

22-03-2020

Styrket sammenhæng i indsatsen til borgere med komplekse problemstillinger

Projektbeskrivelse fra Fremfærd Sundhed og Ældre 2019-2021

Baggrund

Der er bred politisk enighed om, at det nære sundhedsvæsen skal styrkes. Vi bliver i fremtiden dels langt flere ældre borgere og får flere kroniske sygdomme – og samtidigt er borgerne indlagt kortere og kortere tid på sygehusene, som er reorganiseret med mere specialiserede sygehuse med færre sengepladser. Dels er der ikke grund til at borgerne rejser unødigt langt for at få en behandling på et sygehus, som med fordel kunne gives i det nære. Der er her brug for et endnu stærkere fokus på at forebygge (forværring af) sygdom og forebygge at borgernes bliver unødvendigt (gen)indlagt.

I arbejdet med at udvikle nærværende projekt har projektgruppen afholdt en workshop med 5 kommuner. Målet med dagen var dels at formulere forslag til indsatser som Fremfærd Sundhed og Ældre kan igangsætte for at styrke forebyggelsesindsatsen samt pleje- og behandlingsindsatsen i praksis, dels at inspirere kommunerne til deres løbende arbejde med at styrke det nære sundhedsvæsen i praksis.

Særligt er der peget på behovet for at få styrket kompetencerne til at kunne varetage mere behandling i borgernes hjem hos borgere med mange forskellige og ofte divergerende sundhedsproblemstillinger. Vi ser ind i en ældrepleje med stigende multisygdom – og hvor flere skal leve et liv med en eller flere kroniske sygdomme. Når en borger udskrives fra hospitalet og ikke er færdigbehandlet - men skal overgå til behandling i eget hjem - hvordan kan vi så styrke kommunerne til at løfte opgaven, som oftest handler om komplekse sundhedsfaglige problemstillinger?

Dette fordrer, at det nære sundhedsvæsen tilrettelægges med en koordineret inddragelse af differentierede kompetencer. Dels er der behov for døgnpleje tæt på borgeren med udgangspunkt i hjemmeplejen og hjemmesygeplejens almene faglige kompetencer og dels inddragelse af den specialiserede indsats især i akutfunktionen, men også med inddragelse af andre kompetencer såsom palliativ indsats, demens, rehabilitering og psykiatri.

Fremfærd er et partssamarbejde om udvikling af de kommunale kerneopgaver. Det fælles mål er at skabe effektive arbejdspladser, hvor opgaverne løses i et tæt samspil med borgerne og hvor medarbejdere trives. Fremfærd er organiseret i fem områder, der iværksætter udviklingsarbejde inden for alle dele af den kommunale velfærd.

Formål med projekt

Formålet med projektet er at opnå ny viden om, hvordan kommunerne kan løfte kvaliteten overfor ældre borgere med stadig større kompleksitet i sundhedsproblemstillinger, og hvordan kommuner mest hensigtsmæssigt inkorporer dette som en del af kerneopgaven.

Projektet har dermed både et fagligt og et organisatorisk mål. Det handler om at have de rette kompetencer, men også kunne sætte disse kompetencer i spil inden for en organisatorisk ramme, der sikrer den bedste udnyttelse. Derfor vil der i projektet være fokus på at afprøve og opnå viden om, hvordan der sikres et godt samspil i de differentierede kompetencer, der er nødvendige i et kompleks borgerforløb.

Projektideen kort fortalt

For at imødekomme de udfordringer, som de 5 kommuner pegede på, foreslår projektgruppen en udviklingsproces i 2 kommuner, hvor kommunerne får mulighed for systematiske at udvikle og afprøve nye løsninger til at skabe sammenhæng i forløb for borgeren med komplekse sundhedsfaglige problemstillinger. Løsningerne vil kredse om at sikre en god tilrettelæggelse i brugen af differentierede kompetencer, herunder et samspil mellem specialiserede kompetencer og almene kompetencer, fx:

- Organisering og ledelsessamarbejde
- En tilpasning af arbejdsgange til opsporing i hjemmeplejen med henblik på at styrke indsatsen for at forebygge indlæggelser
- Koordinationsmøder med hjemmeplejen, hjemmesygeplejen samt udvalgte specialiseringer ved særligt komplekse udskrivelser
- En sammentænkning af visningsmuligheder og kommunikationsveje i omsorgssystemet for at sikre et godt informationsflow for relevante aktører

Projektet afgrænses til at fokusere på det nære sundhedsvæsen. Indsatsen vil blive tilpasset den enkelte kommunes konkrete kontekst – men skal udvikle viden, som kan spredes og anvendes i andre kommuner. Der kan derfor fra hver kommune være et fokus på hjemmeplejen og hjemmesygeplejens samspil med især akutfunktionen, men evt. også inddrage erfaringer fra andre specialiserede fagligheder.

Derfor bygger projektet dels på en bred erfaringsindsamling fra udvalgte kommuner, som har relevante erfaringer med tilrettelæggelse af samspillet mellem differentierede kompetencer, dels på en indledende analyse af hver af de

deltagende kommuner, hvor nuværende arbejdsgange og barrierer for sammenhæng identificeres.

På den baggrund arbejdes systematisk med sideløbende at udvikle og lokalt afprøve løsninger i praksis. Det tætte samspil mellem udvikling og afprøvning betyder, at de løsninger, som afprøves løbende vil kunne kvalificeres, forfines og tilpasses de erfaringer, den enkelte kommune og kommunerne på tværs i projektet gør sig. Denne opbygning af projektet er inspireret af aktionslæringstilgangens fokus på praksisnær læring og forankring, men med et yderligere fokus på en systematisk anvendelse af den viden og de erfaringer, der sker i projektet. Projekter er på den baggrund inddelt i tre faser.

Projektets succeskriterier

- Der er gennemført et udviklingsforløb i 2 kommuner
- De deltagende kommuner har iværksat prøvehandling med henblik på at styrke koordinationen omkring borgere med komplekse problemstillinger
- Der tilvejebringes en beskrivelse af viden og læring fra prøvehandlingerne med henblik på at sprede viden på tværs af kommuner i forhold til at styrke sammenhængen i indsatsen for borgere med komplekse problemstillinger

Projektets fremgangsmåde

Projektet gennemføres i følgende faser:

Fase 1: Forberedelse

Fase 1 består dels af en mindre foranalyse af kommunale erfaringer med at skabe sammenhæng i indsatsen for borgere med komplekse problemstillinger, dels af en analyse af hver af de deltagende kommuners potentialer og udfordringer i nuværende indsats. Intentionen er dels at tegne et udfordringsbillede i hver kommune, dels at trække tråde på tværs af de deltagende kommuner. Analysen vil belyse indsatsen for borgere med komplekse problemstillinger set fra tre forskellige perspektiver:

- **Borgerperspektivet** belyser, borgernes oplevelse af indsatsen, herunder især trygheden omkring det at modtage specialiseret, sundhedsfaglig indsats i eget hjem og i samspil med den øvrige pleje.
- **Det faglige perspektiv** ser på, hvordan der sikres de rette kompetencer og et stærkt fagligt miljø til at håndtere både den sundhedsfaglige og organisatoriske kompleksitet, som borgerne i målgruppen har.
- **Det organisatoriske perspektiv** afdækker bl.a., hvordan indsatsen og samspil med øvrige er organiseret og tilrettelagt, hvordan samspil mellem fastlagt tid og rådighedstid tilrettelægges, og hvordan der sikres

organisatoriske handlemuligheder for fx akutteamet eller andre teams for denne særlige målgruppe.

Analysen trækker på en bred vifte af datakilder, herunder både udtræk af omsorgssystemet, observationer, borgerinterviews, medarbejder – og lederinterviews samt analyser af tilgængeligt materiale. På baggrund af analysen udarbejdes dels et kortfattet notat som kan bidrage til at formidle projektets status bredt i organisationer, dels et mere dybdegående notat, hvor de deltagende kommuner og organisationer kan få et uddybende indblik i de problematikker, som danner grundlag for fase 2 og 3.

På baggrund af analysen gennemføres fase 2 og 3 sideløbende i gennem 5 aktionslæringsrul, som hver består af en udviklingsworkshop og en afprøvningsrunde, jf. nedenfor.

Fase 2: Udviklings- og vidensindsamlingsspor

Fase 2 dækker over et systematisk udviklings- og vidensindsamlingsspor, og går på tværs af de deltagende kommuner. Fasen indledes med en udviklingsworkshop, hvor analysens fund fortolkes og oversættes til konkrete ideer til løsninger, som skal afprøves. Hver kommune udarbejder et aktionskatalog med ideer til indsatser samt beskrivelser af formålet hermed. Herefter vælger kommunen 1-3 løsninger, som afprøves i første aktionslæringsrul, jf. nedenfor.

Efter afprøvning afholdes en ny workshop på tværs af kommunerne, hvor erfaringerne systematisk indsamles, og det drøftes blandt deltagere fra hver kommune og på tværs, om de givne løsninger har haft den intenderede virkning – og hvis ikke, om baggrunden er en fejl i løsningen eller implementeringen. På den baggrund vurderes, om den afprøvede løsning skal tilpasses og afprøves igen, eller om det vil være mere relevant med en af de andre løsninger fra aktionskataloget (eller tilpasninger heraf). Vidensindsamlingen tilpasses de valgte løsninger, så der efterfølgende kan udarbejdes en samlet rapport omkring erfaringer og viden indsamlet i processen.

Fase 3: Afprøvning

Afprøvningen i fase 3 er dermed et parallelt spor til fase 2, hvor de udvalgte løsninger afprøves systematisk. Løsningerne oversættes til konkrete handlinger, som hver enkelt medarbejder og leder skal igangsætte, hvor de i fællesskab afprøver, observerer og reflekterer over aktionerne. Dette faciliteres af et læringsmøde mellem hver workshop, hvor der arbejdes med en systematisk, praksisnær refleksion over problemstillinger og betydning af de valgte løsninger.

Løbende i processen indsamles viden og erfaringer på tværs som grundlag for vidensopbygning, hvilket samles og kvalificeres i den afsluttende udviklingsworkshop.

Fase 4: Formidling

Formålet med formidlingsfasen er dels at gøre viden og læring fra projektet tilgængelig for andre kommuner og dels at formidle de gode eksempler på og erfaringer med, hvordan man kan lykkes med at styrke koordinationen i indsatsen for borgere med komplekse problemstillinger: Samtidigt skal der fokus på at sprede viden om projektet på relevante konferencer webinarer m.v. med repræsentation af de deltagende kommuner.

Projektgruppen foreslår følgende aktiviteter

- Kortfattet analyse af udfordringer og potentialer i tidligere indsats på tværs af deltagende kommuner
- Skriftlig opsamling på fund og læring undervejs i projektet
- Løbende formidling af projektet på VPT
- Oplæg på konferencer samt webinarer m.v.

Fase 5: Evaluering

Der udarbejdes en almindelig partsevaluering af projektet. Desuden vil partsevalueringen suppleres af den skriftlige opsamling på fund og læring undervejs.

Målgruppe for projekt

Projektet primære målgruppe er topledelse, MED-udvalg, dagligere ledere samt medarbejdere på det kommunale sundheds- og ældreområde.

Styring og organisering

Projektet ledes og styres i samarbejde mellem KL og DSR

Projektleder fra DSR: Mette Marie Kyed

Projektleder fra KL: Sophie Leth-Møller

Der tilknyttes et eksternt konsulentbureau til ovenstående opgave med at bistå kommunerne i udviklingsarbejdet. De skal ligeledes samle op på den viden, som generes i projektet – og udarbejde en formidlingseget rapport, som kan finde anvendelse på tværs af landets kommuner.

Samtidigt tilbydes kommunerne et tilskud til projektleder i egen kommune.

Derudover ønskes involvering af videns- og forskningsinteressent, som kan styrke projektets faser og resultater til gavn for en styrket behandling og forebyggelse i borgerens hjem.

For at sikre en god synergi mellem udviklingsprojektet og det forskningsmæssige bidrag inddrages den udpegede forsker tæt på udvalgte tidspunkter i projektet. Således forventes inddragelse ved design af projekt og dataindsamling, ved kvalificering af selve analyse samt i den løbende vidensindsamling på tværs af kommunerne (i fase 2).

Foreløbig tidsplan for projekt

Fase	Tidsplan
Fase 1: Forberedelse	April-oktober 2021
Fase 2: Udviklingsspor	Oktober 2021-september 2022
Fase 3: Afprøvningsspor	Oktober 2021-september 2022
Fase 4: Formidling	April 2021-december 2022
Fase 5: Evaluering	September-december 2022