



FORANDRING I PRAKSIS

# Styrket sundheds- indsats for udsatte borgere



Udgiver: Marselisborg Consulting  
Udarbejdet af: Director Dorit Wahl-Brink, 2173 3735, [dwb@marselisborg.org](mailto:dwb@marselisborg.org) og  
Chefkonsulent Stine Skjødt, 2151 1259, [sts@marselisborg.org](mailto:sts@marselisborg.org)  
Grafisk design: Henriette Dupont Graphic  
Tryk: GraphicUnit - 1. udgave - 1. oplag 2019

---

## MARSELISBORG Consulting

Marselisborg er en privat videns- og konsulentvirksomhed, der siden 2001 har arbejdet på at understøtte udviklingen og driften af den offentlige sektor.

Marselisborg arbejder inden for beskæftigelsesområdet, ældre- og sundhedsområdet og socialområdet. Vi udvikler indsatsen på et strategisk, operationelt og driftsmæssigt niveau i samarbejde med ministerier, styrelser, kommuner, jobcentre og deres samarbejdspartnere. Derved sikrer vi, at vores anbefalinger og modeller kan implementeres i en tværgående og tværfaglig kontekst, hvor samskabelse med civilsamfundet står som et centralt omdrejningspunkt.

Marselisborgs løsninger bygger på erfaring og viden, der er udviklet og afprøvet i tæt samarbejde med vores kunder. Samtidig udvikler vi nye metoder i Marselisborgs egne rehabiliteringscentre, hvor vi omsætter viden til implementerbare produkter.

Besøg os på [www.marselisborg.org](http://www.marselisborg.org)

**Tak til Lolland Kommune for at bidrage med interview og case til denne temaserie.**

Eftertryk med tydelig kildeangivelse er tilladt.

# Styrket sundhedsindsats for udsatte borgere

Borgere med en psykisk sygdom dør markant tidligere end andre borgere – og ofte af fysiske sygdomme, der ikke bliver opdaget, behandlet og mestret i tide. At forebygge, opspore og målrette indsatser mod disse sygdomme kan for medarbejdere og ledere være svært, fordi det udfordrer faglighed, organisering og relationen til borgeren. Med viden og erfaring fra praksis giver Marselisborg Consulting her inspiration til *for det første* at være tydelig på den ønskede forandring og *for det andet* målrettet at skabe og fastholde den ønskede forandring.

God læselyst...



## BAGGRUND: Hvorfor er sundhed blandt udsatte borgere ikke bare lige til?

5

Få et overblik over muligheder og udfordringer ved et sundhedsfagligt fokus i den socialfaglige indsats.



## FØRSTE SKRIDT: Hvad ønsker vi at forandre?

9

Få inspiration til, hvilke elementer i den socialfaglige indsats, man som kommune kan arbejde med for at styrke det sundhedsfaglige fokus for udsatte borgere.



## ANDET SKRIDT: Hvordan holder vi fast i forandringen?

15

Få inspiration til, hvordan forandringsprocesser kan understøttes og forandringen fastholdes ved anvendelse af aktionslæring.



## EKSEMPEL FRA PRAKSIS: Vores faglighed fik en ny dimension

23

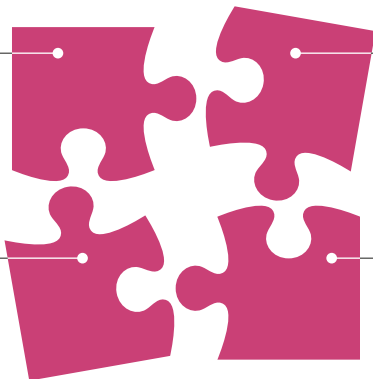
Læs om, hvordan Lolland Kommune har arbejdet med at styrke den sundhedsfaglige indsats for borgere på bosteder, og hvordan de valgte et tydeligt fokus og fastholdte den ønskede forandring.

# Behovet for forandringer

FØRSTE SKRIDT:

## Hvad ønsker vi at forandre?

Når den monofaglige faglige viden opleves som utilstrækkelig.



Når en målrettet indsats skal tilrettelægges.

Når ansvaret for en opgave, som går på tværs af fagligheder, skal placeres.

Når en relation skal "overleve" en snak om livsstil.

ANDET SKRIDT:

## Hvordan holder vi fast i forandringen?

Aktionslæringsforløb for at indleje en blivende forandring.





BAGGRUND:

# Hvorfor er sundhed blandt udsatte borgere ikke bare lige til?

**Borgere med en psykisk sygdom eller langvarig dårlig mental sundhed har en markant højere risiko for at dø tidligere end andre borgere – og en stor del af denne overdødelighed bunder egentlig ikke i deres mentale tilstand. Tværtimod skyldes overdødeligheden ofte fysiske sygdomme, der ikke bliver opdaget og behandlet<sup>1</sup>.**

I sundhedsvæsenet – både regionalt og kommunalt – mødes socialt udsatte borgere af personale med fokus på deres psykiske sygdom. Og qua deres psykiske sygdom har de vanskeligt ved at navigere i det somatiske system og mestre håndteringen af deres sygdom<sup>2</sup> – selvom flere undersøgelser viser, at de faktisk er mere motiverede for at gøre noget ved deres sundhedstilstand<sup>3</sup>.

For at styrke livskvaliteten og arbejde for, at borgerne lever sundere i længere tid, er det nødvendigt, at socialfaglige medarbejdere også inddrager det sundhedsfaglige fokus i deres arbejde.

Fra Marselisborgs erfaringer ved vi, at der er nogle typiske benspænd i at arbejde med socialt udsatte borgeres sundhedstilstand – benspænd som kan gøre det svært at holde fokus. Det er typisk:

- › Når monofaglig viden opleves som utilstrækkelig, fx at man som socialfaglig medarbejder skal have kompetencer til at kunne forebygge, opspore og håndtere fysisk sygdom, og som sundhedsfaglig medarbejder skal have kompetencer til at håndtere eksempelvis psykisk sygdom. Derudover kan det være svært for begge faggrupper at vide, hvem man kan spørge, hvis man er i tvivl.

---

1 Sundhedsstyrelsen (2018): Forebyggelsespakke for mental sundhed, Statens Institut for Folkesundhed (2014): Sundhedsprofil for voksne med helbredsrelateret aktivitetsbegrænsning og fysisk funktionsnedsættelse Laurssen: Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder, Schizophrenia Research 131 (2011) 101–104 06-07-2011.

2 Vive - Viden til Velfærd Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (2019): Fokus på sundhed i socialpsykiatrien Evaluering af indsatsen 'Gå til lægen i tide'

3 Socialstyrelsen (2013): Det gør en forskel – om livstilsændringer i psykiatrien



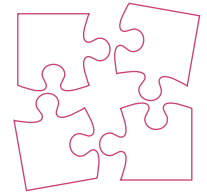
- › Når en målrettet indsats skal tilrettelægges enten individuelt eller gruppebaseret, så udsatte borgere også får glæde af målrettede forløbsprogrammer.
- › Når en borgerrelation, som medarbejdere længe har arbejdet på, skal "overleve" samtaleemner som kost, motion, rygning, medicin m.m.
- › Når ansvaret for opgaver, som går på tværs af fagligheder, skal placeres.

For at lykkes med en forandringsproces er *første skridt* at blive tydelig på, hvad man som kommune ønsker at ændre for at overkomme de benspænd, som ligger. Det kan du læse mere om nedenfor. *Andet skridt* er at fastholde de forandringer, som skabes gennem gode projekter. Aktionslæring er en god metode hertil, som du kan læse meget mere om på side 15. Endelige kan du på side 23 læse et praksiseksempel fra bostederne på Lolland, hvor de har arbejdet intenst med at styrke borgernes sundhedstilstand.









FØRSTE SKRIDT:

# Hvad ønsker vi at forandre?

**Socialt udsatte borgere har en markant ringere sundhedstilstand end baggrundsbeholdningen, og derfor er der blandt socialt udsatte borgere en markant overrepræsentation af en række livsstilssygdomme. Behovet for fokus er der, men i praksis er det svært, fordi fx en psykiatrisk overbygning kan skygge for somatiske symptomer.**

Dette udfordrer måden, der socialpædagogisk arbejdes med denne målgruppe på. Hvad enten den socialpædagogiske indsats foregår forebyggende, som bostøtte i hjemmet, som et beskæftigelsestilbud, et samværstilbud eller som et egentligt botilbud, udfordrer det den socialfaglige indsats, når der også inddrages en sundhedsfaglig tilgang i indsatsen.

## Typiske årsager til, at socialt udsatte borgere har markant ringere sundhedstilstand:

- Mennesker med psykiske lidelser har en mere usund livsstil end baggrundsbeholdningen, fordi de er udfordret i at overskue og mestre en sund livsstil, men også fordi selvmedicinering er udbredt.
- Somatiske sygdomme underdiagnosticeres og underbehandles hos mennesker med psykiske lidelser, ligesom de ofte kan have svært ved faktisk at følge den behandling, som de tilbydes.
- Visse psykofarmaka er forbundet med øget risiko for overvægt, som bl.a. fører til hjertekarsygdom og diabetes.
- Der er en fælles genetisk disposition til visse psykiske og somatiske lidelser.

**Kilde:** Socialstyrelsen (2013): Det gør en forskel – om livstilsændringer i socialpsykiatrien.

Denne indsats for en styrket sundhedstilstand blandt udsatte borgere ligger i et fagligt krydsfelt mellem på den ene side en socialpædagogisk tilgang, som gennem et stærkt relationsarbejde støtter borgeren i at mestre tilværelsen, og på den anden side et sundhedsfagligt fokus på at forebygge sygdomme og kunne behandle kroniske sygdomme bedst muligt. Det kræver en indsats fra begge fagligheder at lykkes med en styrket indsats.

Der kan derfor være flere udfordringer, som kan være relevante at tage fat i, når man som kommune ønsker at arbejde med socialt udsatte borgeres sundhedstilstand. Baseret på Marselisborgs erfaring ser vi især fire udfordringer, som er beskrevet nedenfor.

## Når den monofaglige faglige viden opleves som utilstrækkelig

Medarbejdere med en socialfaglig baggrund har viden, interesse og erfaring i netop at støtte borgere med sociale problemer. Derfor er det naturligt, at det er emner som medicin håndtering, sociale udfordringer og psykiske sygdomme, der fylder i indsatsen.

Men for at kunne udvide paletten til også at vedrøre sundhedsfaglige problematikker kræver det mere viden om netop det. At kunne opspore, italesætte og handle på en helbredstilstand hos en borger, som også har en psykiatrisk overbygning, kræver en masse viden om, hvad der er normalt for fx en diabetiker eller en overvægtig person.

På samme vis er det ikke let for en somatisk uddannet sygeplejerske at sætte sig ind i, hvad de kan gøre for socialt udsatte borgere. Pædagogernes viden om relationer, reaktionsmønstre og tilgange til borgeren er afgørende for, at sygeplejersken kan få lov til at komme ind på borgeren og drøfte BMI, blodtryk, alkoholindtag m.m.



For at styrke dette tværfaglige samarbejde kan der være flere forskellige typer af forandringer, man som kommune kan sætte i gang. Man kan bl.a. arbejde med:

- › **Adgang til sundhedsfaglig viden og systematiske arbejdsgange for sparring**, fx hvad skal til for, at bostedsmedarbejdere kontakter en sygeplejerske, hvad skal de drøfte m.m.
- › **Tiltag, aktiviteter og indsatser til at give konkrete ideer og viden**, fx hvilken mad er relevant for en udsat borger, som både skal være sund, let tilgængelig og billig.

## Når en målrettet indsats skal tilrettelægges

Socialt udsatte borgere har vanskeligt ved at indgå i en traditionel forebyggende indsats som fx et forløbsprogram, hvis de får konstateret en kronisk sygdom. Dette på trods af, at de har brug for flere typer af viden – både det som ligger i de almene indsatser som fx det traditionelle forløbsprogram og det, som er særligt for udsatte borgere.

Eksempelvis bygger forløbsprogrammerne både på viden om sygdommen og omkring betydningen af KRAMS-faktorer<sup>4</sup>. Det kan dog være svært at oversætte den viden, hvis du udover fx en kræftsygdom også døjler med ADHD, udviklingshæmning eller andre udfordringer. Selve indholdet vil ofte være det samme - men med et særligt fokus på, at det er let at gå til for borgeren.

Derudover er der også en særskilt problematik for denne gruppe, som handler om håndtering af sygdommen i det somatiske sundhedssystem. Fx oplever flere borgere med psykiske sygdomme udfordringer med faktisk at være i sundhedssystemet. De kan blive usikre på, fx hvordan et ambulans besøg forløber? Hvad betyder det at møde en læge – og hvad skal man sige til lægen? Hvordan opfører man sig i et venteværelse? Hvordan kommer man hen til sygehuset og finder rundt der?



For at tilrettelægge særlige indsatser kan der være flere forskellige typer af forandringer, man som kommune kan sætte i gang. Man kan bl.a. arbejde med:

- › **At afdække udsatte borgeres behov for en sundhedsindsats**, fx afklare hvor mange udsatte borgere i kommunen, som har en kendt kronisk sygdom, og hvordan den reguleres og håndteres.
- › **At udvikle målrettede indsatser til at støtte borgernes sundhedstilstand**, fx gruppebaserede forløb eller målrettede indsatser for enkelte borgere og/eller deres pårørende.

---

4 KRAMS-faktorer er: Kost, Rygning, Alkohol, Motivation og Stress.

## Når en relation skal ”overleve” en snak om livsstil

Socialfaglige medarbejdere kan ofte forsøge at undgå snakken om helbredstilstanden med borgerne af frygt for at havne i en ”mor-rolle”. Bekymringen for, at en samtale om alkohol, motion eller kost kan komme til at virke distancerende og stille krav, som borgeren oplever som urimelige, fylder en del.

Samtidigt hermed oplever en del socialfaglige medarbejdere, at de ikke har den sundhedsfaglige viden, der gør, at de kan hjælpe borgeren med at sætte relevante indsatser i gang og prioritere i, hvad der er vigtigst – fx at overgå til light-øl, at ryge mindre eller at spise mindre slik.

Marselisborg har erfaret, at det netop er derfor, at flere medarbejdere ofte går udenom emner omkring den somatiske sundhedstilstand. De bliver bekymrede for, at en relation, som de har skabt over en længere periode, kan blive skadet af, at de skal arbejde med emner, som medarbejderen forventer, at borgeren enten ikke prioriterer højt, eller som de har dårlig samvittighed over og derfor tager afstand fra.



For at støtte medarbejderne i at kunne tage denne samtale er der flere typer af forandringer, man som kommune kan sætte i gang. Man kan bl.a. arbejde med:

- › **At udvikle konkrete redskaber til samtalen med borgeren**, så en sundhedsfremmende samtale gøres naturlig og relevant for borgeren, og så det indgår som en naturlig del af det øvrige arbejde med at udarbejde en indsatsplan.
- › **At udvikle aktiviteter og indsatser**, der gør det relevant, attraktivt og tilgængeligt for borgere (og medarbejdere) at fokusere på sundhedstilstanden, fx madarrangementer eller motionsaktiviteter.

## Når ansvaret for en opgave, som går på tværs af fagligheder, skal placeres

Endelig kan det være svært at placere ansvaret for en sundhedsfaglig indsats tydeligt, fordi indsatsen kan have mange forskellige facetter og trække på mange forskellige fagligheder.

Marselisborg ved af erfaring, at der kan være forskellige elementer, der spiller ind.

Først og fremmest er det væsentligt med en **somatisk forebyggende indsats**, der rammer bredt for socialt udsatte borgere. Hvordan får vi borgere til at tage fx motion ind i dagligdagens program, at købe sundt og træffe gode valg omkring rygning? Denne forebyggende indsats kræver bl.a. inddragelse af pårørende, tæt samarbejde med borgerne og kan hjælpes godt på vej af en god relation til en socialfaglig medarbejder.

For det andet er det også nødvendigt med en **opsørende indsats**. Er der borgere enten i hjemmet eller på bostedet, som vi er særligt bekymrede for? Hvilke somatiske symptomer skal vi være opmærksomme på? Har vi øje for de små ændringer, som i en samlet risikovurdering kan have stor betydning? Her kan en socialfaglig medarbejders fokus og relation være relevant, men det kan være svært at vide, hvordan man skal håndtere de mange informationer, som en opsørende indsats giver. Hvad skal jeg være bekymret over? Hvornår skal jeg reagere, og hvad skal jeg gøre med bekymringen?

For det tredje er det nødvendigt med en **lægefaglig vurdering** og evt. udredning. Dette er ofte vanskeligt for socialt udsatte borgere, fx fordi sundhedssystemet bliver kritiseret for at lade psykiske udfordringer overskygge somatiske symptomer. Der er derfor ofte brug for en sundhedsfaglig medarbejders observationer til at understøtte kontakten til lægen, fx fra en sygeplejerske.

Endelig for det fjerde er det væsentligt med en **indsats** iff. fx en kronisk sygdom eller **fastholdelse** af en forebyggende indsats. Her spiller den socialfaglige medarbejder ofte en stor rolle i at sikre, at borgeren faktisk kan overskue at være med i de indsatser og fastholde fx motivation og livstilsforbedringer.



For at tydeliggøre ansvaret er der flere typer af forandringer, man som kommune kan sætte i gang. Man kan bl.a. arbejde med:

- › **En tydelig ansvarsfordeling og inddragelse af relevante fagligheder**, fx samspil mellem §85-medarbejdere, hjemmesygeplejen og sundhedsklinikkerne.
- › **Procedurer for udveksling af relevante oplysninger**, fx mellem hjemmesygeplejen, hjemmeplejen og §85-medarbejdere, når der opstår bekymringer om en borger. Ofte vil de have forskellige visninger i omsorgssystemet, som kan gøre det vanskeligt at tale et fælles sprog, hvis der ikke ligger klare aftaler eller redskaber som fx et ændringsskema.





ANDET SKRIDT:

# Hvordan holder vi fast i forandringen?

**Forandrings- og udviklingsprocesser er i mange kommuner blevet en del af hverdagen. Men ofte kan processernes betydning og effekter være begrænsede, fordi det kan være svært for ledere og medarbejdere at overføre de ønskede ændringer til egen praksis. I forrige kapitel beskrev vi, hvordan man kan formulere en ønsket forandring. Men erfaringer viser, at det ikke er tilstrækkeligt at vise vejen og sætte en fælles retning. Der skal mere til<sup>5</sup>. Derfor beskriver vi her, hvordan aktionslæring kan anvendes som metode til at skabe og fastholde den ønskede forandring.**

Forandringerne er især svære, når de kræver ændringer i adfærd hos ledelse og medarbejdere. Selvom den faglige viden kan være både relevant og velformidlet, så kan vaner og rutiner let – og ofte ubevidst – stå i vejen for, at ny viden omsættes til praksis. Forandringer kræver med andre ord transfer.

Aktionslæring er en effektiv metode til at sikre transfer af den tillærte viden eller ønskede forandring. Metoden sætter fokus på, *hvorfor* der skal skabes en forandring, og *hvordan* denne forandring overføres til praksis<sup>6</sup>. Aktionslæring tilrettelægges i et målrettet forløb, hvor deltagerne undersøger og eksperimenterer med egen praksis. Derved bliver deltagerne gennem fælles refleksion mere bevidste om, hvad der virker, og hvorfor det virker<sup>7</sup>. Deltagerne sætter således ord på tavse indlejrede logikker og forståelser. Dermed tydeliggør og arbejder de med, hvad der skal til for, at den ønskede forandring fastholdes i praksis.

Aktionslæringsmetoden tager skridtet videre end klassiske organisationsudviklingsmetoder, fordi den har fokus på *det enkelte individs* omsætning af en ønsket forandring til praksis. Aktionslæring er derfor særlig anvendelig til at skabe forandring i medarbejderen og lederes adfærd.

Metoden er kendetegnet ved, at deltagerne inden for den givne ramme – med udgangspunkt i deres daglige praksis – afgør, hvad de har brug for at lære. Gennem aktionslæring

---

5 Grossman & Salas (2011): "The transfer of training: What really matters?", *International Journal of Training and Development* 15:2.

6 Bayer, M., Plauborg, H., og Andersen, J. V. (2007). "Aktionslæring – læring i og af praksis". Hans Reitzels.

7 Burke, L. & Hutchin, H. (2007). "Training Transfer: Integrative Literature Review". *Human Resource Development Review* Vol. 6, No. 3 September 2007 263-296.

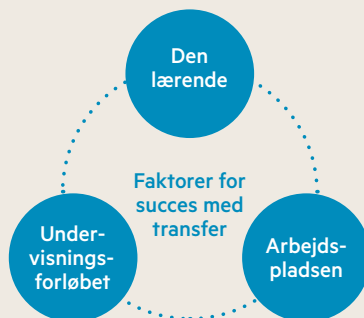
opnår deltagerne dermed også en metodebevidsthed samt en eksperimenterende tilgang til egen praksis<sup>8</sup>.

Kernen i begrebet transfer er derved at omsætte og anvende tilegnet viden og læring i praksis. Aktionslæring er en effektiv metode til at sikre transfer.

## Transfer

Transfer er at omsætte viden, kompetencer og tilgange vedrørende et emne eller område, som er tilegnet gennem én kontekst [fx undervisningsforløb], som derefter overføres til en anden kontekst [fx arbejdspladsen].

For at lykkes med transfer er der især tre faktorer, der er væsentlige:



### Den lærendes tilgang

Herunder et selverkendt læringsbehov, troen på egne kompetencer til at kunne lære og til at omsætte ny viden i praksis samt forventningen om, at den nye viden på sigt kan anvendes til at skabe den ønskede forandring i praksis.

### Arbejdspladsen

Organisationen skal være klar til, at deltagerne kan anvende det lærte. Det drejer sig både om ledelsesopbakning, om at resten af organisationen kender til forandringsbehovet, og om at medarbejdere får rum og opfordres til at afprøve den nye viden i praksis – også selvom det tager tid. Endelig er opfølgning væsentlig for langvarig vedligeholdelse af forandringen.

### Undervisningsforløbet

Dette skal tilrettelægges med udgangspunkt i læringsmål og metoder, som afspejler medarbejdernes virkelighed.

### For mere viden om transfer:

- Burke, L. A. & Hutchins, H. M. (2007). Training Transfer: An Integrative Literature Review. Human Resource Development Review 6(3).
- Wahlgren, B. (2009). "Transfer mellem uddannelse og arbejde". Nationalt center for kompetenceudvikling.
- Weinstein, K. (2008). Action learning. Dansk Psykologisk Forlag.
- Baldwin, T. T. & Ford, J. K. (1988). Transfer of Training: A Review and Directions for Future Research. Personnel Psychology 41.
- Wahlgren, B. (2013). Transfer i VEU – Tolv Faktorer Der Sikrer, at Man Anvender Det, Man Lærer. Nationalt Center for Kompetenceudvikling

8 Weinstein, K. (2008). Action learning. Dansk Psykologisk Forlag.



# Hvad er aktionslæring?

Aktionslæring tilrettelægges i et målrettet forløb, hvor der tages udgangspunkt i en ønsket forandring, fx ny vidensbaseret praksis, en ny arbejdsgang, nye roller eller ny mødestruktur. Aktionslæring tager udgangspunkt i den lærende, men indgår som en integreret del af et undervisningsforløb og baserer sig på en klar forankring i dagligdagen på den enkelte arbejdsplads. Der er derfor gode forudsætninger for transfer. Aktionslæring består af 5 faser<sup>9</sup>:



## Aktionslærings fem faser

- 1 Formulering af problemstilling**, hvor deltagerne indkredser eller præciserer et problem eller et område, som de ønsker at undersøge nærmere og forbedre praksis i forhold til. Udgangspunktet for den individuelle problemstilling er den ønskede forandring, dvs. det, som skal forandres i organisationen.
- 2 Iværksættelse af aktioner**, der kan være enten handlinger, som deltagerne allerede har erfaringer med, men som de ønsker at undersøge og analysere nærmere, eller helt nye og uafprøvede eksperimenter, som deltagerne har en formodning om kan have en positiv virkning ift. problemstillingen.
- 3 Observation af gennemførelse af aktionen** er et af omdrejningspunkterne for aktionslæring. I denne sammenhæng er det vigtigt, at deltagerne på forhånd udvælger bestemte observationspunkter, så iagttagelserne bliver fokuserede. Det kan eksempelvis være, at deltagerne observerer, hvordan borgeren reagerer på afprøvningen af aktionen.
- 4 Den didaktiske samtale** har til formål at analysere og fortolke observationerne med henblik på at omsætte erfaringerne til læring. Den didaktiske samtale foregår som en slags gruppesparring, hvor nogle indtager en lytteposition, mens de andre fremlægger deres erfaringer mv.
- 5 Bearbejdning af erfaringer** består i, at deltagerne videreformidler deres erfaringer og resultater til deres kollegaer udenfor gruppen.

9 Bayer, M., Plauborg, H., og Andersen, J. V. (2007). Aktionslæring – læring i og af praksis. Hans Reitzels.

# Hvordan tilrettelægges en forandringsproces med aktionslæring?

## Det ledelsesmæssige afsæt

For at forandringsprocessen skal give det ønskede resultat, er det afgørende, at der er ledelsesmæssig tydelighed omkring, hvilken forandring processen skal resultere i, jf. første skridt, side 9. Det er dog lettere sagt end gjort. For hvornår er den ønskede forandring tydelig nok?

Netop dette er et afgørende fokus for den indledende ledelsesmæssige drøftelse, som er nødvendig for processens succes. Derfor er det relevant at få flere forskellige niveauer af ledelse til at drøfte spørgsmål såsom: Hvilken forandring ønsker vi at skabe? Hvad skal der til for, at vi lykkes med det? Hvordan formidler vi det tydeligt for medarbejderne? Hvilken betydning har dette for medarbejdernes praksis? Hvordan kan vi se, at vi har nået den ønskede forandring?

Der kan være mange muligheder for at få denne ledelsesmæssige tydelighed. Målrettede faciliterede ledelsesseminarer, medarbejderworkshops eller lignende kan være en del af en sådan proces. Uanset metodevalg er det dog afgørende, at ledelsesgruppen bidrager og kan se sig selv i formuleringen af den ønskede forandring.

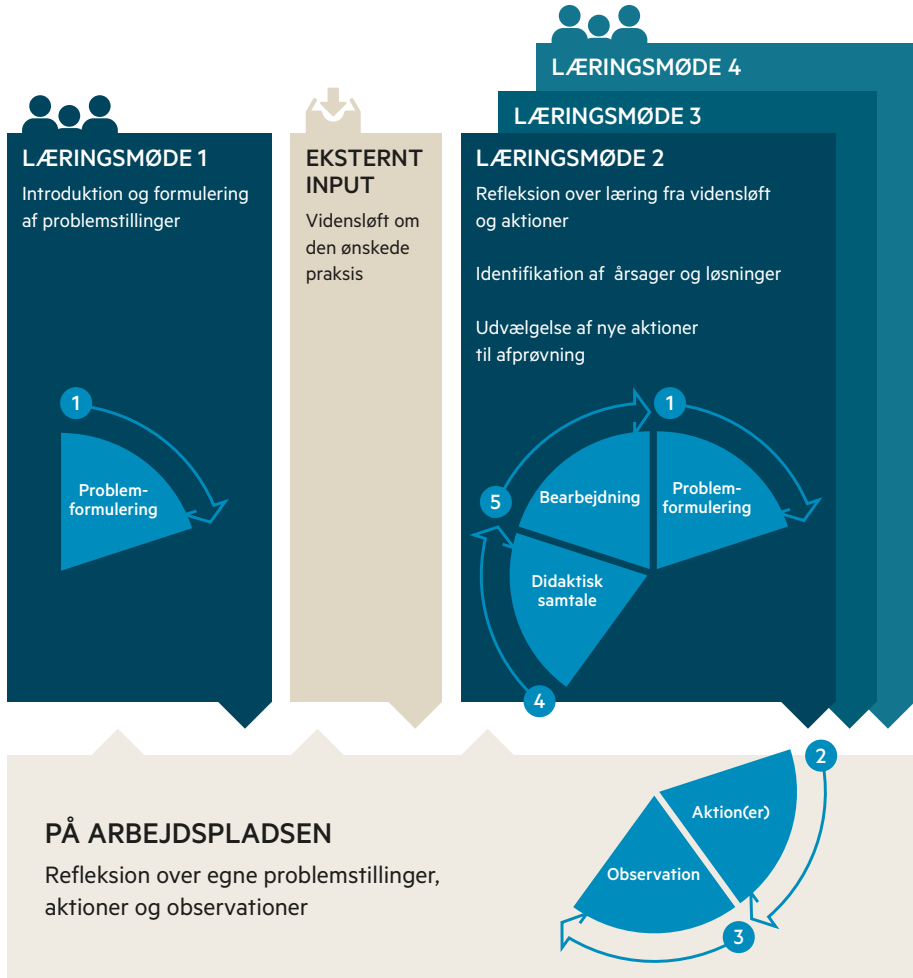
### Erfaringer fra praksis:

- En præcis, konkret og anerkendt beskrivelse af den ønskede forandring betyder, at læringsprocessen kan fokusere på, hvordan vi ændrer adfærd *indenfor rammerne*, fremfor at drøfte *hvad rammerne er*.
- Det kræver målrettede ledelsesmæssige drøftelser at kunne formulere den ønskede forandring, som er gyldig, også på tværs af organisationen.
- Uden tæt ledelsesmæssig involvering kan misforståelser hurtigt opstå på tværs af forskellige enheder, afdelinger og fagligheder.



## Aktionslæringsforløbet

Selve aktionslæringsforløbet består af en række læringsmøder i tæt samspil med ændringer i praksis. Forløbet er tilrettelagt omkring et input udefra, som er relevant for den ønskede forandring, jf. figuren.



Hver læringsgruppe består af 6-8 deltagere, og hvert møde tager ca. 2 timer og gennemføres med 2-4 ugers mellemrum for at give plads til afprøvning på arbejdspladsen.

**Læringsgrupperne sammensættes**, så deltagerne oplever en række af de samme udfordringer, så de sammen øver sig i den reflekterende tilgang. Det kan være medarbejdere fra plejecentrene, eller medarbejdere der møder borgeren i hjemmet, det kan være medarbejdere med samme funktion fx ambassadører, og det kan være ledere, der alle står overfor en forandringsproces.

Erfaringen viser, at sideløbende grupper med hhv. ledelse og medarbejdere giver et rigtig godt samspil mellem medarbejdernes udvikling og lederens fastholdelse af udviklingen hos medarbejderne og på arbejdspladsen.

På **første læringsmøde** arbejder deltagerne med at formulere og udvælge konkrete problemstillinger fra deres hverdag omkring den forandring, som ønskes, og som blev defineret i første skridt, jf. det forrige kapitel. Det skal være problemstillinger, som deltagerne hver især ønsker at arbejde med i aktionslæringsforløbet. Hermed sikres det, at deltagerne finder forløbet relevant ift. deres egen praksis og får et stærkere udbytte af det eksterne input.

Det **eksterne input** er input af ny viden om den forandring, der ønskes, fx redskaber og metoder, som ønskes anvendt.

Til **de resterende læringsmøder** faciliteres en gruppevis refleksion over observationer i forhold til de afprøvede aktioner. Inspiration til aktionerne finder deltagerne både i deres egen dagligdag, i det eksterne input og ud fra refleksioner med de øvrige deltagere. Faciliteringen er tilrettelagt ud fra en vægtning af åben refleksion af observationer, årsager og mulige løsninger. Der arbejdes målrettet med at tydeliggøre forforståelser og tavs viden og bringe disse i spil i refleksionerne. Deltagerne skiftes til at fremlægge deres observationer og til at reflektere over andre deltageres aktioner og observationer. Møderne afsluttes med, at hver deltager udvælger løsningsforslag, som skal afprøves i hverdagen frem til næste læringsmøde.

## Fastholdelsen af indsatsen

Med ca. 2-4 uger mellem hvert læringsmøde varer et aktionslæringsforløb ca. 12 uger. Det giver således et godt rum til at afprøve og vænne sig til de nye vaner og rutiner.

For at fastholde forandringen yderligere er der gode erfaringer med, at udvalgte personer på arbejdspladsen, fx på baggrund af en rolle som ambassadør eller mødeleder, uddannes særligt i aktionslæringsmetoden, og hvordan læringsmøder kan faciliteres. Dermed bliver det muligt – når det er aktuelt – at tage problemstillinger eller nye aktioner op, når behovet opstår.

Vil du læse mere om aktionslæring i praksis,  
så læs publikationen:

## Fastholdelse af forandringer med aktionslæring

Find den på [www.marselisborg.org/aktionslaering](http://www.marselisborg.org/aktionslaering)







EKSEMPEL FRA PRAKSIS:

# Vores faglighed fik en ny dimension

Lolland Kommune igangsatte i 2017 en indsats for at styrke den sundhedsfaglige indsats på bostederne for udsatte borgere. På bostedet oplevede medarbejdere et tydeligt behov for, at indsatsen overfor beboerne også fokuserede på emner som kost, motion, rygning osv. Men på trods af behovet oplevede personalet, at både de selv, men også læger og andet sundhedsfagligt personale som udgangspunkt fokuserede på beboernes psykiske sygdom – og dermed i virkeligheden overså, at også deres fysiske helbred led under den psykiske sygdom. Ønsket var derfor at give personalet på bostederne konkrete redskaber til bedre at kunne observere og handle på beboernes somatiske sundhed, så den helhedsorienterede indsats blev meningsfuldt udbygget.

FØRSTE SKRIDT:



## Hvad ønskede Lolland Kommune at forandre?

Projektets formål var at styrke den sundhedsfaglige indsats på de psykiatriske bosteder i kommunen. Helle Tibert Mortensen er teamleder på bostedet Horisonten, som er et af bostederne i projektet. Hun fortæller:

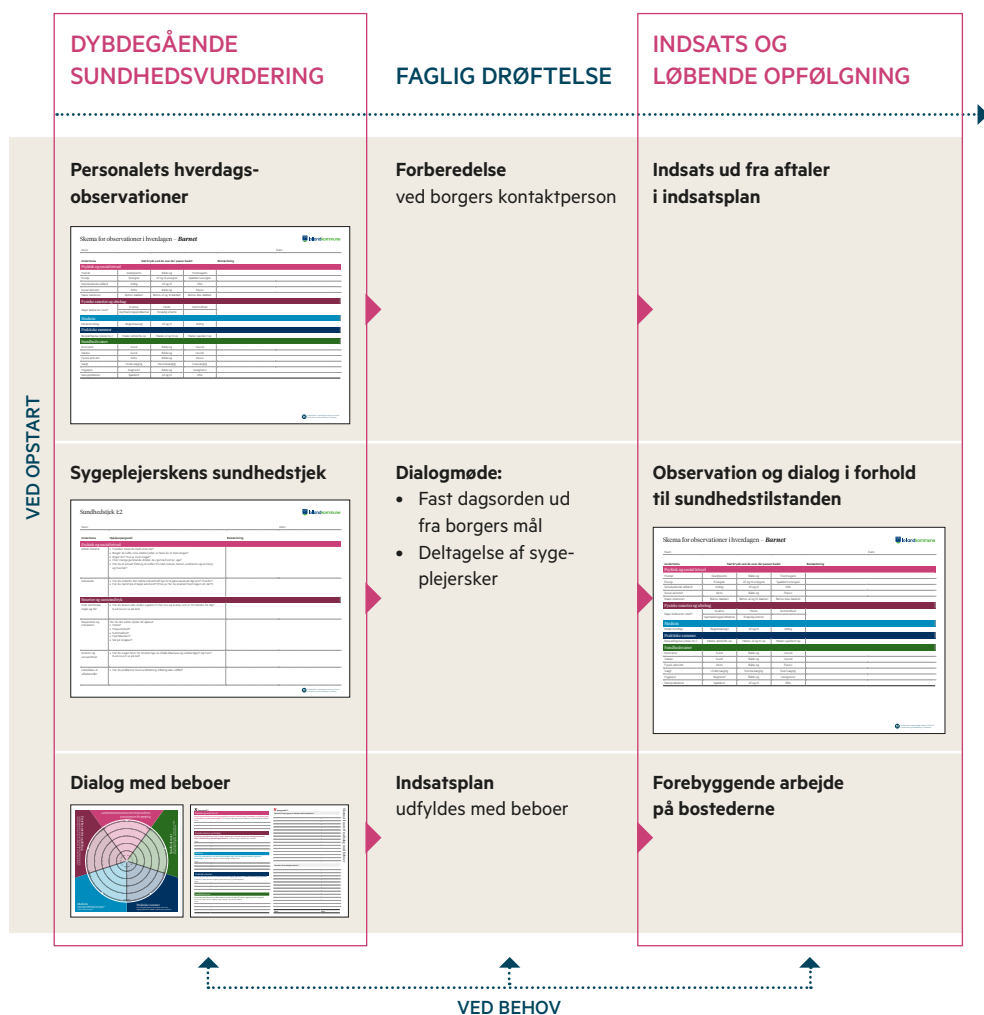
*”Vi er vant til at arbejde med både medicinske og pædagogiske indsatser. Men vi mangler viden om sundhed, kost, sundhedsfremmende tiltag og alt det, der ligger i det – men det var vigtigt for os, at det blev meget konkret, så det let kan bruges i vores dagligdag.”*

Derudover så personalet på bostederne også tydeligt, at beboerne kan have meget svært ved at mærke symptomerne og være opsøgende på somatiske symptomer, og helt praktisk kan de have svært ved at henvende sig til lægen, vide hvad de skal sige, og hvordan de skal sige det. Kombineret med at beboerne ofte har dårlige erfaringer med det sundhedsfaglige

system, så bostederne ofte, at beboerne gik rundt med somatiske udfordringer som slet ikke blev behandlet, blev behandlet forkert eller først blev behandlet for sent.

Derfor var tankegangen at styrke medarbejdernes indsats overfor beboerne ved at sætte tre forskellige dele i gang sideløbende, nemlig:

- › At tilknytte en fast sygeplejerske til bostederne.
- › At udvikle og implementere systematiske redskaber med inspiration fra triagering i hjemmeplejen.
- › At løfte kompetencerne hos personalet sundhedsfagligt.





For det første blev der etableret arbejdsgrupper, så den tilknyttede sygeplejerske både gennemførte sundhedstjek med beboerne og blev inddraget i sparringen med personalet på dialogmøderne. Dialogmøderne holdes på hvert bosted hver anden uge. Her mødes medarbejdere, ledere og sygeplejersker og gennemgår beboerne, herunder deres sundhedstilstand. Arbejdsgruppen herfor betød, at medarbejderne lavede et relevant forarbejde med observationer og samtale med borgeren, så både bostedets medarbejdere og sygeplejersken kunne bidrage med relevante observationer i forhold til beboerens risiko og beboers egne ønsker, motivation og behov i tilrettelæggelse af indsatsplanen.

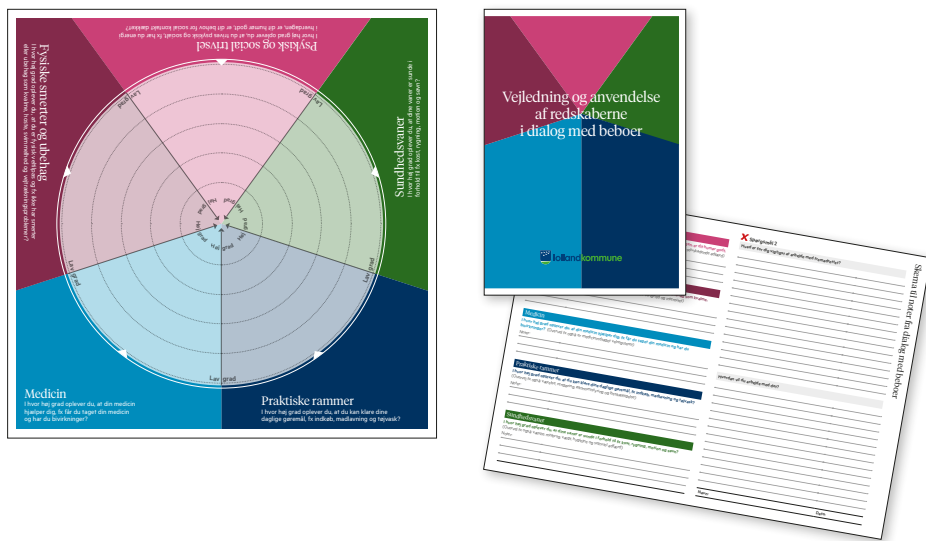
*”Der sker noget særligt, når du sætter pædagoger og sygeplejersker sammen. Fx har vi en borger, hvor det viser sig, at han ikke bryder sig om at gå i svømmehallen, fordi han er meget spinkel og undervægtig. Samtidigt er han meget energisk – ja næsten hyperaktiv – han ønsker at få en mere muskuløs krop. Sammen bliver vi kloge på, hvorfor han egentlig er så aktiv, som han er, og med mine input om kost og træning, og med pædagogernes fokus på at være mere i balance med sig selv, så får vi droslet ned for hans overenergiske niveau med tilbud om mindfulness, får ham til at spise mere rigtigt, slappe af og træne bedre, så han ender med at tage på og leve sundere”*

Fortæller Tine Hansen, som er sygeplejerske og tilknyttet bostederne på Lolland.

For det andet blev der udarbejdet værktøjer til samtalen med beboerne for medarbejderne på bostedet, så de sundhedsfaglige emner også blev inddraget i beboerens indsatsplan. Konkret udviklede medarbejdere sammen med konsulenter fra Marselisborg dialogcirklen som grundlag for en inddragende samtale med beboeren om den sundhedsfaglige indsats. Gennem samtalen drøftes de fem temaer:

- › Fysiske smerter og ubehag
- › Medicin
- › Praktiske rammer
- › Sundhedsvaner
- › Psykisk og social trivsel

Gennem samtalen italesætter beboeren sine egne observationer og vurderinger og udvælger sammen med medarbejderen tre områder, som er vigtige at arbejde videre med.



For det tredje er der gennemført en række meget konkrete uddannelsesaktiviteter for såvel beboere som medarbejdere. Eksempelvis har sygeplejersken stået for oplæg, og en kok har gennemført en række madworkshops, hvor hele bostedet har arbejdet med god kost, der skal være simpel, smagfuld, sund og til at leve af billigt.

*”De værktøjer har været meget håndterbare, og det har givet en klar forståelse og mening for personalet. Det har fulgt den måde, vi i øvrigt arbejder med beboeren i centrum, og det har været vigtigt for, at det har virket hos os. Så det har komplementeret vores øvrige arbejde rigtig godt”*

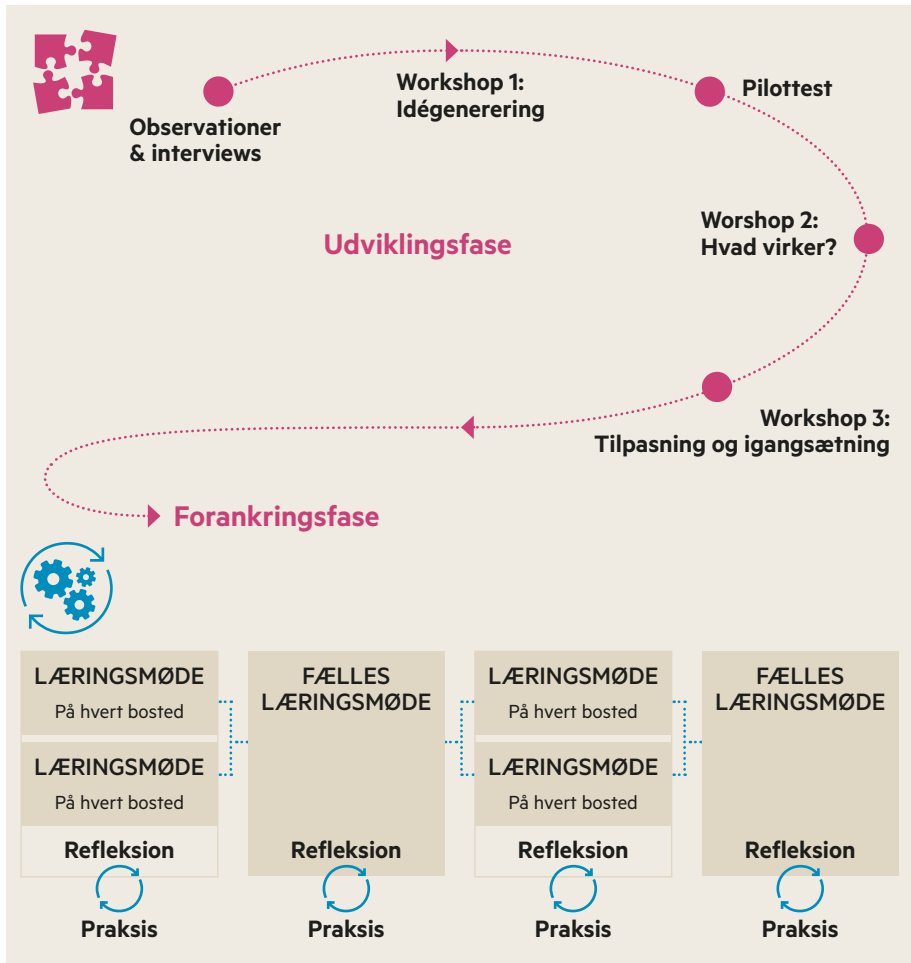
Siger Helle Tibert Mortensen, teamleder på bostedet Horisonten.



ANDET SKRIDT:

## Hvordan er processen grebet an?

Selve processen har både bestået af en udviklingsfase og en forankringsfase baseret på aktionslæringsprincipper, hvor ny viden, værktøjer og aktiviteter er blevet afprøvet, tilpasset og forankret.



Læringsmøderne på de enkelte bosteder er blevet gennemført ud fra en fast fremgangsmåde.

## 1 Status og drøftelse af forventninger før dialogmødet

- Kort status siden sidst og genopfriskning af aktioner fra sidste læringsmøde.
- Runde: Er der særlige temaer, som medarbejdere og ledere er særligt optaget af?

## 2 Observation under dialogmødet

- Observation under mødet om gennemgangen af beboer.

## 3 Reflekterende opsamling og feedback efter dialogmødet

- Reflekterende opsamling på observationer.
- Drøftelse af årsager og mulige handlinger.
- Fælles dialog om tidligere aktioner samt formulering af nye.

Læringsmøderne er blevet bygget op omkring de vante dialogmøder, som holdes fast på bostederne. Udvalgte dialogmøder ca. hver 5.-6. uge er blevet gennemført ud fra aktionslæringslogikken. Indledningsvist er der drøftet særlige opmærksomhedspunkter, derefter er dialogmødet gennemført som vanligt, og endelig er der blevet faciliteret en reflekterende opsamling efter dialogmødet med henblik på at igangsætte nye aktioner til afprøvning inden næste læringsmøde.

Derudover har der været afholdt læringsmøder på tværs af bosteder med fokus på at få indblik i erfaringerne fra de forskellige bosteder og lade sig inspirere til nye aktioner, som skal afprøves.

## Hvad har forandringsprocessen medført?

Bostederne har i projektet set en tydelig udvikling hos beboerne. Først og fremmest er de blevet meget mere nysgerrige på en god kost, som smager godt, er billig og sund. Det, at medarbejdere og beboere sammen har fået ny viden, har gjort en stor forskel.

Med kontakten til sygeplejersken har borgerne også fået lejlighed til at sætte fokus på emner, som de ofte har haft nedprioriteret længe. Kontakten med sygeplejersken har handlet om mange forskellige emner: diabetes, rygproblemer, ubehandlede skader, infektioner, inkontinens mv.

Derudover oplever de, at beboerne er blevet bedre til at gå til egen praktiserende læge.

*”Det er fordi, de har gode oplevelser med en sygeplejerske, som kender det somatiske system, men som forstår deres præmisser og respekterer dem. De har fået guidning i, hvordan de kontakter lægen, hvad de skal sige, og hvad de kan gøre – og det har betydet, at nogle beboere har formået at få en samtale om deres somatiske tilstand med deres egen læge. Og det er virkelig vigtigt”*

Fortæller Helle Tibert Mortensen.

Helle Tibert Mortensen, teamleder på bostedet Horisonten, fortæller, at det at have fået så konkrete værktøjer og handlinger at arbejde med har gjort en stor forskel for medarbejderne. Det gør det overkommeligt at lægge en ny dimension til fagligheden, når det er meget konkret.

De har dog også måtte sande, at forandringer tager tid. I starten var planen, at beboerens sundhedstilstand skulle drøftes hver anden uge på dialogmøder – men erfaringen er, at så meget sker der ikke på så kort tid. Derfor har de valgt at tage det mere fokuseret op med længere tid i mellem.

En anden vigtig erfaring er, at det kræver løbende styring af forløbet at sikre, at vi også kommer omkring beboerens somatiske helbred. Der kan være meget andet, der fylder i indsatsen, og det kræver meget af medarbejderne løbende også at prioritere det sundhedsmæssige fokus.

*”Virkeligheden er, at vi varierer i, hvor meget fylde vi giver sundhedstilstanden overfor en beboer. Er beboeren fx i arbejdsprøvning kan det være svært at nå i fitnesscenter 5 gange om ugen, som de plejer – men så drøfter vi sammen med beboeren, hvad der så giver mening. Dialogcirklen er et meget konkret og godt redskab til at få snakken om helbredet, og så kan vi sammen med beboeren og med inddragelse af sygeplejersken være nysgerrige og sætte relevante indsatser i gang – og vel og mærke indsatser, som passer med vores pædagogiske tilgang”*

Slutter Helle Tibert Mortensen.

---

### Væsentlige erfaringer fra projektet i Lolland Kommune

- At arbejde systematisk med somatiske helbred blandt social udsatte borgere øger borgerens livskvalitet.
- At relationen til og arbejdet med borgeren kan blive styrket af en helhedsorienteret indsats.
- At systematiske arbejdsgange styrker udbyttet af samarbejdet med andre fagligheder som sygeplejersker.







Er du nysgerrig på mere,  
så læs bl.a. om disse emner:



Læs hele Marselisborgs temaserie her:  
[www.marselisborg.org/forandringipraksis](http://www.marselisborg.org/forandringipraksis)

**For mere information, kontakt:**

Director  
Dorit Wahl-Brink  
2173 3735  
[dwb@marselisborg.org](mailto:dwb@marselisborg.org)