

Rapport

Trondheim

7. november 2017



Indeks

- s.6** **Fra hva til hvordan**
- s.7** Oppgavene: Erfaringsdeling og problemløsning
- s.10** **Oppsummering og analyse**
- s.11** Erfaringer og suksesskriterier
- s.12** Komme i gang: Spredning, støtte og motivasjon
Gjennomføre: Starte, drifte, evaluere og forbedre
- s.16** Hvordan få til et aldersvennlig samfunn og
gode overganger mellom hjem og institusjon?





Fra hva til hvordan

Etter å ha gjennomført fire dialogmøter, med til sammen mer enn 400 deltakere, inviterte Helse- og omsorgsdepartementet til et femte dialogmøte for å få innspill om implementering og gjennomføring av den nye kvalitetsreformen for eldre:

Leve hele livet.

40 deltakere med forskjellige roller innen eldreomsorgen deltok på møtet. De jobbet i kommuner, kompetansemiljøer, statlige organisasjoner, fag- og interesseorganisasjoner og andre aktører i sektoren. Målet for dagen var tredelt:

1. Dele erfaringer med gjennomføring av endringsprosesser
2. Gi innspill til spredning og implementering av tiltak
3. Gi innspill bruk av virkemidler for å adressere store samfunnsutfordringer

Deltakerne ble delt inn i seks grupper satt sammen på tvers av roller og tilhørighet. Halogens designer Jonathan Romm ledet dialogmøtet, sammen med designerne Astrid Twenebowa Larssen og Kamilla Nave Maaseide.



Oppgavene: Erfaringsdeling og problemløsning

I første oppgave skulle deltakerne dele sine erfaringer med gjennomføring av endringsprosesser. De fikk utdelt erfaringskort og jobbet først hver for seg, før de delte erfaringer rundt bordet.

Leve hele livet
et nasjonalt helseprogram

Dialogmøte
Tirsdag 07.11.2017

Gruppe nr: _____

Gruppens tiltakseksempel: _____

Erfaringer med gjennomføring av endringsprosesser

Hva bør gjøres for å spre tiltaket? Hvilke virkemidler?

Hvordan sette i gang med implementering? Hvilke virkemidler?

Spredning og støtte Motivasjon Starte og drifte Evaluerer og forbedre

Hva bør staten gjøre?

Hva bør kommunen gjøre?

Hva bør andre gjøre?
Brukere, pårørende, nabolagslivet, frivilligheten, etc.

Erfaringskort

Del en erfaring med en endringsprosess du har vært med å gjennomføre?

Hva var suksesskriteriene?

Oppgave 2 var den mest omfattende. Deltakerne ble presentert for tre tiltakseksempler: *Tid for måltider*, *Møteplasser på tvers av generasjoner* og *"Velkommen hjem" samtalen*. Hvert bord tok utgangspunkt i et av de tre tiltakseksempelene.

Deltakerne skulle først komme med innspill til hvordan man bør spre det utvalgte tiltakseksempel, og hvilke virkemidler man bør ta i bruk. I andre del av oppgaven skulle de så se på hvordan man kan sette i gang med implementering og hvilke virkemidler bør brukes til dette. Borddukene var inndelt i tre nivåer: *Stat*, *Kommune* og *Andre*.

De to første stegene knyttet til spredning var "spredning og støtte" og "motivasjon". De to siste var knyttet til implementering handlet om faktisk gjennomføring, drift og evaluering. Igjen jobbet deltakerne hver for seg, før de delte sine lapper rundt bordet. Engasjementet var høyt, og resultatet ble hundrevis av Innspill i form av gule lapper på duken.

Videre skulle deltakerne fylle inn såkalte oppskriftskort, der de valgte ut noen av de innspillene de synes var viktige og laget gruppens egen oppskrift på spredning og implementering av tiltakseksempel.

I den siste oppgaven, oppgave 3, ble deltakerne presentert for to tema: "et aldersvennlig Norge" og "fra hjem til sykehjem," med to tilhørende spørsmål som de ble bedt om å svare på:

Et aldersvennlig Norge

1. Hvordan kan vi sette alle kommuner og lokalsamfunn i hele landet i gang med å bli «aldersvennlige»?
2. Hvordan kan vi gjøre sykehus og spesialisthelsetjenester, sykehjem og kommunale helse- og omsorgstjenester «aldersvennlige»?

Et aldersvennlig Norge

1. Hvordan kan vi sette alle kommuner og lokalsamfunn i hele landet i gang med å bli "aldersvennlige"?

Et aldersvennlig Norge

2. Hvordan kan vi gjøre sykehus og spesialist-helsetjenester, sykehjem og kommunale helse- og omsorgstjenester "aldersvennlige"?

Oppsummering

Et aldersvennlig Norge.

Gruppe nr:

1. Hvordan kan vi sette alle kommuner og lokalsamfunn i hele landet i gang med å bli "aldersvennlige"?

2. Hvordan kan vi gjøre sykehus og spesialisthelsetjenester, sykehjem og kommunale helse- og omsorgstjenester "aldersvennlige"?

Leve hele livet

Dialogmøte
07.11.2017

Gruppe nr:

Gruppens
diskusjonsoppgave:

Hva bør gjøres? Hvilke virkemidler bør benyttes?

Hva bør Staten gjøre?

Hva bør kommunen gjøre?

Hva bør andre gjøre?
Brukere, pårørende,
næringslivet, frivilligheten, etc.

Fra eget hjem til sykehjem

1. Hvordan kan vi sørge for at alle kommuner skaper og gjennomfører tiltak for bedre pasientforløp og mykere overgang mellom eget hjem og sykehjem?
2. Er det statlige ordninger, regelverk og rammebetingelser som bør endre for å få mer helhetlig og samordnet tjenestetilbud mellom sykehjem og øvrige helse- og omsorgstjenester i kommunen?

Mot slutten av dagen fylte hver gruppe ut et oppsummeringskort med de viktigste innspillene om aktivitetene og de forskjellige aktørenenes roller i adresseringen av temaet.

Fra eget hjem til sykehjem
1. Hvordan kan vi sørge for at alle kommuner skaper og gjennomfører tiltak for bedre pasientforløp og mykere overgang mellom eget hjem og sykehjem?

Fra eget hjem til sykehjem
2. Er det statlige ordninger, regelverk og rammebetingelser som bør endres for å få et mer helhetlig og samordnet tjenestetilbud mellom sykehjem og øvrige helse- og omsorgstjenester i kommunen?

Oppsummering

Fra eget hjem til sykehjem.

Gruppe nr:

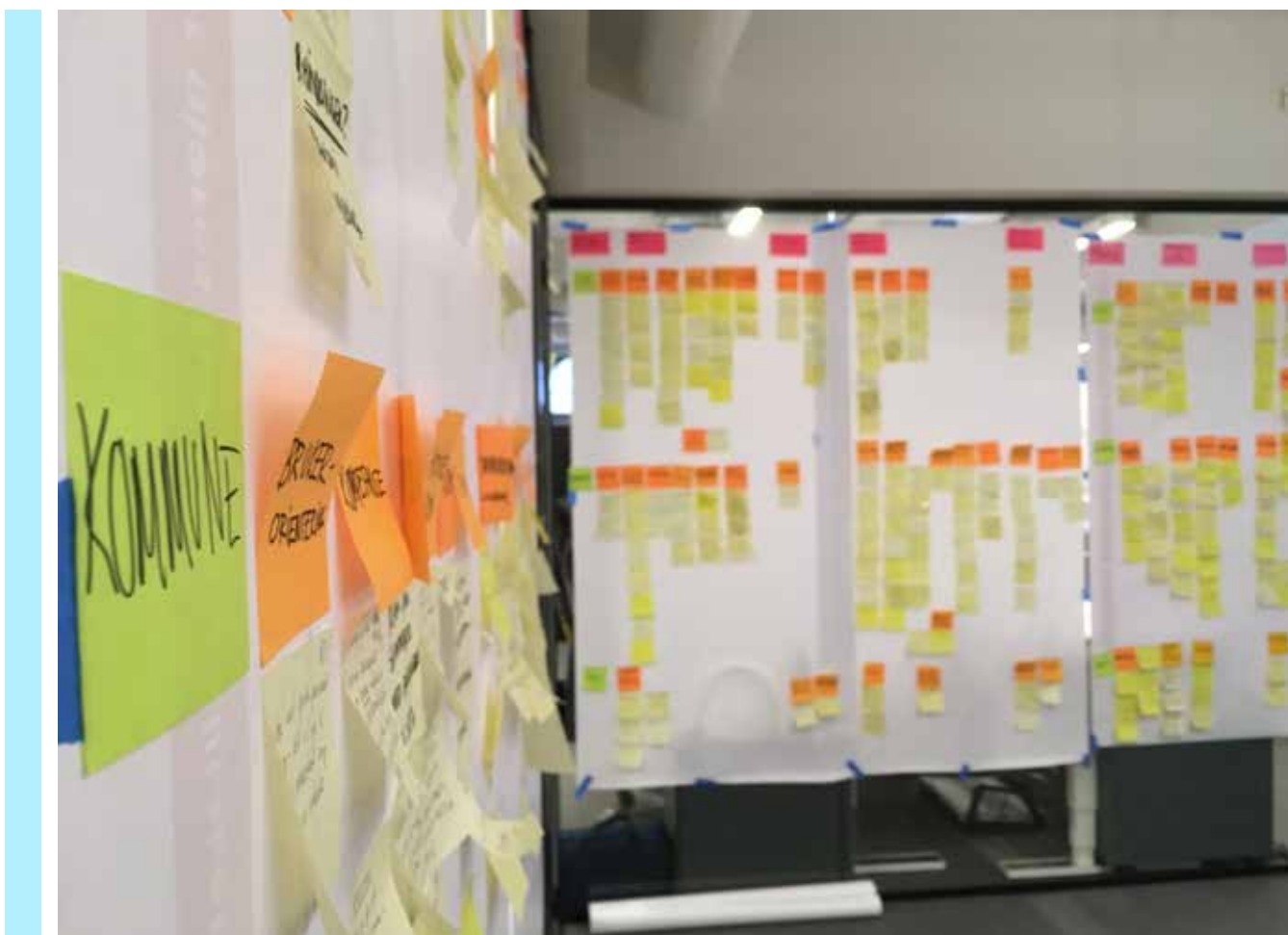
1. Hvordan kan vi sørge for at alle kommuner skaper og gjennomfører tiltak for bedre pasientforløp og mykere overgang mellom eget hjem og sykehjem?

2. Er det statlige ordninger, regelverk og rammebetingelser som bør endres for å få et mer helhetlig og samordnet tjenestetilbud mellom sykehjem og øvrige helse- og omsorgstjenester i kommunen?

Oppsummering og analyse

Dialogmøtet resulterte i et stort antall besvarelser med erfaringer og oppskrifter – og hundrevis av innspill på gule lapper.

I etterarbeidet gikk Halogen gjennom alle innspillene på de tre oppgavene. Vi tematiserte innspillene innen hvert nivå (*statlig, kommune og andre*). Kategoriene ble beskrevet, og innspillene samlet i tekstlig form. Deretter ble innspillene samlet på tvers av de tre casene, og oppsummert for hver fase.



Erfaringer og suksesskriterier

I oppgave 1 skulle deltakerne dele erfaringer med gjennomføring av endringsprosesser og mer spesifikt om hvilke tiltak de ville brukt – og hva de mente var suksesskriteriene for at disse ble gjennomført. En gjennomgang av kortene viste at suksesskriteriene, uavhengig av type tiltak, langt på vei var sammenfallende med innspillene forøvrig.

Forankring og oppfølging var den suksessfaktoren som gikk igjen i flest av erfaringene. Det handlet først og fremst om god forankring i ledelsen, både administrativt og politisk, men også om god informasjon og forankring blant andre interessenter.

På et erfaringskort om innføring av kvalitetssystem i en bydel, sto det blant annet: «Toppleder + ledere på alle nivåer ble ansvarliggjort.» Et annet, som handlet om omorganisering av et NAV-kontor, lød: «Informasjon til ansatte, brukere og andre. Ledelse, oppfølging». Et erfaringskort, som beskrev etableringen av en intermediæravdeling, lød rett og slett: «Forankring, forankring, forankring, forankring -> Eierskap.»

Erfaringsdeling var også en gjennomgående suksessfaktor. Deltakernes erfaringer var at deling i nettverk og koblinger på tvers av fag, institusjoner, kommuner og land er avgjørende.

«Alle kommunene ble med på nettverk (det ble etablert veiledende nettverk)» var suksesskriteriet i et prosjekt som handlet om å redusere bruk av tvang. Et erfaringskort som handlet om rekruttering av flere menn til omsorgssektoren, hadde «Godt samarbeid med NAV og Fylkeskommune» som suksesskriterium, mens «Involvering og erfaringsinnhenting i alle ledd: pasienter, helsearbeidere og ledere» ble trukket fram som avgjørende i etableringen av et tilbud for å forebygge innleggelse av multisyke eldre.

Synliggjøring av gevinster gikk også igjen i mange av erfaringene. Det handlet om å evaluere underveis og dokumentere hvordan tiltak hadde effekt økonomisk, praktisk og for brukerne.

Et erfaringskort beskrev innføring av hverdagsrehabilitering. Suksesskriteriet var «Økonomisk gevinst. "What's in it for me?" for ledere og ansatte.» «Se de positive endringene. Nytteverdi for organisasjon og medlemmene» ble beskrevet som viktig for å lykkes med temamøter der foreningsmedlemmer delte sine erfaringer.

Engasjement ble trukket fram som avgjørende i mange tilfeller, både gjennom brukermedvirkning, ildsjeler blant ansatte, engasjement i kommunen som sådan og involvering av andre aktører.

I nevnte innføring av kvalitetssystem i en bydel, ble verdien av «Egne ressurspersoner: kvalitetssjef + Intern revisor» trukket fram. I opprettelsen av en møteplass for eldre, ble «Engasjement gjennom egenstyrte aktiviteter» beskrevet som en suksessfaktor.

Komme i gang

I analysen av oppgave 2 slo vi sammen spredning, støtte og motivasjon og kalte fasen *Komme i gang*. Fasene starte, drifte, evaluere og forbedre ble samlet i *Gjennomføre*. Deltakerne sorterte sine innspill på tre nivåer: *statlig, kommunalt og andre*. Hovedtyngden av innspill handlet om tiltak på kommunalt og statlig nivå. Innspillene som omhandlet andre aktører var få og sprikende, og er ikke med i den videre oppsummeringen.



Statlig nivå

Staten bør legge nasjonale føringer og retningslinjer som formelle krav, nasjonale standarder, krav om revisjon og tilstandsrapporter, bruk av eksisterende lowtek (f.eks. PBL) og sertifisering (f.eks. livsgledehem). Ved siden av meldinger og planverk, sier et innspill at ledende personer bør komme med symbolske oppfordringer (statsministerens nyttårstale).

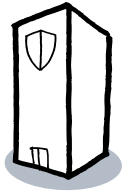
I tillegg til formelle krav og føringer, bør staten også bidra med verktøy for implementering, som hensiktsmessige økonomiske rammer, veiledere og tilrettelegging for samarbeid på tvers, for eksempel med frivilligheten. Et innspill dreier seg om å ikke innføre mange enkelttiltak, men heller sørge for at den overordnede prosessen får nok tid.

Kompetanseheving løftes fram som et viktig punkt for vellykket implementering. Staten bør initiere mer forskning på feltet og etablere kunnskapskampanjer. Staten bør også bidra med kompetansehevingsverktøy (for eksempel e-læring) og lage modeller som viser hvordan gode samarbeid fungerer. Et forslag handler også om å etablere kompetansesentra for ansatte i omsorgssektoren, slik at innovasjoner faktisk når praksisfeltet.

Staten bør bidra med økonomisk støtte eller bonusordninger for å fremme interkommunalt samarbeid. Staten bør også etablere et system for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten for å sikre gode overganger mellom disse.

Staten bør også skape verktøy for deling av erfaringer mellom aktører som har innført tiltak, og legge til rette for samling av gode eksempler. Disse eksemplene bør spres både i media og i egne kanaler (nettsider og sosiale medier).

Deltakerne anbefaler å jobbe med holdningsendring på statlig nivå: Kvalitet og verdighet i omsorgen bør få høyere status. Innstillingen bør endres fra system og diagnose, til heller å ta utgangspunkt i brukerens muligheter og funksjonsevne. Et innspill etterlyste en verdidebatt om verdien av et menneske, uavhengig av alder.



Kommunalt nivå

Kommunen bør ha tydelige målsetninger nedfelt i sine planer. Tiltakene bør forankres både i ledelsen, på grasrota og alle andre nivåer i organisasjonen. Forventningsavklaring og en klar ansvarsfordeling mellom nivåer, og mellom personell og pårørende trekkes fram. Dette fordrer god kommunikasjon med pårørende, frivillighet og andre involverte, i tillegg til god kommunikasjon innad i institusjonen, for eksempel mellom kjøkkenet og den øvrige driften. Finansiering, både av oppstart og gjennomføring av nye prosjekter fra start til slutt, trekkes også fram.

Kommunen bør utvikle konsepter for organisering som gir mulighet for drift på beboernes premisser. Det innebærer å avklare behov hos brukere, ansatte og frivillige, og initiere samarbeid på tvers av fag, sektor og nivå. Et innspill handlet om å legge til rette for bruk av kommunens eksisterende rom til møteplasser, slik at sykehjem, biblioteker, skoler et. brukes hele dagen

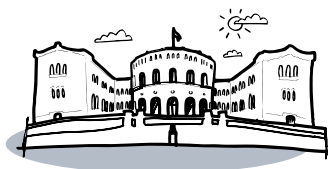
Kommunen bør legge opp til mer refleksjon i hverdagen, for eksempel refleksjon rundt hvordan de ansatte forholder seg til brukerorientering. For å oppnå mer brukerorientering, foreslås gjennomføring av en grundig samtale med den enkelte. Et innspill understreket viktigheten av at primærkontakten har nok tid til å gjennomføre slike samtaler. På den måten kan kommunen legge opp til brukerorienterte pasientforløp, brukerstyrte aktiviteter og innføre behovsplaner. Andre innspill dreide seg om sertifisering av livsgledehem og innføring av tjenester som engasjerer brukerne.

Kommunen bør sørge for etter- og videreutdanning av personell, og tilby læringsverktøy. Den må også sørge for å ansette tilstrekkelig og riktig fagkompetanse, for eksempel kliniske ernæringsfysiologer, og bruke implementeringsverktøy for å sørge for god innføring. Kommunen bør også finansiere kunnskapsutredninger om hvordan man lykkes.

Kommunen må sørge for spredning av hva som fungerer (helt konkret) i sosiale medier og gjennom presentasjoner. Den bør også legge til rette for erfaringsdeling mellom personell. Deling av god praksis bør initieres gjennom incentiver og belønning. I tillegg bør kommunen sørge for medieoppmerksomhet til gode eksempler, framsnakke endringer og sørge for å tenne ildsjeler.

Gjennomføre

Statlig nivå



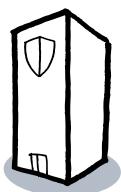
Staten bør være en tydelig bestiller overfor kommunene. Det innebærer å ha tydelig definerte mål, forskrifter og standarder som stiller tydelige krav og gir hensiktsmessige rammebetingelser. Å være en tydelig bestiller handler også om å være tydelig i kommunikasjon om hvorfor en endring gjennomføres og gi tydelige signaler til kommunen.

Staten bør være en pådriver gjennom lowerk og etisk lederskap. Staten kan også opprette nasjonale KPI-er og opprette målrettede tilskuddsordninger for å øke kvaliteten på spesifikke områder, for eksempel opprusting av kjøkken på sykehjem. Et forslag handlet om å utvikle en forretningsplan for gjennomføring av måltidstjenesten.

I tillegg til pålegg og incentiver, bør politisk engasjement vise innbyggerne den ønskede utviklingsretningen. Staten bør også spre og dele oppsummert erfaring fra kommuner som er i gang med endringer, for eksempel i form av læringsnettverk og årlige erfaringskonferanser. Et innspill handlet om å se til kommuner i andre land og kulturer som har lyktes med å tenke nytt.

Et annet innspill dreide seg om at staten bør jobbe med holdningsendring for å skape rom for mer innovasjon og brukerorientering. Eksempler på nytenkning var å ta i bruk ny teknologi, for eksempel Skype-date, og å ta i bruk personlig trener på sykehjem og i hjemmetjenesten.

Staten bør etablere tydelige måleparametere som viser effekt. Et innspill handlet om at målbare resultater virker motiverende. Resultatmåling kan innebære kvalitetsindikatorer, tilstandsrapportering, kvalitetsmeldinger, evalueringer og følgeforskning. Beboer-/brukerinvolvering i resultatmåling trekkes fram som viktig.



Kommunalt nivå

Kommunen må sette av nok folk og tid til implementeringen. Nye prosjekter bør bli en del av driften, ikke eksistere på siden av den vanlige virksomheten. Dette innebærer at kommunen bør vurdere behov for alternativ organisering. Den bør legge forholdene til rette gjennom god prosjektorganisering med leder og team, og identifisere oppgaver for prioritering gjennom brukerundersøkelser.

God implementering fordrer forankring, eierskap og god ledelse på alle nivåer og på tvers av

fagområder. De kommunale lederne må vise vilje til gjennomføring. Kommunen må sørge for ansvarliggjøring av ledere og identifisere kritisk personale. Et forslag fremhever viktigheten av politisk og administrativ enighet om å innføre en endring. Et forslag beskrev viktigheten av at kommunen er tydelig på forventninger og ansvarsfordeling, et annet trakk fram å markere milepæler.

I implementeringen bør kommunen identifisere behov på tvers av fagområde, og implementeringen bør skje tverrfaglig. Et innspill handlet om at kommunen bør sette ned en tverrfaglig gruppe med oppfølgingsansvar. Den bør sørge for å videreutvikle retningslinjer utfra hva som er viktig for brukerne. Ansettelse av riktig og tilstrekkelig fagkompetanse og åpning for nye samarbeidsformer trekkes også fram som viktig.

Kommunen bør planlegge innføringen av nye tiltak grundig og legge gode planer som inkluderer ressurs- og ansvarsallokering og krav til gjennomføring og måloppnåelse. Markedsføring bør også inn i planen. Prosjektene bør prioriteres høyt og beskyttes i startfasen. De som skal «gjøre» prosjektet bør involveres tidlig, for eksempel gjennom brainstormingsesjoner. Et forslag handler om at nøkkelressurser bør frigis og dedikerte personer bør få oppfølgingsansvar.

Kommunen bør jobbe regelmessig med målingsarbeid og jobbe systematisk med endring. Det fremheves som viktig å løfte blikket og kartlegge helheten, slik at kommunen ser hvordan et tiltak påvirker andre deler av organisasjonen. Kommunen bør måle, vise og følge opp resultater – og gi tilbakemeldinger til de ansatte. Et innspill til hvilke spørsmål kommunen bør stille, er: «Hva er primær og sekundær output?» og «Gjøres det dobbeltarbeid?»

Kartlegging og dokumentasjon bør skje sammen med brukerne, for eksempel gjennom superbrukernetttverk, kartlegging av måltidsvaner og ernæring, gjennomføring av inntakssamtaler og vektoppfølging. Andre konkrete forslag om tiltak er avlæring av utgått kunnskap før opplæring av ny, pålegg om endringer og direkte etterspørring etter informasjon. Kommunen bør gjennomføre pilottesting med brukere og pårørende, og gjennomføre evaluering og justering underveis i prosjektet.

KS bør ta initiativ til erfaringsdeling, for eksempel gjennom en kommunestafett med kommuner som har gjennomført vellykkede prosjekter, jevnlig erfaringsutveksling mellom sykehus og kommune eller innhenting av brukererfaringer i dialogfora. Et forslag ble kalt 3x3: tre dager undervisning, tre dager i året for hjemmetjenesten. Andre innspill handlet blant annet om refleksjonsdager og erfaringsnettverk.

Det kom inn mange innspill om konkrete tjenester, for eksempel tiltak for livsglede, treparts møter, åpen dag og kulturarrangementer.

Hvordan få til et aldersvennlig samfunn og gode overganger mellom hjem og institusjon?

I oppgave 3 skulle deltakerne svare på spørsmål knyttet til et «aldersvennlig Norge» og «overganger mellom hjem og institusjon».

I innspillene til «et aldersvennlig Norge» sammenfalt deltakernes svar i stor grad med funn fra resten av materialet. De temaene som oftest gikk igjen var:

Brukerorientering, f.eks.: Kartlegging og dialog. Et innspill handlet om å invitere innbyggerne til kafedialog for å kartlegge ønsker og behov. Et annet om å kartlegge med brukere hva som er aldersvennlig: Fysiske hindringer, tjenester og informasjon.

Erfaringsdeling/samarbeid, f.eks.: Systematisk samhandling på tvers av fagområder, sektorer og tjenester. Et forslag handlet om å utvide hjemmetjenestens ansvarsområde og ta i bruk velferdsteknologi på tvers av tjenestetilbud. Et annet innspill dreide seg om å samarbeide mer med frivillige organisasjoner og næringsliv gjennom å skape en felles arena. Dette passet godt sammen med et annet innspill, som handlet om å unngå «eldre-ghettoer» gjennom for eksempel å legge studentboliger i tilknytning til omsorgsleiligheter.

Kompetanse, f.eks.: Legge til rette for kompetanseheving blant ansatte for å ha nok og riktig kompetanse. Et innspill handlet om å stille krav til kompetanse, et annet om kompetanse-kartlegging og -planer, mens et tredje om å ansette flere typer kompetanse enn helse- og sosialpersonell.

Holdningsendring, f.eks.: Bekjempe «alderisme» (aldersdiskriminering). Et forslag handlet lød «Nasjonal flerårig holdningskampanje som henvender seg til politikerne, næringslivet, brukere, pårørende, barn etc.». Et annet innspill var å øke kunnskapen om hva aldersvennlighet er.

Organisering, f.eks.: Mer fleksibilitet og mindre tette skiller mellom aktører. Et forslag var å oprette «egne spesialisthelsetjeneste for eldre. "Friske" eldre tåler "industrihelsetjenesten"». Forøvrig handlet innspillene om mer fleksibel organisering som er enkelt å forstå og orientere seg i.

Når det gjaldt å skape bedre overganger, var det ett tema som skilte seg ut: **Brukerorientering**. Svarene dreide seg om systematisk kartlegging av individuelle behov og ønsker, dialog med brukerne over tid, justeringer av tjenester og forløp etter brukernes behov og integrere tjenester til pårørende og brukere på en bedre måte. Et innspill lød: «Systematisk kartlegging av "hva er

viktig for deg" før og etter overgang. Hvem er du? Hva liker du? Interesser, vaner. Pårørende kan også spørres for å utfylle.» Et annet forslag var å ha «God dialog gjennom lengre periode med bruker/pårørende», og omsorgstrappa ble trukket fram som verktøy. Mange av svarene dreide seg om at organiseringen av tjenestene må skje med utgangspunkt i brukernes behov mer enn tilbyders.

Nettopp organisering var også omtalt mer enn mange andre temaer, og svarene hang tett sammen med brukerorientering. Innspillene handlet i stor grad om å organisere eldreomsorgen på en måte som gjør at eldre kan bo lenger hjemme og få tjenester i henhold til hvor store behov de har. Et innspill vektla «gap mellom tilbud og pårørendes innsats = utslitte pårørende som ikke orker å bidra mer». Et annet beskrev hvem som bør ha ansvar for hva: «Pasienten må lett kunne flyttes mellom nivå i omsorgstrapp. (...) Statens ansvar: Legg til rette for mer bruk av dag- og korttidsplasser. Kommunens ansvar: organisere tjenestene slik at man kan individuelt tilpasse tjenester».

