



## Skema 2: Beskrivelse af projektet

(max 5 sider, skrifttype Arial, skriftstørrelse 10)

1. Projektets titel
Støtte til livet
2. Hovedansøger
Myndighedsafdelingen, Svendborg Kommune
3. Hvilket/hvilke tema(er) fra værdighedspolitikkerne tager projektet afsæt i? Sæt <i>minimum ét kryds</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Livskvalitet <input checked="" type="checkbox"/> Selvbestemmelse <input checked="" type="checkbox"/> Kvalitet, tværfaglighed og sammenhæng i plejen <input type="checkbox"/> Mad og ernæring <input checked="" type="checkbox"/> Pårørende <input type="checkbox"/> En værdig død <input type="checkbox"/> Bekæmpelse af ensomhed
4. Resumé af projektet (max 15 linjer)
<p>Indenfor de eksisterende organisatoriske rammer i den kommunale ældrepleje i Svendborg Kommune, ønsker vi at ændre kulturen i samarbejdsprocesser, opgavetilrettelæggelse og -varetagelse, så det sker med udgangspunkt i et borgerperspektiv i stedet for i et systemperspektiv. Med projekt 'Støtte til livet' vil vi, med professionelle relationer og indsatser af høj faglig kvalitet, understøtte borgerens livsmuligheder. Med en organisering i tæt knyttede teams og iværksættelse af praksisnære aktionslæringsforløb, vil vi:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• minimere uhensigtsmæssige dokumentationsprocesser og arbejdsgange i den centrale samarbejdsarena der tilrettelægger og planlægger plejen og omsorgen hos borgerne</li><li>• styrke og udvikle borgerforløb, så borgeren og de pårørende oplever de er sammenhængende, koordinerede og ikke mindst livs støttende</li></ul>
5. Beskriv baggrunden for projektet, herunder det udviklingsområde/den problemstilling projektet tager afsæt i samt hvilken viden / hvilke erfaringer projektet bygger på
<p>Ældreområdet vision er at skabe livskvalitet for alle ældre borgere i Svendborg Kommune. Livskvalitet er subjektivt og individuel fra borger til borger. Det er borgerens oplevelse af medarbejderens tilgang, færdigheder og viden, der er afgørende for oplevelsen af den hjælp, støtte og omsorg de modtager fra medarbejderne. Derfor hedder projektet og dets indsatser 'Støtte til livet'. Vi ønsker med professionelle relationer og indsatser af høj faglig kvalitet at understøtte borgerens livsmuligheder, og det betinges af, at medarbejdere og ledere indgår i omsorgsfulde, forpligtende fællesskaber med borger og pårørende.</p> <p>Det betyder at ældreområdet skal bevæge sig fra en opgavecentreret til en borger centreret tilgang. Med aktiviteterne i projektet ønsker vi at understøtte såvel en ledelsesmæssig som en kulturmæssig forandringsproces fra et systemperspektiv til et borgerperspektiv.</p> <p>Behovet for perspektivskiftet fra system til borgerperspektivet underbygges af tre initiativer vi har gennemført. Initiativerne er i sig selv uafhængige af hinanden, men viser et samlet mønster.</p> <p>For det første er behovet blevet tydeligt i forbindelse med de mange borgerinvolverende processer der har været, i udarbejdelsen af den Masterplan for ældreområdet frem mod 2025, som politikerne i Social- og Sundhedsudvalget har foranlediget, og som er politisk godkendt.</p> <p>Fælles for disse processer er først og fremmest borgernes ønske om:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• At blive set, hørt, forstået og respekteret i forhold til den livssituation, de står i. Noget en del borgere ikke oplever at blive mødt i forhold til.</li><li>• At mange borgere gerne vil være en del af fremtidens ældreliv. De tager ansvar og der er igennem forløbet talt meget om medborgerpligt og hvordan vi kan hjælpe hinanden.</li></ul>



- Et stort ønske og forventning om, at ældreområdet i Svendborg Kommune støtter og hjælper borgerne til at mestre de udfordringer de får i livet.

For det andet viser resultaterne af en større kvalitativ og kvantitativ analyse af sygeplejen, som vi har gennemført i 2019/2020 at der anvendes meget tid på koordinering, blandt andet på grund af tilsyneladende bureaukratiske, tunge og ugenomsigtige arbejdsgange og organiseringer, fx i forbindelse med overdragelse af opgaver fra sygeplejersken til Social- og sundhedsassistenten. Analysen viser også en oplevelse af manglende kendskab til den andens/de andres rolle, funktion og opgaver. Det betyder blandt andet at relationen blandt de tværfaglige samarbejdspartnere ikke har den kvalitet, der er nødvendig for at kunne samarbejde om en fælles opgaveløsning.

For det tredje har vi i forbindelse med evaluering af vores akutpladsprojekt anvendt 'Borgerrejsen' som metode. Borgerrejserne har blandt andet synliggjort en planlægnings- og organiseringspraksis, der kan resultere i fragmenterede, usammenhængende og ukoordinerede borgerforløb, med ineffektiv udnyttelse af kompetencer og ressourcer til følge. Ikke mindst med en dårligere faglig kvalitet for borgeren til følge.

Vi ser således et mønster af flere faktorer, der tilsammen kan betyde, at den enkelte medarbejder ser sig selv som en medarbejder med et sæt af opgaver, i stedet for som en medarbejder der i samarbejde med borgeren, de pårørende og andre fagprofessionelle løser det samlede sæt af opgaver der skal til, for at borgerens forløb bliver sammenhængende, koordineret og livs støttende.

Med den kulturelle forandringsproces ønsker vi:

- At det ALTID er borgerens helbredssituation og samlede livssituation, der er udgangspunktet for tilrettelæggelsen af plejen og omsorgen.
- At der ydes HELHEDSPLEJE hvor planlægningen og tilrettelæggelsen af forløb og indsatser er sammenhængende, koordinerede og med udgangspunkt i borgerens behov.
- Tilrettelæggelsen og løsningen af opgaverne er effektive, og i en balance mellem helhedspleje og borgerperspektivet og økonomi/ressourcer

Vi har allerede igangsat følgende initiativer, som aktiviteterne i dette projekt bygger videre på:

- En fast mødestruktur med daglige "Tidlig opsporings møder (TO)", tværfaglige møder ugentligt og borgerkonferencer ved behov
- Ledelse af værdig ældrepleje – Læringsforløb om værdig ældrepleje med fokus på ledelse, organisation og samarbejde med rejsehold fra Sundhedsstyrelsen. Forløbet er for topledelsen på ældreområdet og er igangsat efterår 2019
- Udvikling af lærings- og kompetenceforløb for planlæggere på ældreområdet. Forløbets indhold og metoder er netop godkendt af ledelsen

6. Beskriv hvordan projektet understøtter puljens formål om at styrke omsorg og nærvær i ældreplejen med afsæt i mindst ét af de syv værdighedstemaer.

Vi ønsker at borgerne skal have mulighed for at leve deres liv med de interesser og vaner, som er eller har været en del af deres tidligere tilværelse. Medarbejderne skal fortsat have respekt for det enkelte menneske, og i det daglige arbejde skal de have en øget bevidsthed om at vi som mennesker er forskellige. Så når vi ønsker at styrke livskvalitet og selvbestemmelse, betyder det at vi skal få systemet til at passe til borgerne og ikke borgerne til at passe til systemet. Helt lavpraktisk betyder det fx at vi ikke skal lade ønsket om at få kørelisterne til at gå op gå forud for borgerens behov for at kunne få vasket sit hår, så hun kan føle sig godt tilpas når hun skal til undersøgelse på sygehuset. Den enkelte medarbejder skal opleve, at der er en fleksibilitet og frihed, der muliggør at borgeren får vasket sit hår.

Indsatser iværksættes på et solidt fagligt grundlag, så kvalitet, tværfaglighed og sammenhæng i plejen sikres. Den sygeplejefaglige helhedsvurdering og vurdering af funktionsevne og borgerens samlede livssituation foretages sammen med borger og pårørende, så de bedst mulige rammer skabes for borgeren. De pårørende er en del af borgerens liv, historie og identitet og de har et unikt kendskab til borgeren, derfor skal de naturligt være en del af de beslutninger der skal tages hvis der sker ændringer i borgerens situation, hvis borgeren ønsker de pårørende bliver involveret.



Praksisarenaen for projektets aktiviteter og processer er den kommunale hjemmepleje. (Se bilag 1 – Organisering af hjemmeplejen). Konkret vil aktiviteter og processer i projektet udspille sig den samarbejdsarena der er mellem social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, sektionsleder, planlægger og visitator, samt de tilknyttede tværfaglige samarbejdspartnere. (Se bilag 2 – Visuel fremstilling af samarbejdsarenaen).

Vi ønsker at udvikle en model for 'Organisering i tæt knyttede team', der giver teamets medlemmer en udstrakt planlægningsfrihed og selvbestemmelse, samtidig med en effektiv ressourceudnyttelse, så der skabes en balance mellem frihed og styring ud fra de rammevilkår der er gældende. Den hollandske Buurtzorg Model<sup>1</sup> er et radikalt bud på en total frisættelse i selvstyrende teams, og de har udviklet et koncept der er meget inspirerende. Så vi har søgt inspiration til en version der harmonerer med en dansk kontekst.

'Ny Syntese' udviklet af Jocelyne Bourgon, tilbyder en model der guider til nye handlerum.<sup>2</sup> Modellen skaber balance mellem offentlig administration og inddragelse af civilsamfundet, i dette projekt borgeren og de pårørende. Modellens handlerum vil i projektets design blive konkretiseret på baggrund af Tina Øllgaard Bentzen's teori om Samskabt styring<sup>3</sup> med henblik på, at udvikle alternative strategier for at forankre eller forandre styringen i de enkelte hjemmeplejesektioner, så den opleves meningsfuldt for dem der skal arbejde indenfor de givne rammevilkår.

I projektets design af disse samarbejdsformer og -kulturer, tager vi udgangspunkt til begrebet 'Relationel kapacitet' forstået som *"evnen til at indgå i komplekse og dynamiske samarbejdsrelationer, der både kræver en konkret evne til at skabe koordinerede indsatser, og til at gøre det dynamisk i nye samarbejdsrelationer, når og hvor der er brug for det"*.<sup>4</sup>

Allerede nu er der teamopdeling i hjemmeplejen, så det er den model vi arbejder videre med. (Se bilag 1). Hvert team udgøres af SSH'er – SSA'er og sygeplejersker. Til hvert team knyttes en sektionsleder, en planlægger, en visitator og en rehabiliteringsterapeut og en hjælpemiddeltherapeut. Grundtanken er, at det er de samme medarbejdere der er i det enkelte team, således der i langt højere grad oparbejdes en fast gennemgående medarbejdergruppe. Det tæt knyttede team har betydning i forhold til kendskab til de borgere der er knyttet til teamet, og dermed for kontinuitet og kvalitet i borgerens forløb.

Hver borger får tilknyttet en kontaktperson. Afhængig af kompleksiteten i borgerens forløb kan det være en SSH, en SSA eller en sygeplejerske. Kontaktpersonen er den røde tråd i borgerens forløb, det betyder at man som kontaktperson har ansvar for at have overblik over hvilke problemer/udfordringer det er borgeren oplever, og hvilke indsatser der iværksættes.

Kontaktpersonen er ansvarlige for at der bliver fulgt op på iværksatte indsatser, og er ansvarlige for at involvere de relevante faggrupper ved behov.

Det er det enkelte team der, med udgangspunkt i samtalerne med borgere og pårørende og de faglige vurderinger, planlægger og fordeler opgaverne og allokere de kompetencer der skal til i balance med en effektiv ressourceudnyttelse. For at understøtte teamet, ønsker vi at afprøve om en beskrivelse 5 typer af borgerforløb/borgersituationer kan understøtte teamets allokering af de rette kompetencer. Udgangspunktet for beskrivelserne er om borgerens helbredsstatus er stabilt eller ustabil og/eller om borgerens forløb er komplekst eller ej.

Den eksisterende mødestruktur, som nævnt i afsnit 5, vil danne rammen for samarbejdsarenaen. I projektet suppleres disse møder med ugentlige teammøder, hvor den tilknyttede forandringskonsulent har fokus på praksisnære læringsprocesser gennem sparring, supervision og undervisning.

7. Beskriv hvordan projektet understøtter puljens mål om at se på veje til at reducere unødvendige dokumentationskrav og optimere eksisterende dokumentationsprocesser til gavn for den enkelte ældre.

Den netop gennemførte sygeplejeanalyse peger på arbejdsgange og processer der forekommer u hensigtsmæssige og direkte begrænsende for effektiv ressourceanvendelse, og dermed for muligheden for at kunne anvende mere tid hos borgeren, fx i forhold til opgaver overdraget fra sygeplejersken til social- og sundhedsassistenten. Ved at etablere tæt knyttede team, med konkrete andre måder at samarbejde om opgaverne på, vil en del af disse dokumentations- og arbejdsgange

<sup>1</sup> <https://www.vive.dk/media/pure/15036/4203712>

<sup>2</sup> Bourgon, Jocelyne & Dahl, Kristian. Den ny syntese for offentligværdiskabelse i det 21. århundrede. Dansk Psykologisk Forlag, 2017

<sup>3</sup> Bentzen, Tina Øllgaard. Samskabt styring. Nye veje til afbureaukratisering. Samfunds Litteratur, 2020

<sup>4</sup> Storch, Jacob & Hornstrup, Carsten. Relationel kapacitet. Sammenhæng i offentlige organisationer. Forlaget Mindspace, 2018



kunne forenkles. Som arbejdsgangene er i dag, opleves det dokumentationsmæssigt tungt at skulle overdrage en ydelse.

Vi er aktuelt i gang med et mindre pilotprojekt i én af sektionerne, hvor fokus snævert er på at minimere dokumentationsprocesser i samarbejdet mellem planlægger og visitator. Ved at give planlægger større frihed, ændre på nogle få arbejdsgange i forbindelse med visitation, og beslutte at planlægger og visitator har en dag om ugen hvor de sidder sammen, kan vi allerede nu efter få uger se en markant reduktion i arbejdsprocesser for begge parter vedkommende.

Vi ønsker i projektperioden at optimere dokumentationen og dokumentationsprocesserne, så det der dokumenteres, er det der er brug for, for at sikre faglighed, kvalitet, sammenhæng og koordination i de enkelte borgerforløb.

8. Beskriv projektets metoder og processer, og hvordan de understøtter formålet om at styrke omsorg og nærvær i ældreplejen gennem *innovative* veje og skabe positiv forandring i praksis. Herunder overvejelser om inddragelse af borgere, involverede medarbejdergrupper og andre relevante parter.

Udfordringen i perspektivskiftet peger på behov for ændringer i både handling og adfærd. Der er blandt andet behov for at tage fat i samarbejdsprocesser og -kultur mellem de forskellige medarbejderkategorier.

De lærings- og forandringsprocesser, der igangsættes, skal være praksisnære og konkrete i forhold til de enkelte opgaveløsninger. Fra projektet Demens i praksis har vi gode erfaringer med aktionslæringsforløb, hvor medarbejderne lærer af praksis og i praksis.

De enkelte afprøvningsforløb, der designes med inspiration fra PDSA-cirklen, skal følges tæt af den tilknyttede forandringskonsulent, både med deltagende observation som metode og med sparring, guidning og undervisning på faste ugentlige teammøder. Det giver mulighed for sparring og refleksion over betydningen af nye handlinger. Der skal skabes mulighed for en 'visen hvordan' og en væren sammen med den eller de, der skal ændre handlinger, adfærd og kultur. Det kan fx være en sektionsleders mulighed for at være tæt på i hverdagen, når opgaver skal planlægges hos den enkelte borger, så sektionsleder kan guide og tilrettevise i de konkrete beslutninger, der skal tages. Med inspiration fra Bo Vestergaard's model om vilkårsrum og mulighedsrum (Se bilag 3) vil rammer og vilkår for de enkelte afprøvningsforløb blive beskrevet konkret og i et handleanvisende sprog.

Til varetagelse af læringsprocesserne i de enkelte hjemmeplejeteams ansættes 4 forandringskonsulenter. Det er erfarne medarbejdere med solide faglige og pædagogiske kompetencer og med et godt kendskab til ældreområdet. Forandringskonsulenterne bliver fast tilknyttet til de enkelt teams og følger dem gennem hele forløbet. Da læring skal ske af og i praksis er det centralt at forandringskonsulenterne er tæt på medarbejderne, både i deres daglige praksis og i forbindelse med temamøder og øvrige mødeaktiviteter. Det fordrer at konsulenterne får et fælles ståsted, et fælles sprog og fælles redskaber de skal arbejde med. Derfor iværksætter vi et læringsforløb for dem, der består af indledende workshops og kontinuerlige supervision gennem projektperioden.

En central forudsætning for at denne forandringsproces kan lykkes er et tydeligt fokus på faglig ledelse. Den enkelte leder skal kunne oversætte strategier, mål og visioner til handlingsorienterede adfærdstermer, der er guidende for medarbejderne, og de skal formå at tydeliggøre de nye og anderledes succeskriterier der er for medarbejderne.

Derfor vil vi, parallelt med det læringsprocesser der iværksættes i de enkelt hjemmeplejeteams, igangsætte et praksisnært læringsforløb for sektionslederne. Læringsforløbet tager afsæt i det topledelsen arbejder med i forløbet 'Ledelse af værdig ældrepleje' sammen med rejseholdet fra Sundhedsstyrelsen.

Processer og metoder som vi anvender i projektet, er ikke radikal innovation, men til gengæld nye måder at arbejde med kendte elementer på i nye kontekster.

9. Beskriv projektets potentiale ift. at skabe ny praksis og løsninger, der kan overføres til andre kommuner, herunder hvordan evt. samarbejde med andre aktører understøtter dette.

De udfordringer vi har, og som vi søger at adressere med dette projekt er ikke unikke for Svendborg Kommune. Såvel undersøgelser og forskning som de medieårne historier, og ikke mindst det nyligt gennemførte Ældre Topmøde viser, at de har en eksemplarisk karakter.



Det betyder derfor også, at selvom kommunerne organiserer sig forskelligt og har hver deres eget særkende, så vil det vi udvikler i projektet have en iboende generisk karakter. Både fordi vi i projektet forpligter os til at dele viden og erfaringer, se i øvrigt afsnit nedenfor, men også fordi metoder, processer og understøttende strukturer vil være overførbare uanset forskelligheden i de konkrete opgaver der skal løses.

10. Beskriv overvejelser om afsatte ressourcer i projektet til løbende at indsamle og anvende viden, erfaringer og resultater til løbende evaluering og tilpasning af projektet samt understøttelse af de af Sundhedsstyrelsen planlagte aktiviteter for videndeling mellem kommuner.

Da projektets aktiviteter er designet som praksisnære aktionslæringsforløb, og fordi implementering og forankring er indarbejdet fra dag 1, har vi valgt en processuel evalueringsstrategi. Kontinuerlige evalueringssnedslag gennem projektets faser og de enkelte afprøvningsforløb, giver mulighed for at justere og tilpasse projektets aktiviteter og processer i forhold til det vi ønsker at se. I projektets første fase udarbejdes den konkrete evalueringsplan, og en del af evalueringen vil bestå af før og efter interview med udvalgte borgere og pårørende.

Klassisk har vi arbejdet med skriftlige evalueringer, men ønsker at afprøve andre medier. Det kan fx være videoklip med fortællinger, filmede interview, eller situationer hvor medarbejderne anvender nogle af de værktøjer vi arbejder med. Vi har desuden planer om at lave projektets egen hjemmeside, hvor vi samler alt det materiale som udvikles i projektet.

I forbindelse med de konkrete evalueringssnedslag vil vi på en struktureret vis indsamle viden og erfaring, der kan deles med de øvrige kommuner som får del i puljen. Dette vil i praksis bestemmes af strukturen på den platform Sundhedsstyrelsen stiller til rådighed, men vil også kunne hentes på projektets egen hjemmeside.

Vi ønsker at prioritere ledernes og medarbejdernes deltagelse både på de netværksmøder som Sundhedsstyrelsen initierer og på de temadage og konferencer der vil blive afviklet, hvorfor der er afsat ressourcer til dette.

11. Beskriv projektets:

- organisering,
- ledelsesmæssige forankring og opbakning,
- tilknyttede kompetencer og erfaring,
- tids- og milepælsplan.

Beskriv herunder overvejelser om / argumentation for gennemførligheden af projektet i relation til disse.

Projektet er organisatorisk forankret i Svendborg Kommunes ældreområde og projektejer er Ældrechefen. Der etableres en styregruppe med Ældrechefen som formand, projektleder, områdeledere, repræsentanter for TR-kollegiet og sektionsledere. Styregruppens ansvar er at sikre budgetoverholdelse og fremdrift i projektets indsatser.

Der nedsættes en projektarbejdsgruppe bestående af projektleder, de 4 forandringskonsulenter og repræsentanter for sektionsledere og medarbejdere.

Projektets aktiviteter hænger tæt sammen med det topledelsen arbejder med i læringsforløbet 'Ledelse af værdig Ældrepleje'. Det betyder en solid ledelsesmæssig forankring og opbakning til projektet fra topledelsens side. Opbakning og forankring på mellemliderniveau (sektionslederne) skal, ud over de konkrete initiativer der sker i topledelsens læringsforløb, ske via de læringsforløb der iværksættes i projektet.

Projektleder og de fire forandringskonsulenter skal have et solidt kendskab til ældreområdet, besidde såvel sygeplejefaglige, organisatoriske som processuelle konsulent kompetencer. Til projektledelsen vil der blive tilknyttet en erfaren projektleder som faglig sparringspartner.

Projektet afvikles i 4 faser:

Fase 1: december 2020: Ansættelse af projektleder og forandringskonsulenter. Etablering af projektorganisation. Færdigudvikling af rammer og vilkår for organisering i tæt knyttede team, og konkretisering af design af aktionslæringsforløbet til afprøvning i fase 2. Konkretisering af evalueringssnedslag.

Fase 2: januar & februar 2021: Pilotforløb i 2 sektioner, evaluering af dette og justering mhb fase 3



Fase 3: marts – november 2021: Aktionslæringsforløb i alle 10 sektioner

Fase 4: december 2021: Afsluttende evaluering



SUNDHEDSSTYRELSEN

