington, C. (2008). Staffing characteristics, turnover rates, and quality of resident care in nursing facilities. *Res Gerontol Nurs*, 1(3), 157-170. doi:10.3928/00220124-20091301-03
- Christensen, K. & Fluge, S. (2016). Brukermedvirkning I norsk eldreomsorgspolitik – Om utviklingen av retorikken om individuelt medansvar. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, s. 261 – 277.
- Creswell, J. W. (2013). *Research designs*. London: SAGE Publications, Inc.

- Enmarker, I. & Olsen, R. (2014). Utprøving av kommunal behandlingseenhet: erfaringer og utfordringer i bruk av akutt plasser i sykeheim. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/220741>
- Goffman, E. (1966). Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates. .Chicago:Aldine Publishing Company.
- Geertz, C. (1993). The Interpretation of Cultures. London: Fontana Press.
- Grønmo, S. (2016). Samfunnsvitenskapelige metoder. Bergen: Fagbokforlaget.
- Halvorsen, A. & Madsen Lier, E. (2013) Styring og læring gjennom evaluering i Halvorsen Anne, Madsen Lier Einar & Nina Jentoft (red) Evaluering. Tradisjoner, praksis og mangfold. Oslo: Fagbokforlaget, s 15-27
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). Morgendagens omsorg. Regjeringen.no.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2013). God kvalitet – trygge tjenester— Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten Oslo Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/sec1>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Regjeringen.no Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/sec1>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: HOD.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). Meld. St. 15 (2017–2018) “Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre”, . Oslo: Regjeringen.no Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/sec1>.



- Helsedirektoratet. (2018). Trygghetsstandard i sykehjem. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/sykehjem-og-hjemmetjenester/trygghetsstandard-i-sykehjem>
- Håland, E. & Melby, L. (2017). Individualisert standardisering? Hvordan god pasientbehandling blir til i politiske taler om innføring av pakkeforløp for kreft. *Norsk Sosiologisk Tidsskrift*, 1(5), 380 – 398.
- Jacobsen, F. F. (2005). Cultural discontinuity as an organizational resource. *Nursing in a Norwegian nursing home*. NLA-Forlaget, Bergen
- Jacobsen, F. F. (2015). Continuity and change in Norwegian nursing homes, in the context of Norwegian welfare state ambitions. *Ageing International*, 40, 219–228.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2014). Prop. 1 S (2014–2015). Regjeringen.no Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Prop-1-S-20142015/id2005447/sec1>.
- Kommunenes Sentralforbund (KS). (2015). KS' brukereundersøkelser. *Bedrekommune.no*. Hentet fra <http://www.bedrekommune.no/>
- Kunnskapscenteret i Folkehelseinstituttet. (2015). Modell for kvalitetsforbedring. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>
- Lipsky, M. (1980). *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Milisen, K., De Busser, T., Kayaert, A., Abraham, I., & de Casterle, B. D. (2010). The evolving professional nursing self-image of students in baccalaureate programs: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*, 47(6), 688–698. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.11.008

- Molander, A., Grimen, H. & Eriksen, E. O. (2012)  
Professional discretion and accountability in the welfare state, *Journal of Applied Philosophy* 29(3):214–30. DOI: 10.1111/j.1468-5930.2012.00564.x.
- Molander, A. (2013). Profesjonelt skjønn i velferdsstaten: mekanismer for ansvarliggjøring. In: Molander, A. & Smeby, J-C. (eds.) *Profesjonsstudier II*. Oslo: Universitetsforlaget
- Pink, S., & Morgan, J. (2013). Short-term ethnography: Intense routes to knowing. *Symbolic Interaction*, 36(3), 351-361.
- Segaard, S. B. (2007). Refleksivitet i følgeforskning – Strategi, roller og utfordringer. Trondheim.
- Timmermans, S. & Epstein, S. (2010). A World of Standards but not a Standard World: Toward a Sociology of Standards and Standardization. *Annual Review of Sociology*, 36 (1), 69-89. doi:10.1146/annurev.soc.012809.102629
- Vike, H. (2017). Fra gjensidighet til styring. Det kommunale selvstyret og helse- og omsorgstjenestene, i *Ny helsepolitikk – Det finnes løsninger*, s. 198 - 211. Oslo: Dreyer Forlag.
- Vike, H. (2017). *Politics and Bureaucracy in the Norwegian Welfare State. An anthropological Approach*. Palgrave Macmillan.
- West, K. (2012). The grip of personalization in adult social care: Between managerial domination and fantasy. *Critical Social Policy*. S. 638 – 657























Senter for  
omsorgsforskning

[www.omsorgsforskning.no](http://www.omsorgsforskning.no)