



FORANDRING I PRAKSIS

Faglighed, tryghed og flow i den kommunale akutindsats



Udgiver: Marselisborg Consulting
Udarbejdet af: Director Dorit Wahl-Brink, 2173 3735, dwb@marselisborg.org og
Chefkonsulent Stine Skjødt, 2151 1259, 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

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

Eftertryk med tydelig kildeangivelse er tilladt.

Faglighed, tryghed og flow i den kommunale akutindsats

Den kommunale akutindsats er en afgørende byggesten i det nære sundhedsvæsen. Med nye opgaver og nye krav er der god grund til at se nærmere på, hvordan de kommunale akutfunktioner kan organiseres og tilrettelægges, så indsatsen både foregår på et højt fagligt niveau, giver borgeren tryghed og samtidigt har det flow, der gør, at kommunens ressourcer anvendes mest målrettet mod de rette borgere. Med viden og erfaring fra praksis giver Marselisborg Consulting her inspiration til *for det første* at være tydelig på, hvordan akutfunktionen kan tilrettelægges og *for det andet* målrettet at skabe og fastholde den ønskede forandring.

God læselyst...



BAGGRUND: Faglighed, tryghed og flow i den kommunale akutfunktion 5

Få et overblik over muligheder og udfordringer i at målrette den kommunale akutfunktion.



FØRSTE SKRIDT: **Hvad ønsker vi at forandre?** 7

Få inspiration til, hvad man som kommune kan ændre for at sikre høj faglighed, tryghed og flow i den kommunale akutfunktion.



ANDET SKRIDT: **Hvordan holder vi fast i forandringen?** 17

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



EKSEMPEL FRA PRAKSIS: Systematisk opsporing og tværfaglig akutindsats 25

Læs om, hvordan Sorø Kommune ønskede at udvikle deres akutindsats gennem en systematisk opsporing og tværfaglig indsats, hvordan de valgte et tydeligt fokus og fastholdte den ønskede forandring.

Behovet for forandringer

FØRSTE SKRIDT:

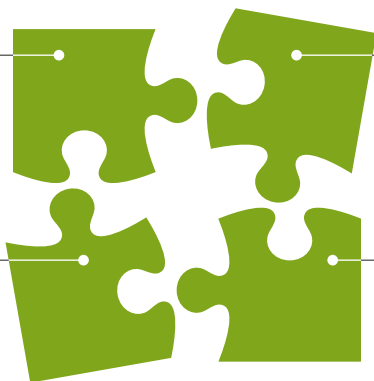
Hvad ønsker vi at forandre?

Når en specialiseret akutindsats skal hænge sammen med den øvrige indsats.

Når ressourcerne skal målrettes mod dem med mest behov.

Når en indlæggelse skal forebygges.

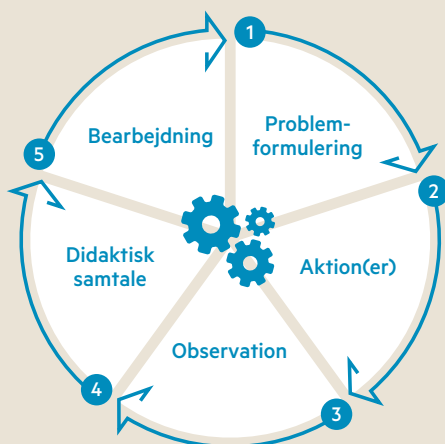
Når kapaciteten skal vurderes.



ANDET SKRIDT:

Hvordan holder vi fast i forandringen?

Aktionslæringsforløb for at indleje en blivende forandring.





BAGGRUND:

Faglighed, tryghed og flow i den kommunale akutfunktion

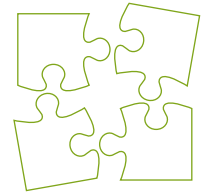
Kommunerne har med sundhedsaftalerne et direkte incitament til at forebygge indlæggelser, undgå genindlæggelser og endelig at kunne hjemtage borgere, når sygehuset ser dem som færdigbehandlede. Dette efterlader en opgave til kommunerne om at sikre, at borgeren kan få den rette behandling i eget hjem eller på en kommunal plads.

Kravene til kommunernes akutfunktioner er steget de senere år, både i forhold til at kunne løfte nye opgaver, sikre en døgndekning, at tilpasse indsatsen løbende, når borgerens behov udvikler sig, men også i forhold til at sikre, at indsatsen ressourcemæssigt holdes på et kontrolleret niveau. Flere modeller er prøvet af, og erfaringer er indhøstet, men i praksis har det været svært at indfri potentialet.

Fra Marselisborgs erfaringer ved vi, at der kan være mange elementer i en akutindsats, som kan være vanskelige at håndtere. Dette gælder uanset, om indsatsen er udekørende eller som en del af midlertidige pladser. Typisk ser vi, at det er svært:

- › Når en specialiseret akutindsats skal hænge sammen med den øvrige indsats på både hospitaler og den kommunale indsats som fx hjemmeplejen, så der både overføres viden videre efter akutindsatsen, men også så fx rehabilitering tænkes ind tidligt i forløbet.
- › Når ressourcerne skal målrettes mod dem med mest behov, så den specialiserede indsats fx retter sig mod borgere i høj risiko for (gen)indlæggelser.
- › Når kapaciteten skal vurderes, således at eksempelvis antallet af pladser eller størrelsen af akutteamet hænger sammen med den opgave, som forventes løst.
- › Når en indlæggelse skal forebygges, således at fx hjemmeplejen, hjemmesygeplejen eller praktiserende læge opspor borgere i risiko for indlæggelser og sikrer den rette anvendelse af akutteamet eller akutpladserne.

For at lykkes med en forandringsproces er *første skridt* at blive tydelig på, hvad man som kommune ønsker at opnå med at ændre på akutfunktionen. Det kan du læse mere om nedenfor. *Andet skridt* er at fastholde de forandringer, som skabes gennem gode projekter. For inspiration til dette kan du læse eksemplet fra Sorø Kommune på side 25.



FØRSTE SKRIDT:

Hvad ønsker vi at forandre?

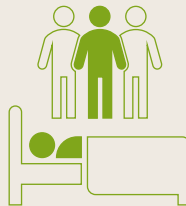
Med større incitament for kommunerne til at løse opgaven tæt på borgerens hverdag stilles der større krav til de kommunale akutfunktioner og samarbejde med almen praksis. De nye krav til de kommunale akutfunktioner har resulteret i, at flere kommuner har haft brug for at se nærmere på akutindsatsen og bl.a. sikre relevante kompetencer og imødekomme behovet for døgndækning med akutkompetencer¹.

Bag sundhedssystemet ligger en intention om at sikre en mere sammenhængende og målrettet indsats for borgerne. De specialiserede behandlinger gennemføres på sygehusene, mens den kommunale indsats fokuserer på at løfte de øvrige behandlinger så tæt på borgeren som muligt. I praksis udfordres den kommunale indsats på både faglighed, kapacitet, tilrettelæggelse af indsatsen og sammenhæng til øvrige indsatser i organisationen. Samtidig er det kommet frem, at den økonomiske effekt ikke kan dokumenteres.²

Akutfunktionen kan organiseres som...



...et udekørende team af specialiserede sygeplejersker, der møder borgeren i hjemmet enten efter indlæggelse eller ved en forværret sundhedstilstand.



... en kombination af et antal akutpladser samt en udekørende funktion, som møder borgeren i hjemmet.



...et antal akutpladser, hvor specialiseret personale, herunder sygeplejersker, behandler borgeren efter indlæggelse eller ved forværret sundhedstilstand.

1 Sundhedsstyrelsen (2017): Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen.

2 Vive (2019): Rapport. Tværgående akutfunktion mellem Esbjerg Kommune og Sydvestjysk Sygehus. Organisering, oplevede resultater, effekter og økonomi.

Flere kortlægninger har vist, at kommunerne organiserer indsatsen meget forskelligt både med hensyn til, om der er akutpladser, akutteam eller begge dele³. I praksis er der også forskelle i spillet med hjemmeplejen, aftaler omkring behandlingsansvar med både sygehuslæger og praktiserende læger og omkring kompetencesammensætningen i akutfunktionen.

Der kan derfor være flere udfordringer, som kan være relevante at tage fat i ved tilrettelæggelse af akutfunktionen. Baseret på Marselisborgs erfaring ser vi især fire udfordringer, som er beskrevet nedenfor.

Når en specialiseret akutindsats skal hænge sammen med den øvrige indsats

Akutindsatsen kan lidt forenklet beskrives som brobyggeren mellem hospitalets indsats og indsatsen i hjemmet ved hjemmeplejen. Det udformer sig dog forskelligt afhængigt af valg af organisering.

Akutpladserne er ofte et decideret "stop" på vejen mod en kortere indlæggelse inden, borgeren selv kan være i eget hjem igen, eller inden der træffes beslutning om fx en plejehjemsplads. Akutpladserne kan også være et ophold som et alternativ til en indlæggelse på sygehuset, såfremt behandlingen kan udføres på akutpladsen med behandlingsansvar fra praktiserende læge. **Den udekørende akutfunktion** agerer bindeled, fx ved at komme på besøg kort tid efter udskrivelse og tilrettelægge det opfølgende forløb hos en borger eller ved at tage sig af behandlingen af en borger på fx de midlertidige pladser, såfremt kommunen ikke har deciderede akutpladser.

Fælles for begge typer af organisering er, at der kan opleves udfordringer i sammenhængen til sygehuset. Hvilke informationer får borgeren med om diagnose, behandling og medicin? Er behandlingsansvaret tydeligt defineret?

3 Se bl.a. KOSU (2016): Kortlægning af akutfunktioner og midlertidige pladstilbud i de midtjyske kommuner. Tværsektoriel Forskningsenhed (2015): Afdækning af akutfunktioner i Region Hovedstaden. En spørgeskemaundersøgelse

Samtidig står akutfunktionen med et særligt ansvar i forhold til at sikre sammenhæng til den øvrige kommunale indsats. Er visitationen klar til at stille hjælpemidler og ydelser til rådighed efter indlæggelse på akutpladserne – og hvilke? Hvilken information skal med videre til hjemmeplejen og hvordan? Hvordan hænger akutindsatsen sammen med en rehabiliteringsindsats?



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

- › **Udvikling af samarbejdsflader til sygehuse, læger m.m.**, fx tydeliggørelse af informationsbehov og klare aftaler for opfølgende indsats fra akutfunktionen, fx deltagelse i udskrivningsmøder på sygehuset.
- › **Modellering af informationsflow i samarbejdet mellem akutfunktionen, visitationen, hjemmesygeplejen og hjemmeplejen**, fx arbejdsgangsbeskrivelser for anvendelse af omsorgssystem, tydeliggørelse af informationsflow fra visitationen samt udvikling af målrettede visninger i omsorgssystemet.
- › **Etablering af målrettede mødefora og inddragelse af relevante fagpersoner**, fx afklaring af hvornår hhv. visitation, hjemmesygeplejen, rehabiliteringsterapeuter m.m. deltager i møder med akutfunktionen, eller hvornår akutfunktionen deltager i møder i fx hjemmeplejen.

Når ressourcerne skal målrettes mod dem med mest behov

En målrettet akutfunktion kræver stærke sundhedsfaglige kompetencer ofte kombineret med målrettede kompetencer indenfor rehabilitering.

Med knap 250.000 indlagte patienter over 65 år i 2017⁴ er der et klart behov for at målrette akutindsatsen til de patienter, der har mest behov. Spørgsmålet er, hvem de er?

Erfaringen viser, at balancen i at målrette indsatsen er svær. Særligt for nyoprettede funktioner kan det være svært at sørge for, at kendskabet til funktionen er så stærk, at både læger, vagtlæger, hjemmeplejen og sygehuse indtænker muligheden for akutfunktionen i den enkelte situation.

I tillæg hertil ligger også en særlig problematik om, at når borgere udskrives fra sygehuset tidligere, vil deres tilstand ændre sig oftere end ved de mere stabile borgere. Dette vil betyde, at hjælpen alt andet lige skal tilpasses oftere i starten, hvilket kræver en særlig opmærksomhed på at tilpasse ydelser og indsatser, for at borgeren får den rette hjælp, uden det fremstår fordyrende.



For at kunne målrette akutfunktionens indsats er der flere typer af fokus, som kan være relevante at arbejde med for kommunen, bl.a.:

- › **Viden om, hvilke borgere der typisk genindlægges eller indlægges**, fx om der er særlige sygehusafdelinger, sygdomsmønstre eller andet, der ofte fører til genindlæggelser, og det derfor kan være oplagt med en mere målrettet indsats.
- › Identifikation af hvordan **forskellige typer af borgere udløser forskellige arbejdsgange** – hvem kommer som hovedregel på en akutseng/får besøg af akutfunktion, hvem får et besøg af fx hjemmesygeplejen, hvem får en telefonisk henvendelse? Hvor ofte følger visitationen op på indsatsen for de forskellige typer af borgere?
- › **Træning i faktisk at udmønte prioriteringen** i praksis for de medarbejdere, som står med ansvaret og fx kan blive fagligt usikre på en beslutning eller på overlevering af viden fra andre omkring borgeren.
- › **Viden omkring hvilke borgere, som typisk bliver genindlagt eller indlagt forebyggeligt**, fx gennem en registerbaseret analyse af karakteristika ved borgere, som indlægges eller genindlægges.

4 Danmarks Statistik (2019): Sygehusbenyttelse, 2017: INDP01.

Når kapaciteten skal vurderes

Udover at der er stor forskel på organiseringen af akutindsatsen mellem kommunerne, er der også stor forskel på antallet af hhv. pladser og størrelsen af teams ift. kommunestørrelsen. Der er derfor ikke én beregningsmodel herfor.

Derudover er det en væsentlig udfordring, at udskrivelserne ikke sker i et fast mønster – de kan ske på alle tidspunkter af ugen og døgnet. Som kommune kan det derfor være svært at regne med, hvor mange borgere de forventes at have i målgruppen for akutarbejdet i en bestemt periode.

Endelig er det flere steder også en udfordring at sikre, at der faktisk er overblik over pladserne, forventet udskrivningsdato, og at der er kapacitet andre steder til at tage imod borgerne, fx på andre midlertidige pladser eller i hjemmet.



For at kunne målrette akutfunktionens indsats er der flere typer af fokus, som kan være relevante at arbejde med for kommunen, herunder bl.a.:

- › Viden om det **typiske mønster for udskrivelser**, fx er der særlige afdelinger som "leverer" mange borgere til akutfunktionen (fx kardiologisk, akutmodtagelsen m.m.), og har de særlige rutiner, der gør, at særlige tidspunkter på dagen eller ugen opleves som mere pressede?
- › **Arbejdsgange der fastholder flow** i indsatsen for borgeren, så der ikke alene er overblik over borgerens sundhedsfaglige fremdrift, men også tidligt i forløbet er et overblik over, hvad der evt. mangler for, at borgeren kan komme tilbage til eget hjem eller i plejebolig.

Når en indlæggelse skal forebygges

Akutfunktionen har også en opgave i at bistå hjemmeplejen med at forebygge indlæggelser blandt kendte borgere. Gennem en målrettet opsporingsindsats fx i hjemmeplejen eller hos egen praktiserende læge vil det være muligt også at behandle borgere for at stabilisere deres tilstand, så de kan blive raske igen uden en indlæggelse.

Først og fremmest fordrer dette, at relevante samarbejdspartnere har kendskab til, hvad akutfunktionen kan, og hvordan man kontakter dem.

Udover kendskab til tilbuddet forudsætter dette også et struktureret arbejde i hjemmeplejen med at opspore borgerne, fx med anvendelse af værktøjer til tidlig opsporing, triagemøder m.m. En væsentlig erfaring er, at selvom hjemmeplejen ser en række risikofaktorer, så oplever de ofte at have svært ved at komme af med deres observationer. Værktøjer til tidlig opsporing hjælper på dette, men samtidig kræver de også meget styring og effektiv mødeledelse for at nå det ønskede resultat.



For at sætte særligt fokus på akutfunktionernes mulighed for at forebygge indlæggelser er der flere områder, som kan være relevante at arbejde med for kommunen, herunder:

- › Indarbejdelse af **arbejdsgange om triagering og tidlig opsporing**, herunder træning i anvendelse af redskabet og især effektiviteten, den tværfaglige sparring og overblikket på møder omkring de enkelte borgere.
- › **Træning i mødeledelse og mødedeltagelse** for at sikre effektive møder. Herunder at sikre rette mødelederkompetencer hos teamledere og fx sygeplejersker – og øvelse for mødedeltagere i, hvordan de bidrager bedst muligt på tavlemøderne.
- › **Udbrede viden og erfaringer med akutsengene** til relevante samarbejdspartnere, fx hjemmeplejen, lægen osv.



Læs mere om, hvordan Sorø Kommune arbejdede med at etablere et akutteam på side 25.







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 til⁵. 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 praksis⁶. 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 virker⁷. 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 medarbejderes 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.

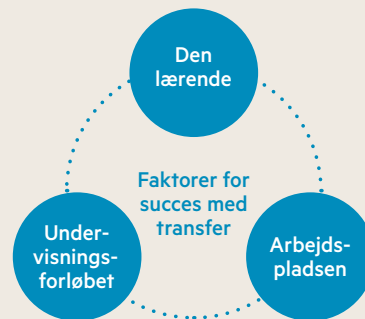
opnår deltagerne dermed også en metodebevidsthed samt en eksperimenterende tilgang til egen praksis⁸.

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 faser⁹:



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 7. 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. Måltrettede 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.

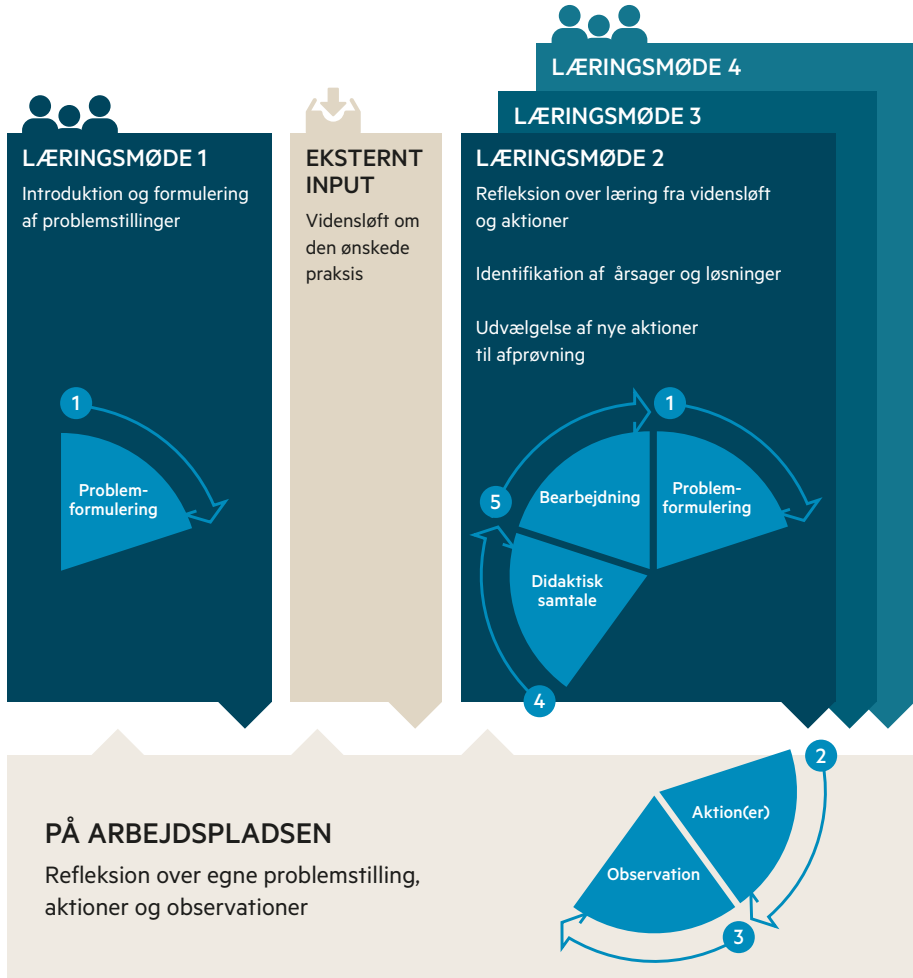
Erfaringer fra praksis:

- 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 måltrettede 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 ledernes 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





EKSEMPEL FRA PRAKSIS:

Systematisk opsporing og tværfaglig akutindsats

Sorø Kommune igangsatte i 2018 en indsats for at styrke deres udekørende akutfunktion med fokus på at forebygge indlæggelser og særligt genindlæggelser. På trods af at Sorø Kommune allerede havde arbejdet intenst med akutfunktionen, som blev varetaget af sygeplejerskerne, oplevede de, at der fortsat var nogle borgerkategorier, som gentagende gange blev indlagt, uden de vidste hvorfor. Ønsket var derfor at udvikle konkrete redskaber til arbejdet med en systematisk opsporing af borgere, der er i risiko for genindlæggelse. Samtidig skulle akutfunktionen videreudvikles med et specialiseret tværfagligt team, der fokuserer på at modtage borgeren kort efter udskrivelsen. Dette er for at sikre, at der fra start foretages en helhedsorienteret og tværfaglig indsats i borgerforløbet.

FØRSTE SKRIDT:



Hvad ønskede Sorø Kommune at forandre?

Sorø Kommune ønskede at styrke akutindsatsen, så der sikres et sammenhængende og tværfagligt borgerforløb, der både har en positiv effekt for borgerens tryghed ved udskrivelse og medarbejdernes tilfredshed i arbejdet. Anne Flensted Andersen er leder af sygeplejegruppen. Hun fortæller:

”Vi oplever, at der er nogle borgere, der bliver indlagt gentagende gange, og vi ved ikke hvorfor. De får en funktionsnedsættelse hver gang de bliver genindlagt, og det er svært at få borgerne op i funktionsniveau igen. Der har derfor været behov for at kigge på, hvad det er for en indsats, vi skal tilbyde borgerne for at forebygge genindlæggelserne”.

Helt konkret ønskede Sorø Kommune at undersøge, hvad der karakteriserer borgere, der er i øget risiko for genindlæggelse med udgangspunkt i viden om målgruppen og derudover at styrke de organisatoriske rammer. For at kunne målrette akutteamets opsporing af borgere i risiko for genindlæggelse blev der udviklet og implementeret konkrete redskaber og arbejdsgange for akutteamet. Samtidig arbejdede de målrettet med tydelige retningslinjer for roller og ansvar, som skulle understøtte det tværfaglige samarbejde.

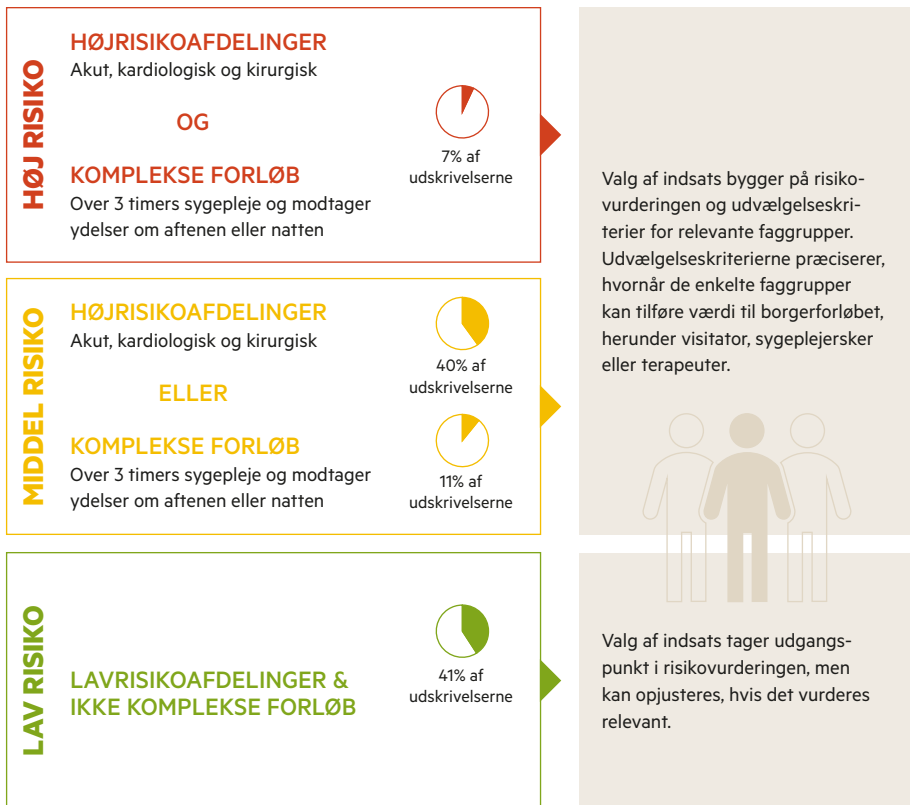
Målet med forandringsprocessen var:

- At videreudvikle akutfunktionen til at bestå af et tværfagligt team med både sygeplejersker, terapeuter og visitatorer.
- At udvikle og implementere systematiske redskaber til opsporing af borgere i risiko for genindlæggelse.
- At skabe tydelige retningslinjer for roller og ansvar i akutindsatsen, herunder samspillet mellem akutfunktionen og øvrige samarbejdspartnere både i kommunen og regionen.



Udgangspunktet har været at udvikle et screeningsredskab, der inddeler borgerne i forskellige typer af risiko, herunder høj, middel eller lav risiko for genindlæggelse. Redskabet er udviklet på baggrund af statistiske analyser af sammenhænge i data fra omsorgssystemet kombineret med data fra Danmarks Statistik. Screeningsredskabet er en guide, der skal anvendes til at sikre, at ressourcerne og indsatsen fra forskellige fagligheder prioriteres til de borgere, der er i øget risiko for genindlæggelse. Det skal derved understøtte en systematisk opsporing af borgere til akutteamet på baggrund af karakteristika og viden om borgeren.

Med udgangspunkt i viden fra screeningsredskabet er der udviklet konkrete arbejdsgange-beskrivelser for akutteamet, så det sikres, at den rette faglighed bringes i spil på rette tidspunkt til rette borger. Arbejdsgangene betyder, at de enkelte fagligheder inddrages, hvor de bidrager med størst værdi og relevans for tilrettelæggelse af borgerens fremadrettede forløb.



ANDET SKRIDT:

Hvordan er processen grebet an?

Et centralt fokusområde for Sorø Kommune var, at indsatsen løbende skulle evalueres, så det sikres, at den indsats, der implementeres, er den rette. Derfor har processen bestået af en sideløbende udviklingsfase og implementeringsfase baseret på aktionslæringsprincipper, hvor ny viden, redskaber og aktiviteter er blevet afprøvet, tilpasset og implementeret løbende.

Derudover er der afholdt løbende læringsmøder for medarbejderne i akutteamet. Den samlede proces og tilgang skulle sikre en ensartet implementering og praksis omkring roller, ansvar og opgaver i akutteamet samt samspillet med øvrige samarbejdspartnere i kommunen og regionen.



Kortlægning

DATAINDSAMLING

- Indkredsning af målgruppe og arbejdsgange ved observationer, borgerinterview og registeranalyse.

OPSTARTSWORKSHOP

- Kortlægning af eksisterende indsats med fokus på styrker og udviklingspotentialer.
- Fastlæggelse af ønsket forandring for akutindsatsen.



Udvikling og afprøvning

TRE WORKSHOPS

Udvikling og tilpasning af samarbejdsmodel og arbejdsgange, der tydeliggør:

- Rollebeskrivelser
- Samarbejdsflader
- Vidensniveau og kollegial sparring



AFPRØVNING I TRE RUL

Afprøvning af samarbejdsmodellen samt løbende læringsmøder med udgangspunkt i den ønskede forandring, arbejdsgangene og monitoreringen.

MONITORERING

Systematisk monitorering af samarbejdsmodellen og dens effekt på kvaliteten af Sorø Kommunes indsats.

”Den sideløbende proces med udvikling og implementering har gjort, at vi er blevet mere skarpe på, hvad det er, vi ønsker af akutteamet i Sorø Kommune, og hvad der er svært at lykkes med i praksis. Det, som virkede svært i begyndelsen, er pludselig ikke så svært længere. Det skyldes muligvis, at vi har fået taget

drøftelserne løbende, og faggrupperne har fundet ud af, at det, akutteamet laver, når de er ude hos borgeren, fungerer godt”

Siger Anne Flensted Andersen, leder af sygeplejegruppen.

Hvad har forandringsprocessen medført?

Sorø Kommune har i projektet set en tydelig udvikling internt i kommunen. Først og fremmest er det tværfaglige samarbejde blevet styrket både internt i akutteamet, men også samarbejdet på tværs af søjlerne, fx er samarbejdet til hjemmeplejen og visitationen blevet styrket, da de har fået en øget forståelse for, hvad de hver især bidrager med i indsatsen. Det, at medarbejderne har arbejdet tættere sammen og fået ny viden om fagligheden, har gjort en stor forskel. Anne Flensted Andersen fortæller, at:

”Akutteamet har været med til at nedlægge søjlerne i organisationen. Internt i kommunen har vi fået øjnene op for, at det ikke er farligt at overlade faglighed til andre, så længe det er veldokumenteret. Vi er begyndt at kunne se en synergi i, at der er nogen, der kommer ud tidligt og har fingeren på pulsen. Dette arbejde giver gode oplysninger, som kan anvendes til den videre vurdering”.

I tråd hermed er en vigtig læring, at akutte opgaver hos borgeren ikke kun er akutteamets opgaver, men at det faste personale har et ansvar og en opgave i at handle på deres observationer.

”De faste sygeplejersker har fortsat en stor rolle i den akutte indsats hos kendte borgere. Det er vigtigt, at man ikke får oprettet et A og B hold. Det skal ikke være sådan, at når der sker en forværring, så ringer man til akutteamet. De faste sygeplejersker skal stadig have deres faglighed i fokus. De kan bede om en ’second opinion’ fra akutteamet, men det er deres ansvar at handle på det, de spotter”

Siger Anne Flensted, leder af sygeplejegruppen.

Sorø Kommune har derfor erfaret, at det er afgørende, at der sikres et tæt samspil mellem akutteamet og det faste personale, såsom sygeplejersker, terapeuter og hjemmeplejen, så der ikke skabes en ny sektorovergang internt i kommunen fx fra akutteamet til hjemmeplejen, men at de bliver afsluttet og integreret i praksis. Sondringen i opgavevaretagelsen må ikke bære præg af, hvem der har ansvaret for opgaven, men at det er et tværfagligt samarbejde, der understøttes af de forskellige faggrupper og teams. Det giver imidlertid en god synergi at få akutteamet inddraget i kendte borgerforløb, fordi de ser nogle problematikker og har et andet helhedsorienteret blik på borgeren, som det faste personale ikke nødvendigvis ser, når de står i driften, fortæller Anne Flensted Andersen.

Derudover har et øget fokus på styrkelse af akutfunktionen bidraget til en synlighed af, hvor vigtigt det tværsektorielle samarbejde er, særligt samarbejdet med praktiserende læger og sygehusene. Disse samarbejdspartnere har et medansvar i at viderebringe de nødvendige informationer til kommunen og samtidig spotte og henvise borgere, som er i risiko for genindlæggelse – særligt de borgere, som Sorø Kommune ikke kender i forvejen. Dette er for at sikre, at kommunen kan handle rettidigt og med rette indsats i borgerforløbet for at kunne forebygge eventuelle genindlæggelser.

Væsentlige erfaringer fra projektet i Sorø Kommune

- At tydeligt samspil mellem akutteamet og øvrige afdelinger i kommunen er vigtigt for at sikre, at indsatserne integreres i praksis.
- At tæt tværsektorielt samarbejde er afgørende for at sikre den rette indsats i borgerforløbet.
- At et tværfagligt akutteam bidrager til et øget helhedsorienteret blik på borgerforløbet.





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



Læs hele Marselisborgs temaserie her:
www.marselisborg.org/forandringipraxis

For mere information, kontakt:

Director
Dorit Wahl-Brink
2173 3735
dwb@marselisborg.org