



INSPIRATION TIL IMPLEMENTERING
AF KOMMUNALE SUNDHEDSINDSATSER

2011



**Inspiration til implementering
af kommunale sundhedsindsatser**

Manuskript: Andreas Christensen, Line-by-Line A/S

Redaktion: Line Raahauge Hvass, Anna Paldam Folker, Katrine Finke, Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Kategori: Rådgivning

Emneord: implementering, forebyggelse, sundhedsfremme, kommunalt, evidens, planlægning, sundhed

Sprog: Dansk

Oplag: 1000

Tryk: Rosendahls - Schultz Grafisk A/S

Fotos: Colourbox

Den trykte udgave ISBN: 978-87-7104-241-2

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-240-5

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, Enhed for Sunde Rammer, 2011

Copyright: Sundhedsstyrelsen, publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Forord

Der er ofte et langt spring fra beslutningen om at igangsætte en kommunal sundhedsindsats til, at indsatsen er sat i værk og fungerer efter hensigten. Formålet med dette inspirationshæfte om implementering er at bidrage til, at dette spring bliver så kort som muligt.

Hæftet er målrettet sundhedskonsulenter og sundhedsplanlæggere i kommunerne og gennemgår syv forhold, der bidrager til vellykket implementering og som det er værd at være opmærksom på i forbindelse med planlægning og gennemførelse af sundhedsindsatser.

Den viden, hæftet bygger på, stammer fra Sundhedsstyrelsens publikation fra 2010 ”Implementeringsforskning om forebyggelse – en baggrundsrapport”, som gennemgår den internationale litteratur om implementeringsforskning på forebyggelsesområdet.

Inspirationshæftet skal ses i sammenhæng med de redskaber til evidensbaseret sundhedsfremme- og forebyggelse i kommunerne, som findes på www.sst.dk/evidens. Der kan fx findes redskaber til planlægning, søgning af evidens og til evaluering.

Bagest i hæftet findes fire beskrivelser af indsatser, der har givet gode erfaringer med at implementere forskningsbaseret viden i konkrete sundhedstilbud. Sundhedsstyrelsen vil gerne takke de kommuner, der medvirker samt TrygFondens Forebyggelsescenter for assistance til at identificere relevante indsatser.

Sundhedsstyrelsen, oktober 2011

Annemarie Knigge
Enhedschef

Indhold

Forord	3
Sammenfatning	5
Vellykket implementering	7
Karakteristika ved selve indsatsen	8
Organisatoriske faktorer	10
Medarbejdernes rolle	12
Ledelsens rolle	16
Inddragelse af målgruppen	17
Nøjagtighed versus tilpasning	18
Dokumentation og evaluering	19
Eksempler på implementering i kommuner	20
Systematisk faldforebyggelse (Københavns Kommune)	20
Aktiverende hjemmehjælp (Fredericia Kommune)	23
Kort indsats i forhold til storforbrug af alkohol (Aalborg Kommune)	25
Tobaksforebyggelse målrettet socialt udsatte (flere kommuner)	27

Sammenfatning

Dette inspirationshæfte gennemgår syv forhold, der fremmer vellykket implementering af sundhedsindsatser. Beskrivelsen af de forhold skal ikke bruges til at designe indsatser efter en bestemt skabelon men som en hjælp til at vurdere, hvilke udfordringer man kan støde på og hvordan de kan tackles. Arbejdet med implementering begynder allerede i planlægningsfasen af en indsats og fortsætter, til indsatsen er evalueret og eventuelt justeret. Hvis man laver en implementeringsstrategi og løbende forholder sig aktivt til de syv forhold nedenfor, er man godt på vej mod en vellykket implementeringsproces.

Karakteristika ved selve indsatsen

Det er kendetegnende for sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser, der implementeres lettere end andre, at de har synlige fordele, er på linje med modtagernes værdier, er lette at bruge, kan testes i lille målestok, giver synlige resultater, kan tilpasses modtagernes behov og indeholder en viden, der kan generaliseres. Nøjagtighed i implementeringen fremmes af detaljerede og lettilgængelige manualer, som også gør det lettere at dokumentere og efterfølgende evaluere, hvor implementeringen eventuelt er afvejet fra det planlagte.

Organisatoriske faktorer

Succesfuld implementering fremmes af faktorer som en stor og udviklet organisation, en decentral opbygning, systematisk brug af viden og innovation og eksistensen af lokale netværk. Generelt vil det også fremme implementeringen, hvis antallet af beslutningsled kan begrænses. Det er en fordel at skabe overblik over de relevante aktører og deres interesser og ressourcer og undgå ensidig afhængighed mellem dem.

Medarbejdernes rolle

Da medarbejderne har den umiddelbare kontakt til de borgere, som indsatsen retter sig imod, er det helt afgørende for implementeringen, at medarbejderne udfører deres del af den. Manglende motivation eller manglende mulighed for at iværksætte indsatsen kan være en barriere for implementeringen, hvorimod inddragelse af medarbejderne i beslutningsprocessen og udvikling af ejerskabsfølelse blandt medarbejderne virker fremmende. Viden, kompetenceudvikling og organisatorisk støtte til medarbejderne kan også fremme motivation og mulighederne for at gennemføre indsatsen.

Ledelsens rolle

En samlet ledelse, der bakker op om indsatsen, er vigtig for implementeringen. Det er implementeringsfremmende at ledelsen har forståelse for indsatsens relevans og at indsatsen har forkæmpere i organisationen. En af ledelsens vigtigste opgaver

er at sørge for, at medarbejderne har den nødvendige viden og motivation til at gennemføre indsatsen.

Målgruppen for tiltagene (borgerne)

Målgrupper kan have forskellige ressourcer og motivation, og det fremmer implementeringen, hvis der kan tages højde for det i indsatsen. En kommunikationsstrategi for den konkrete implementeringsproces vil øge mulighederne for at skabe interesse for de konkrete tiltag blandt de borgere, der skal modtage tilbuddene. Inddragelse af borgerne i beslutninger, der berører dem selv, styrker gennemførelsen af sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser målrettet mindre ressourcestærke borgere.

Dokumentation og evaluering

Hvis man skal måle, om en indsats forløber, som den i udgangspunktet er tænkt, er det vigtigt, at der etableres feedbackmekanismer og dokumentation, der kan beskrive, hvad der er blevet gjort og ikke gjort. Ved at dokumentere hvilke af indsatsens dele man implementerer, og hvordan man implementerer dem, får man væsentlig viden om selve processen, som kan være med til at skabe indsigt i, hvordan man skaber bedre implementering og i hvordan indsatser virker. Fx kan implementeringsdokumentation sammen med effektevaluering give klarhed over, om en manglende effekt skyldes selve indsatsens indhold eller en mangelfuld implementering.

Nøjagtighed versus tilpasning

At tilpasse indsatsen til den aktuelle situation fremmer implementering, hvilket skaber et dilemma i forhold til at gennemføre indsatser med dokumenteret effekt. Når man ændrer på en indsats, kan man risikere også at ændre på den effekt, indsatsen vil have. Hvis man ændrer en indsats, der har vist effekt i en undersøgelse, kræver det en grundig analyse af, hvilke dele der kan ændres, uden at effekten mindskes og en god effektevaluering, for at kunne vurdere om indsatsen stadig virker.

Implementering i kommuner

I sidste kapitel beskrives fire cases fra forskellige kommuner, hvor implementering af sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser af forskellige årsager har været vellykket.

Vellykket implementering

En vellykket implementering af en indsats vil sige, at man iværksætter præcis de forandringer, der skal til, for at indsatsen bliver gennemført og dermed kan påvirke målgruppen som planlagt. Implementeringsprocessen defineres her som forløbet fra, at der er taget en beslutning om at igangsætte en sundhedsindsats, til den er integreret i daglig praksis. Det aktive arbejde med at implementere en indsats begynder i planlægningen og er ikke slut, før indsatsen er en del af den daglige drift og eventuelt er evalueret og justeret. De overvejelser, som dette kapitel lægger op til, skal derfor ske allerede i planlægningen af en indsats og løbende gennem hele processen.

De forhold, der bidrager til vellykket implementering, gælder alle former for indsatser, uanset om de er dokumenteret effektive eller ej, men dette inspirationshæfte tager udgangspunkt i, at sundhedsindsatser så vidt muligt bygger på evidens. For inspiration til at søge og vurdere viden om evidensbaserede indsatser, se Videnssøgeren og andre redskaber på www.sst.dk/evidens under Evidensbaseret forebyggelse.

Selvom der efterhånden findes en række evidensbaserede metoder til at arbejde med sundhedsindsatser i kommunalt regi, findes der relativt få indsatstyper, der er udformet som et effektivt koncept, som umiddelbart kan implementeres i kommunens daglige drift. Et eksempel på en indsats, der er veldokumenteret og forholdsvis nem at implementere, er de almindelige rygestoptilbud, som i dag findes i næsten alle kommuner. Ved implementering af de fleste andre indsatser kræver det særlige tiltag af organisatorisk og ledelsesmæssig art at opnå den mulige effekt.

Der findes ikke nogen konkrete metoder til eller standarder for effektiv implementering, men der findes en række muligheder for at fremme en vellykket implementering. Helt overordnet kan man sige, at det handler om at sætte tid af til at lave en grundig implementeringsstrategi og at sætte ressourcerne af til også at følge den og dokumentere forløbet.

I det følgende præsenteres en kort sammenfatning¹ af, hvad der ud fra en litteraturgennemgang kan siges at fremme vellykket implementering af sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser. Formålet med gennemgangen er at skabe et overblik over nogen af de mest almindelige udfordringer i en implementeringsproces. I dette inspirationshæfte begynder implementeringen efter en beslutning om at indføre en sundhedsindsats. I praksis kan der være mange forhold, der har betydning for, om den beslutning overhovedet kan tages, for eksempel de politiske og socio-økonomiske forhold og lokalsamfundets parathed til at acceptere de nødvendige forandringer. For mere viden om disse forudsætninger for implementering se rapporten Implementeringsforskning om forebyggelse - en baggrundsrapport, Sundhedsstyrelsen 2010.

De følgende syv forhold har indflydelse på implementeringsprocessen fra beslutningen om at indføre en sundhedsindsats og kan med fordel udgøre fokuspunkterne i en strategi for, hvordan en indsats skal implementeres:

- Karakteristika ved selve indsatsen
- Organisatoriske faktorer
- Medarbejdernes rolle
- Ledelsens rolle
- Inddragelse af målgruppen
- Dokumentation og evaluering
- Nøjagtighed eller tilpasning

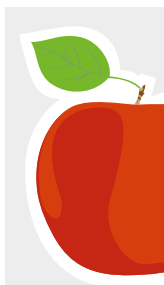
Karakteristika ved selve indsatsen

De sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser, der generelt er lettest at implementere, har en række fælles karakteristika, fx at de er simple og lette at bruge. Det betyder selvfølgelig ikke, at man kun kan eller skal implementere indsatser, der er simple og lette at bruge, men at det er vigtigt at være bevidst om kompleksiteten og den umiddelbare tilgængelighed af indsatsen. Det spiller ind på implementeringsprocessen, at eventuelle risici ved en indsats på forhånd vurderes, og at det planlægges, hvordan de håndteres.

Lav kompleksitet

Kompleksiteten af en indsats kan være afgørende for implementeringen. Eksemplet viser forskellige grader af kompleksitet:

¹ For en uddybende gennemgang af hvert af punkterne se rapporten 'Implementeringsforskning om forebyggelse – en baggrundsrapport' Sundhedsstyrelsen, 2010.



Simpel informationsindsats om vuggedød

Der er evidens for, at antallet af vuggedødstilfælde mindskes, hvis små børn ikke sover på maven. Ved hjælp af pjecer, der udleveres til forældre, og information fra sundhedsplejersker er det lykkedes at nedbringe antallet af vuggedødstilfælde.

Der er tale om et simpelt tiltag, som retter sig mod en motiveret gruppe, som ikke kræver dyre eller komplekse indsatser, og som det er forholdsvist nemt at måle effekten af.

Kompleks indsats mod type 2-diabetes

Der er evidens for, at fysisk aktivitet, sund mad samt at undgå rygning og overvægt forebygger type 2-diabetes. Alligevel stiger antallet af tilfælde. Der findes evidensbaserede programmer, der sigter mod at forebygge diabetes via indsatser rettet mod disse fire faktorer.

Her er der tale om langt mere komplekse indsatser, der berører nogle meget centrale aspekter i et menneskes liv, og som stiller store krav både til målgruppen og til leverandøren af indsatsen. Målgruppen er måske ikke særlig motiveret for at sætte ind samtidig på alle fire områder, og det kan være en udfordring at gennemføre indsatsen som planlagt på grund af de mange tiltag, der skal sættes i værk. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på, hvad der kan gøres for at fremme implementeringen.

Implementering af komplekse indsatser kræver en grundig analyse af indsatsens indhold og rammer i planlægningsfasen (se evt. Guide til planlægning af kommunale forebyggelsesindsatser, Sundhedsstyrelsen 2007). Hvis indsatsen adskiller sig meget fra, hvad man plejer at gøre, eller hvis den er kompleks, er det ekstra vigtigt at tydeliggøre, hvad den går ud på, og hvorfor den skal sættes i værk. Det kan fremme implementeringen, hvis en ny metode demonstreres i praksis og hvis der findes (eller udarbejdes) detaljerede og lettilgængelige manualer. Dette gør det også lettere at dokumentere indsatsen og efterfølgende evaluere, om implementeringen er afvejet fra manualerne, og hvilken betydning det har haft.

Klare fordele frem for allerede eksisterende indsatser

Det kan være en fordel at tydeliggøre indsatsens fordele så alle involverede modtager budskabet. Udover fordelene for målgruppen kan det være en fordel at fremhæve eventuelle fordele for medarbejderne, fx lettere arbejdsgange eller mulighed for at udvikle nye kompetencer.

På linje med modtagernes værdier

En ny indsats implementeres lettere, hvis den er i overensstemmelse med de gældende værdier i organisationen og hos målgruppen. Fx vil obligatorisk fremmøde til rygestopkurser for alle rygere i en kommune være i konflikt med en værdi om frit valg i forhold til egen sundhedsadfærd, selvom metoden skulle vise sig meget effektiv.

Kan testes i lille målestok

Det fremmer god implementering at gennemføre en pilottest af indsatsen på en lille del af målgruppen og efterfølgende tilpasse indsatsen eller de rammer, den skal indgå i, inden den sættes i værk.

Har synlige resultater

Særligt i forbindelse med sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser, hvor effekten ofte først viser sig efter lang tid, kan det være en fordel at designe indsatsen, så der forholdsvis hurtigt ses en form for resultater – fx ved at indlægge evalueringer af, hvad deltagerne synes om metoden.

Kan tilpasses målgruppens behov

Implementeringen lettes, hvis indsatsen kan tilpasses de lokale behov. Men det er samtidig vigtigt, at der ikke ændres fundamentalt på indsatsen. Dette er særligt afgørende, hvis den indsats der skal implementeres er udviklet og effektevalueret i en forskningssammenhæng under kontrollerede omstændigheder. På den anden side, kan modstand i målgruppen hindre at indsatsen overhovedet får lov at virke. Der eksisterer derfor ofte et dilemma mellem at være tro overfor det oprindelige design og at inddrage målgruppen og tage højde for deres behov. Læs mere om dette dilemma under Nøjagtighed versus tilpasning s. 18

Indeholder en viden, der kan generaliseres

Hvis man kan bruge indsatsens metode på andre områder, er indsatsen nemmere at implementere. Det kan fx være en indsats, hvor Den Motiverende Samtale indgår som en metode, der også kan bruges i andre indsatser i organisationen.

Organisatoriske faktorer

Når man vil implementere en sundhedsfremme- eller forebyggelsesindsats, er det vigtigt at foretage en vurdering af den organisation, som implementeringen skal foregå i. Alt efter hvor i en organisation man som projektleder eller planlægger er placeret, kan man fremme forskellige ændringer, der kan forbedre vilkårene for implementering. Det kan fx dreje sig om ledelsesforholdene og kontinuiteten i personalesammensætningen, eller om den viden og de færdigheder der er til stede i organisationen.

De nedenstående kendetegn ved organisationer fremhæves i litteraturen, som særligt fremmende for god implementering.

Stor og udviklet organisation

Der er generelt større sandsynlighed for, at en stor og veludviklet organisation indoptager nye tiltag, end at det sker i en lille og nyere organisation.

Systematisk brug af viden og innovation

En organisation, der systematisk undersøger, vurderer og benytter ny viden og lægger den oven i allerede eksisterende viden, er mere innovativ. Innovative organisationer er generelt positive over for forandringer og har klare strategiske visioner, stærke ledere, visionære medarbejdere i nøglepositioner og et arbejdsmiljø, der stimulerer til at eksperimentere og til at tage risici. De har ofte også effektive monitoreringssystemer.

Færre beslutningsled

I en organisation med mange beslutningsled er det vanskeligere at implementere indsatser. Det skyldes, at antallet af beslutningsled har stor betydning for, hvor hurtigt og effektivt indsatser kan sættes i værk og løbende tilpasses. En simpel matematisk beregning viser fx, at hvis der i en organisation er syv beslutningsled, hvor chancen for en positiv beslutning er 90 % i hvert led, er chancen for, at en beslutning klarer turen gennem alle syv beslutningsled, mindre end 50 %. Det kan være en fordel at skabe overblik over aktørerne på de forskellige niveauer og deres interesser og stræbe mod at indgå tidlige aftaler med alle niveauer om grundlæggende forståelser og mulige løsninger. Det støtter også implementeringen, hvis organisationen er delt op i mindre enheder med en decentral beslutningsstruktur.

Fælles middel – forskellige mål

Kompleksitet opstår ikke kun gennem uenighed i de forskellige beslutningsled, men også ved, at grundlæggende enige aktører har forskellige perspektiver. Nogle aktører har således implementeringen af sundhedsfremmende indsatser som et centralt mål, mens det for andre enten er forstyrrende eller sekundært, eller de kan have en anden tidshorisont. Som det nedenstående eksempel viser, kan to kommunale forvaltningsområder have forskellige mål, som begge kan nås med samme middel. Og det er ofte lettere at blive enige om midlerne end om målene.



Sund mad for skolebørn

For en sundhedsforvaltning er sund mad for skolebørn ofte centralt, mens det for skolerne er sekundært i forhold til deres primære mål, som er at undervise børnene. Men begge forvaltninger kan have en fælles interesse i mad som middel til at fremme henholdsvis sundhed og indlæringsevne, og så er der grobund for en fælles indsats.

Skolerne kan se sund mad som et middel til at opnå bedre undervisningsresultater, fordi børnene lærer bedre, når de har fået ordentlig mad, eller måske kan det at lave mad og spise sammen fungere som en læringssituation eller skolen kan få tilført midler til efteruddannelse for lærerne ved at gå aktivt ind i den kommunale sundhedspolitik.

Mulighederne for succesfuld implementering bliver større, hvis man i implementeringsstrategien tager højde for, at de relevante aktører kan have forskellige mål, interesser og ressourcer.

Lokale netværk

Lokale netværk kan være en hjælp til at udvikle viden og til at dele viden mellem forskellige faggrupper, hvilket kan fremme implementering af indsatser, der er afhængig af mange forskellige parter.

Undgå ensidig afhængighed mellem aktører

En anden vigtig faktor, der kan hæmme eller fremme implementeringen af en indsats, er typen af afhængighed mellem involverede organisationer eller samarbejdsrelationer. Det er en fordel at de parter der samarbejder gensidigt er afhængige af opgaveløsningen, og derfor har klare incitament til, at den skal lykkes.

Medarbejdernes rolle

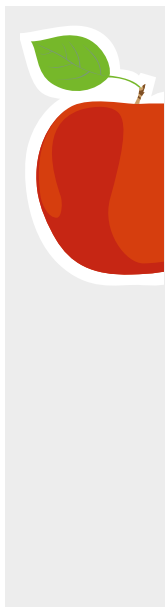
Medarbejdere som sundhedskonsulenter, socialrådgivere, sundhedsplejersker, terapeuter og pædagoger er meget væsentlige for vellykket implementering i kraft af deres direkte kontakt til de målgrupper, sundhedsindsatser retter sig imod.

Medarbejderne har i almindelighed relativ stor selvstændighed og tager mange beslutninger på egen hånd i direkte samspil med borgerne. Hvis medarbejderne ikke udfører deres del af implementeringen, kan de andre dele af implementeringskæden være nok så gode – man vil alligevel ikke opnå det ønskede resultat. Omvendt kan en engageret medarbejdergruppe fremme implementeringen meget effektivt.

Der findes ikke nogen standardløsning på, hvordan man sikrer sig medarbejdernes muligheder for at implementere indsatsen og deres opbakning til den. Et godt udgangspunkt er en grundig analyse af ressourcerne og mulighederne for forandring blandt de pågældende medarbejdere. Derfor kan et vedvarende fokus på nedenstående indsatsområder fremme en god implementeringsproces.

Mulighed og motivation

Der findes mange barrierer, der kan gøre det vanskeligt for medarbejderne at gennemføre implementeringen på den måde, de selv eller ledelsen gerne vil have. Barriererne kan både bestå af manglende mulighed og manglende motivation for at iværksætte indsatsen. Man skal dog se disse to barrierer som sammenhængende, idet manglende mulighed for at iværksætte indsatsen kan komme til udtryk som manglende motivation.



Implementering af madprogram i daginstitutioner

En kommune har besluttet at fremme sundhed blandt børn ved at implementere et madprogram i daginstitutionerne. Medarbejdernes viden og holdninger har betydning for implementeringen:

- **Viden.** Pædagoger eller andre fagpersoner med viden om sund mad vil generelt være bedre i stand til at implementere en madpolitik i daginstitutionerne, selvom det ikke er nok at have viden.
- **Holdning.** Der kan fx være forskellige holdninger til, om det er en offentlig opgave at blande sig i hvad børnene spiser.
- **Opfattelse af effekt.** Det er vigtigt, at pædagogerne tror på, at indførelse af sund mad i institutionen har en langvarig positiv virkning på børnenes sundhed.
- **Opfattelse af målgruppen.** Der kan være forskellige antagelser om forældrenes holdning til sund mad, og graden af tolerance over for familiernes livsstil kan variere. En høj grad af tolerance vil føre til modvilje mod fx at blande sig i madpakkens indhold.
- **Oplevet arbejdsbyrde.** Hvis pædagogerne føler, at de er overbebyrdede på grund af krav fra andre sider, vil det være sværere at få dem engageret i implementeringen af indsatsen.

Medarbejdernes oplevelse af mulighed for og motivation til at implementere en indsats vil øges hvis de har den nødvendige tid, indflydelse og information og samtidig kan se fordelene ved nye indsatser.

Inddragelse

En væsentlig barriere for medarbejdere er manglende inddragelse i beslutningsprocessen. Det kan bevirke, at medarbejderne ikke oplever at have ejerskab i forhold til indsatsen, og føler sig mindre forpligtede til at iværksætte den. Det kan også være en barriere, hvis der er en opfattelse af, at brugen af evidensbaserede metoder er i konflikt med praktikerens metodefrihed, som i nogle organisationskulturer er en central værdi.

Forskellige faggrupper kan have forskellige normer, der henholdsvis hæmmer og fremmer implementeringen. Man skal dog også være opmærksom på, at forskellige faggrupper er underlagt forskellige restriktioner. Således kan sygeplejersker i nogle sammenhænge have meget begrænset frihed til at ændre praksis på egen hånd, og i de tilfælde må man i højere grad arbejde med organisatoriske forhold.

En helt afgørende barriere for medarbejderne kan være manglende kendskab til rationalet bag indsatsen og manglende oplæring i, hvordan indsatsen skal gennemføres. Navnlig komplekse indsatser kræver at medarbejderne har mulighed for at kvalificere sig og opnå forståelse af rationalet bag indsatsen.

Arbejdsbyrde

Hvis den oplevede arbejdsbyrde og kravene fra ledelsens side bliver for store, kan medarbejderne føle sig pressede til at anvende forskellige mestringsstrategier, som gør dem i stand til i en eller anden grad at opfylde kravene. Det kan fx være at give mindre information til målgruppen end planlagt, eller at ændre på rækkefølgen ved at gøre det nemmeste først og evt. udelade mere komplekse og tidskrævende dele af indsatsen. Dette kan føre til, at de implementerede indsatser bliver skævvredet i forhold til hvad der var hensigten. Det kan fx være, at de mest ressourcestærke borgere får en uforholdsmæssig stor del af ydelserne. Eller det kan være, at ydelser, der var tænkt som individuelt tilpassede, får karakter af standardydelser.

Viden og kompetenceudvikling

Den vigtigste faktor for at fremme medarbejdernes brug af den ønskede indsats er viden. Meget tyder på, at det ikke hjælper stort blot at sprede viden, der ikke aktivt involverer medarbejderne, idet dette oftest ikke vil få medarbejderne til at ændre adfærd. Medarbejderne har brug for hjælp til at omsætte detaljerede redegørelser af forskningsresultater til praktiske vejledninger eller manualer.

Tilegnelse af den viden, der vurderes som nødvendig for implementeringen af indsatsen, skal helst ske i form af længerevarende uddannelse i den nye indsats, supervision, coaching og feedback samt træning af de nye færdigheder i praksis, se eksemplet på næste side.

Gensidig supervision blandt medarbejderne har vist sig at være nyttig, og også den viden, som medarbejderne kan få gennem løbende dokumentation og evaluering, kan fremme en mere aktiv og nøjagtig implementering af indsatsen. Indsatsen skal gå i gang umiddelbart efter, at medarbejderne har gennemført uddannelsen. Også medarbejdere, der ikke direkte skal involveres i indsatsen, bør orienteres om den, ligesom medarbejderudskiftning undervejs bør være en mulighed, man tager højde for allerede i planlægningen.



Skolelæreres implementering af ny viden

En metaanalyse fra 2002 viser, at en kombination af flere komponenter kraftigt øger sandsynligheden for, at et nyt tiltag bliver implementeret. Analysen opsummerer effekten af adskillige programmer i en periode på flere år, der skulle sætte lærere i de offentlige skoler i stand til at implementere nye tiltag.

Metaanalysen viser, at hvor der kun var benyttet teori og diskussion, kunne 10 % af lærerne demonstrere viden, 5 % kunne demonstrere færdigheder, og 0 % benyttede den nye viden i klasseværelset.

Lagde man dertil træning og demonstration ind i forløbet, blev resultatet bedre, men der var stadig 0 %, der benyttede deres viden i klasseværelset.

Lagde man øvelser og feedback oveni, havde 60 % mere viden og bedre færdigheder, men kun 5 % brugte deres nye viden i praksis.

Først når man kombinerede disse komponenter med coaching i klasseværelset i lærernes dagligdag, skete der noget: 95 % havde mere viden, 95 % havde bedre færdigheder og 95 % benyttede deres nye viden og færdigheder i praksis. Yderligere forudsætninger var opbakning fra skoleledelsen og høj motivation hos de pågældende lærere.

Kilde: Fixsen, D.L., Naoom, S.F., Blase, K.A., Friedman, R.M. & Wallace, F. (2005). Implementation Research: A Synthesis of the Literature.

Støtte fra en forandringsagent

Det kan fremme medarbejdernes motivation og mulighed for at deltage i indsatsen at have kontakt til en forandringsagent, som kan facilitere, at indsatsen gennemføres som planlagt. Forandringsagenten kan fx støtte medarbejderne, formidle viden og fungere som coach i relation til arbejdsprocessen. Forandringsagenten er ikke nødvendigvis en varig del af organisationen, men kan engageres til den specifikke implementeringsproces. Det er vigtigt, at forandringsagenten er en person, som medarbejderne har tillid til.

Organisatorisk støtte

Den organisation, som medarbejderne arbejder i, skal være i stand til at understøtte medarbejdernes funktioner i relation til indsatsen. Hvis medarbejderne fx efter at være blevet uddannet til en indsats vender tilbage til en dagligdag med uændret belastning fra de faste opgaver, uden supervision og hvor kollegerne ikke anerkender udbyttet af uddannelsen, vil det være vanskeligt at integrere den nye viden og de nye rutiner i dagligdagen.

Indsatsen skal også tilpasses de medarbejdere og den organisation, hvor den skal gennemføres. Fx bør skolebaserede programmer tage hensyn til skoleårets længde, antallet af ugentlige skematimer samt mængden af andre ting, som lærerne skal nå på et skoleår.

Desuden skal man tilrettelægge de konkrete organisatoriske redskaber som indberetningsskemaer, computer-systemer og journaler, så de understøtter den adfærd, man gerne vil fremme, fx ved at inkludere eller ekskludere felter til bestemte former for information. Ideelt set er det bedst, hvis personen med ansvar for implementering har mulighed for at kommunikere direkte med alle de involverede medarbejdere.

Ledelsens rolle

Ledelsens opbakning til indsatsen er central for en succesfuld implementering. Det er meget vigtigt, at ledelsen har forståelse for indsatsens relevans og kan se, hvorfor den skal gennemføres frem for andre indsatser eller sideløbende med andre indsatser, som også kræver medarbejderressourcer.

Hvis der er mange ledelsesniveauer, kan det være vanskeligt at styre implementeringsprocessen, fx hvis den umiddelbare ledelse vil én ting, mens de højere niveauer vil noget andet.

En af ledelsens vigtigste opgaver er at sørge for, at medarbejderne har den nødvendige viden og motivation til at gennemføre indsatsen. Både overordnede ledere og mellemledere kan spille en væsentlig rolle ved at sikre, at medarbejderne får den tid og de ressourcer, de skal bruge til opgaven, og ved at kommunikere indholdet i indsatsen til dem.

Derudover er det en stor fordel, hvis ledelsen tager aktivt del i implementeringen fx ved at påvirke og motivere relevante aktører i organisationen og lokalsamfundet. Det ledelsen kan gøre er at:

- være fortalere for indsatsen og for betydningen af god implementering,
- afsætte tilstrækkelige medarbejderressourcer,
- engagere nøgleallierede,
- opbygge konsensus om og støtte til indsatsen hos relevante interessenter herunder lokale meningsdannere og målgrupperepræsentanter og
- forankre indsatsen fx ved at kæde den sammen med andre indsatser eller tiltag som oplysningskampagner, efteruddannelse eller etablering af videntcentre/dataindsamling.

Ledelsens redskaber kan opdeles i kapacitetsopbyggende og målrettede ledelsesredskaber. Ledelsen kan vælge at opbygge kapaciteten i forbindelse med en indsats ved at øge bemanningen og sikre, at medarbejderne har adgang til relevant information. Effekten af ekstra bemanning er størst i situationer, hvor bemanningen i forvejen er lav (fx hvis en kommune øger bemanningen fra én forebyggelsesmedarbejder til to).

De målrettede ledelsesredskaber går ud på at ledelsen øger sammenhængen mellem organisationens mål og medarbejdernes adfærd ved klart at signalere, hvad målet er, ved at følge op på opnåelsen af mål og ved at rekruttere medarbejdere i overensstemmelse med organisationens mål.

Inddragelse af målgruppen

Målgruppen for sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser er borgerne. De borgere der deltager i en indsats er ikke kun passive modtagere, men aktive medskabere af implementeringsprocessen. For det meste er det målgruppen, der i sidste ende skal ændre adfærd, for at indsatsen kan kaldes en succes. Det er derfor afgørende at sikre målgruppens motivation og ejerskab. Det er derfor altid vigtigt at overveje, hvorvidt deltagerne skal inddrages i implementeringsprocessen.

Ikke mindst kan man forbedre indsatser, der retter sig mod mindre ressourcestærke grupper, hvis de inddrages i beslutninger, der berører dem selv. Dette skyldes, at: a) man kan tilpasse indsatserne til de aktuelle behov og ønsker i lokalsamfundet, b) man får identificeret eventuelle barrierer, så det er muligt at tilrettelægge indsatsen efter dem, og c) man udnytter ressourcer i lokalmiljøet, fx via etablerede netværk og centrale personer.

Dette kan være med til at sikre, at en indsats ikke kun bliver gennemført af de borgere der umiddelbart er mest motiverede til at deltage, men også af borgere der er mindre motiverede men alligevel har behov for at deltage set ud fra sundhedsmæssige kriterier.

Forskelle i ressourcer og normer

Selvom målgruppen er aktiv i udformningen af implementeringen, kan deltagerens muligheder for at øve indflydelse være forskellige pga. forskelle i kendskab til regler, uddannelse, økonomiske ressourcer, tilknytning til magtfulde grupper mm. Derudover har folk generelt forskellige opfattelser af, hvad det sunde liv består af, og der vil for nogle deltagere være modsætninger mellem det gode liv og det sunde liv. Det kræver derfor et stort kendskab til målgruppen at udnytte deres ressourcer og interesser til at fremme implementeringen.

Kommunikation

Det er vigtigt at planlægge, hvordan der skabes kontakt til forskellige målgrupper, så det sikres, at tilbuddene når ud til de rigtige. Hvis der udarbejdes en kommunikationsstrategi for den konkrete implementeringsproces, vil det øge mulighederne for, at der kan skabes interesse for de konkrete tiltag blandt målgruppen og andre aktører, der gerne skal støtte op om indsatsen.

En bred vifte af kommunikationskanaler vil i reglen mest effektivt sprede viden og skabe interesse. Det kan fx være hjemmeside, nyhedsbreve og sms-information, lokale medier, foldere samt mund til mund-formidling via borgerne eller medarbejderne.

Generelt er det fremmende for implementeringen, hvis indsatsen kan tilpasses målgruppens behov, så fx programmer rettet mod børn tager højde for de forskellige udviklingstrin, børn i samme alder kan befinde sig på. Men man må være opmærksom på, at lige så snart man ændrer på en indsats, kan man i princippet ikke forvente den samme effekt, som indsatsen har vist tidligere. Det er derfor meget vigtigt med en vurdering af, hvad ændringerne betyder, eller med andre ord en vurdering af hvor nøjagtigt man skal kopiere den oprindelige indsats og hvor meget, det går an at tilpasse indsatsen til den aktuelle situation.

Nøjagtighed versus tilpasning

Tilpasninger til den aktuelle situation fremmer implementering, hvilket skaber et dilemma i forhold til at gennemføre indsatser med dokumenteret effekt. Det optimale er at gennemføre indsatsen præcis, som den er designet for at bevare effekt. Men en indsats med dokumenteret effekt er undersøgt i en bestemt sammenhæng og den aktuelle kontekst, hvor indsatsen skal gennemføres, vil aldrig være præcis den samme. Det kan være at målgruppen passer rigtig godt til karakteristikken af den testede målgruppe, men at organisationsforholdene er anderledes, fx fordi indsatsen er undersøgt i et andet land, hvor forebyggelsesindsatsen er organiseret anderledes. Omvendt kan alle de organisatoriske forhold stemme fint overens, mens målgruppen adskiller sig kulturelt eller religiøst fra den undersøgte målgruppe, selvom begge grupper fx er unge rygere på erhvervsuddannelser. Udfordringen er at vurdere, hvilken betydning det har, når indsatsen tilpasses. Man ved ikke, om man ved at fjerne enkelte elementer, fx fordi de ikke kan fungere i en lokal sammenhæng, i virkeligheden risikerer at fjerne noget meget centralt ved indsatsen. Som hjælp til at vurdere hvordan en evidensbaseret indsats passer til den kontekst, man vil indføre den i, har Sundhedsstyrelsen lavet en mini-guide til vurdering af overførbare og anvendelighed, som kan findes på www.sst.dk/evidens. Når en indsats ændres, bliver det i endnu højere grad vigtigt at dokumentere og evaluere hele forløbet og effekten for at sikre sig viden om, hvorvidt det lykkedes at skabe effekt på trods af tilpasningerne.

Det er altid en balancegang at dokumentationsarbejdet ikke kommer til at sluge for mange ressourcer. I nogle tilfælde vil det være en fordel, hvis der udvikles nogle redskaber, som gør det muligt for kommunale aktører at indsamle og dele dokumentation på en mere effektiv og ubureaukratisk måde.

Dokumentation og evaluering

Ved at dokumentere og evaluere hvordan man har implementeret indsatsens elementer, får man væsentlig viden om selve processen, fx om der er dele af indsatsen, som ikke er blevet udført eller er blevet ændret. Når man har viden om processen kan man vurdere meget mere præcist, hvad det er der virker, fordi man ved, hvordan forløbet har været og hvad målgruppen har modtaget. Hvis man ikke kan beskrive præcist, hvad målgruppen har modtaget i forløbet, kan man fx stå i en situation, hvor man ikke kan se nogen effekt hos målgruppen, men rent faktisk ikke ved, om det skyldes en fejlslagen implementering eller et ineffektivt tiltag. Fik man ikke gjort, det der var planlagt eller virker indsatsen slet ikke som forventet? Man kan også forestille sig den omvendte situation, at man finder ud af, at en indsats har været meget gavnlig for målgruppen, og at man konkluderer, at indsatsen har været effektiv, men at man i virkeligheden har gennemført en helt anden indsats end den oprindeligt beskrevne. Implementeringsdokumentation er altså med til at kvalificere viden om, hvad der virker og om hvordan man gør det, der virker.

Hvis man ofte rapporterer om implementeringsprocessen og sætter rapporteringen i system, kan resultaterne være vejledende for den løbende beslutningsproces og tjene som en hjælp til at holde hele organisationen på rette spor. Løbende dokumentation, evalueringer og feedback til medarbejderne hjælper dem med at forbedre indsatsen. Andre kommuner der skal gennemføre tilsvarende indsatser kan også have gavn af den viden. På det politiske niveau er det en fordel at få jævnlige, brugervenlige rapporter om, hvordan implementeringen skrider frem på både proces- og effektniveau. Det er også til gavn for implementeringsforskningen, der blandt andet går ud på at systematisere den eksisterende viden om implementering. Praktisk viden om implementering er her vigtig for at kunne blive bedre til at skelne mellem, hvilke faktorer af en evidensbaseret indsats, der kan tilpasses praksis, og hvilke der skal holdes konstante, hvis den oprindelige effekt af indsatsen skal opnås udenfor forsøgssituationen.

Implementeringsresultaterne kan lige som viden om effekter både måles via selvrapportering fra indsatsens aktører og af en ekstern evaluator. Det må vurderes i den aktuelle situation alt efter hvor mange ressourcer, der er tilstede og hvilken viden, man ønsker.

Eksempler på implementering i kommuner

Dette kapitel beskriver fire cases fra forskellige kommuner, der har arbejdet med at implementere sundhedsindsatser. Beskrivelserne fokuserer på, hvordan implementeringen er lykket fremfor, hvad der kunne have været bedre.

De fire cases er:

- Systematisk faldforebyggelse (Københavns Kommune)
- Aktiverende hjemmehjælp (Fredericia Kommune)
- Kort indsats i forhold til storforbrug af alkohol (Aalborg Kommune)
- Tobaksforebyggelse målrettet socialt udsatte (flere kommuner).

Systematisk faldforebyggelse (Københavns Kommune)

Københavns Kommunes sundhedsforvaltning har fra 2011 indført systematisk faldforebyggelse for de ca. 20.000 af kommunens borgere, der modtager hjemmepleje eller bor i plejebolig. Indsatsen har to trin: 1. En sosu-hjælper foretager en systematisk registrering af fald hos den enkelte borger. 2. En sygeplejerske modtager registreringskemaet og sammenholder oplysningerne med informationer om indlæggelser, medicinforbrug mv. Herefter foretager sygeplejersken en faldudredning, der omfatter et besøg hos borgeren, hvor man bl.a. taler forebyggelse.

Mange kommuner arbejder projektorienteret med faldforebyggelse, men Københavns Kommune er gået skridtet videre og har gjort faldudredningen til en sygeplejeydelse, der udløser betaling for to timer til sygeplejen. Udredningen sker efter et faldudredningsskema, der er tilpasset den internationale ICF-klassifikation af funktionsevnetab (WHO).

Indsats finansierer sig selv

Forud for indsatsen er der gået mange års pilotprojekter i kommunen, som bl.a. i 1994-98 gennemførte projektet Bedre balance. Erfaringerne fra dette projekt førte til, at kommunen udviklede indsatsmodellen, og en business case sandsynliggjorde, at systematisk faldforebyggelse kunne give kommunen en effektiviseringsgevinst, som derfor allerede fra starten er indregnet i indsatsen.

Der er således tale om en indsats, der ud over at finansiere sig selv har medført en reduktion af hjemmesygeplejens budget på 1,7 mio. kroner, og det har derfor ikke været vanskeligt at sikre sig opbakning til indsatsen fra kommunens og forvaltningens ledelse. De enkelte afdelinger skal selv investere i indsatsen på forhånd, og det kan ske ved at flytte penge fra praktisk og personlig hjælp til sygepleje og træning.

Evalueringsdata skal motivere medarbejderne

Bedre balance var et forskningsprojekt, der blev gennemført i samarbejde med forskere fra Bispebjerg Hospital. Projektet løb ind i det problem, at indsatsgrupperne blev lidt for små (to grupper a 50-60 borgere), fordi mange, der fik tilbuddet, ikke havde overskud til at deltage, eftersom det bl.a. indebar, at de skulle testes to gange. Gruppernes størrelse gjorde det vanskeligt at påvise signifikante effekter af indsatsen, men alligevel var der mange resultater, der pegede på, at systematisk faldforebyggelse virker. Man var i stand til at påvise færre indlæggelser, færre senge dage og en mindre stigning i forbruget af hjemmepleje blandt de borgere, der havde modtaget indsatsen.

I den nuværende, permanente indsats har man placeret ansvaret for opfølgning i et kommunalt Fagligt Forum for Sygepleje. Det består af en sygeplejeleder fra hvert af kommunens fem lokalområder og følger en gang om måneden op på de resultater, der registreres: Hvor mange er faldet, hvor mange fald er der sket, hvor mange udredninger er der foretaget? Sygeplejelederne skal løbende formidle disse informationer til medarbejderne for at styrke deres oplevelse af, at deres faldregistrering hos borgerne er vigtig.

Desuden er sundhedsforvaltningen ved at undersøge, hvordan de mange data, som forvaltningen indsamler, kan bruges til at evaluere det permanente tilbud ud fra den samme systematik, som blev anvendt i Bedre balance. Denne evaluering kan foretages i samarbejde med fx Bispebjerg Hospital og Region Hovedstaden.

Involvering fremmer motivationen

Da kommunen selv har udviklet indsatsen gennem mange år, har medarbejderne i høj grad været involveret i udviklingen, fx i forhold til arbejdsgange og udarbejdelse og afprøvning af skemaerne. Erfaringen har vist, at det er mest hensigtsmæssigt, at skemaerne indeholder lukkede spørgsmål. Implementeringen af indsatsen har været ledet af en implementeringsgruppe, hvortil hver af de fem lokalområdechefer udpegede en medarbejder. Gruppen har sørget for, at fx skemaer har været til høring blandt medarbejderne i lokalområderne, hvorefter man løbende har lagt materialet ind i kommunens it-systemer og tilrettelagt undervisning af medarbejderne.

Blandt sygeplejerskerne er der stor opbakning til indsatsen, som giver dem mulighed for at arbejde helhedsorienteret med borgerne. Det har været sværere at motivere sosu-hjælperne, som arbejder efter detaljerede tidsskemaer og derfor har begrænset tid til deres del af indsatsen. Kommunen vurderer derfor, at det er særlig vigtigt, at sosu-hjælperne får en tilbagemelding om, hvad der kommer ud af den registrering, de gennemfører. Også blandt sosu-hjælperne er der dog en positiv indstilling til indsatsen, og mange medarbejdere kontakter implementeringsgruppen med spørgsmål og har forslag til ændringer af proceduren.

Den systematiske faldforebyggelsesindsats har givet anledning til fagdiskussioner afledt af, at man har valgt, at udredningen skal foretages af sygeplejersker. Her har kommunen fra projektets start inddraget tillidsfolkene og forklaret beslutningen om at vælge sygeplejerskerne til denne opgave. I plejeboligerne har man arbejdet med faldforebyggelse igennem mange år uden at have haft ansat sygeplejersker. Men ud fra et ønske om, at borgerne skal behandles ens, sker der også en faglig udvikling i plejeboligerne, hvor der nu er ved at blive ansat sygeplejersker.

Hurtig indsats er vigtig

Den systematiske faldforebyggelse er rettet mod de borgere, der har høj risiko for at falde. Forskningsprojektet Bedre balance viste imidlertid, at nogle borgere ikke har overskud til at modtage den indsats, som udredningen peger på, og fald er også lidt tabuiseret. Ud over borgere, der rent faktisk falder, kunne man også screene nye borgere i hjemmeplejen, ligesom man gør det i forhold til funktionsevne.

Om borgerne er tilfredse med indsatsen, er det for tidligt at sige noget om. Kommunen peger på, at det er vigtigt, at ventetiden fra udredningen til forebyggelsesindsatsen over for borgeren ikke bliver for lang, da motivationen for at deltage ellers let kan forsvinde. Kommunen samarbejder også med de praktiserende læger, der kan stå for en del af den individuelle indsats.



Hvordan lykkedes implementeringen?

I casen om faldforebyggelse er det tydeligt, at inddragelse af medarbejderne har været en vigtig del af implementeringen. Af andre implementeringsfremmende forhold kan nævnes, at der har været en grundig pilottestning af indsatsen, at den har synlige økonomiske fordele og at der har været en form for forandringsagent i form af en implementeringsgruppe. Derudover er der gjort et stort dokumentationsarbejde, som hjælper til vedvarende at synliggøre resultaterne og motivere medarbejderne. Det har været en udfordring, at faggrupperne har forskellige muligheder for at indgå i projektet, men man har forsøgt at tage hånd om det ved at styrke tilbagemeldingen til sosu-hjælperne.

Aktiverende hjemmehjælp (Fredericia Kommune)

Fredericia Kommune har som andre kommuner den udfordring, at der i løbet af de næste årtier vil blive flere ældre, hvilket vil betyde en stærk stigning i de kommunale plejeydelser. Samtidig kan kommunen forudse, at det kan blive vanskeligt at skaffe personale nok til disse opgaver.

For at undgå serviceforringelser er man gået en anden vej end besparelser og har udviklet en ny model for samspillet mellem den ældre borger og kommunen. Man vil i højere grad satse på rehabilitering og forebyggelse frem for de traditionelle og dyre kompenserende plejeindsatser. Den tværfaglige indsats bygger bl.a. på den

motiverende samtale og et anerkendende menneskesyn, der lægger vægt på, at alle har ressourcer og kan bidrage.

Længst muligt i eget liv

Kommunen har lanceret projektet Længst muligt i eget liv, der startede i 2008 og forventes fuldt implementeret på hele plejeområdet i løbet af 2011. Projektet er opdelt i fem delprojekter:

- Hverdagsrehabilitering og projekt Trænende hjemmehjælp (fra 2008)
- Tidlig opsporing og forebyggelse af akut sygdom (fra 2010)
- Opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse (fra 2009)
- Ny teknologi (fra 2010)
- Forebyggelse og sundhedsfremme til 65+-årige (fra 2011).

Hverdagsrehabilitering og projekt Trænende hjemmehjælp er de to projektelementer, som kommunen har prioriteret først. Hverdagsrehabilitering henvender sig til nye borgere, som efterspørger hjemmepleje. Den består af en intensiv træning af den ældre i de af hverdagens gøremål, som vedkommende ønsker og magter at genoptage. Borgeren deltager fx i at lave mad, tage tøj på, vande blomster, tage bad eller købe ind eller går til en fritidsaktivitet eller socialt samvær ude i byen. På den måde træner borgeren sig op til efterhånden at kunne klare sig selv eller klare sig med mindre hjælp.

Projekt Trænende hjemmehjælp henvender sig til borgere, som allerede modtager hjemmepleje. Kommunen har flyttet fokus fra den traditionelle plan om et specifikt, fagligt afgrænset mål for borgeren ved at indføre "Borgerens plan" med mål, som borgeren selv er optaget af. Kommunen bidrager så med en tværfaglig indsats, der skal støtte borgeren i at nå målet. Denne indsats er nu implementeret i alle kommunens distrikter og dermed udbredt til plejens 2.000 borgere og 1.000 medarbejdere, og i løbet af 2011 forventer kommunen, at også aftenvagten, serviceafdelingen og 11 private plejeleverandører arbejder efter rehabiliteringsprincipperne.

Det betyder, at kommunen i øjeblikket giver de ældre et "ydelseschok", men man forventer, at denne indsats i løbet af 2011 vil medføre et fald i de ældres behov for plejeydelser.

Styrket tværfaglighed

Som en del af projektet gennemgår alle medarbejdere i Pleje og Sundhed et kompetenceudviklingsforløb, som lægger vægt på kommunens rehabiliterende tilgang. Indsatsen er blevet udviklet siden starten i 2008, og evalueringer af kurserne og de forskellige indsatser har betydet, at medarbejderne har haft indflydelse på, hvilke tilpasninger der er blevet gennemført.

Langt de fleste medarbejdere er meget positive over for projektet, som gør deres arbejde mere helhedsorienteret. Hjemmehjælperne har gennem projektet fået direkte adgang til de andre faggrupper – fx til fysio- og ergoterapeuterne, som coacher hjemmehjælperne, og også til sygeplejersker og visitatorer. Den nye tilgang har dog også krævet omstilling af de faggrupper, der nu skal virke gennem andre.

Tværfaglig organisering

I Fredericia Kommune er sundhedsfremme og forebyggelse organiseret i en tværgående programstyregruppe bestående af et antal fag- og stabschefer fra kommunens fagafdelinger og stabe og direktøren for Pleje, sundhed og arbejdsmarked. Et tværgående sekretariat fungerer som kommunens videncenter, når det gælder sundhed, og kommunens sundhedsindsatser er beskrevet i en virtuel sundhedsafdeling.

Længst muligt i eget liv er forankret i direktørområdet Pleje, sundhed og arbejdsmarked. Projektet foregår som et tæt tværfagligt samarbejde mellem borger/pårørende, plejefdelingen, visitationsafdelingen, genoptræningscenteret og hjælpemiddelafsnittet. Til hvert plejedistrikt tilknyttes et tværfagligt team, der består af sygeplejersker, ergoterapeuter, fysioterapeuter og visitatorer.

Hurtige resultater

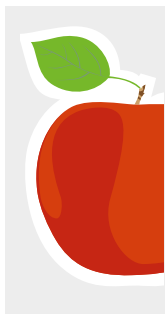
Siden projektets start i 2008 har 525 borgere gennemgået et rehabiliteringsforløb, og heraf har man kunnet afslutte 44 % som helt selvhjulpne, mens 41 % har kunnet klare sig med lettere hjælp end den, de efterspurgte. Ifølge Fredericia Kommune medfører det ikke kun glattere borgere med øget livskvalitet. Indsatsen afspejles også i større medarbejdertilfredshed og lavere sygefravær.

Dansk Sundhedsinstitut har sammen med analyseinstituttet Itracks analyseret kommunens tal i 2008 før projektets start og igen i 2010. Analysen har bl.a. vist følgende:

- Selvom der er blevet flere ældre over 66 år i kommunen, er antallet af borgere, der modtager hjemmehjælp, faldet. Dette gælder særligt for ældre over 75 år.
- Før modtog 33 % af de 75-85-årige ydelser. Det tal er faldet til 30 %.
- For borgere over 85 år er andelen faldet fra 58 % til 54 %.
- Antallet af leverede timer til praktisk hjælp er faldet med 5 %.
- Antallet af leverede timer til pleje er faldet med 23 %.

Det samlede projekt skal senere evalueres af en ekstern evaluator.

Projektet har allerede givet en økonomisk gevinst for kommunen i størrelsesordenen 15 mio. kroner årligt. Projektet er støttet af Servicestyrelsen med 900.000 kr. og en kommunal tillægsbevilling i 2008 på 1,5 mio. kroner med en tilbagebetalingsplan, der betyder, at plejens budget er nedskrevet med 4,1 mio. kroner i forhold til 2008-normen.



Hvordan lykkedes implementeringen?

I casen om hjemmehjælp ses det, at brugen af evaluering har skabt grundlag for en høj grad af medarbejderindflydelse på tilpasningerne og at kompetenceudvikling har sikret viden og tværfaglighed. Det har også virket fremmende for implementeringen, at projektet passer godt til de normer og kulturer, der findes i både målgruppen og blandt medarbejderne og umiddelbart skaber livskvalitet og meningsfuldhed. Det sker fx via det helhedssyn, som sikres via selve metoden og den tværfaglige tilgang.

Kort indsats i forhold til storforbrug af alkohol (Aalborg Kommune)

Aalborg Kommunes sundhedscenter har ved hjælp af evidensbaserede screenings- og samtalemetoder styrket fokus på alkohol. Patienter, der henvises til sundhedscenteret med diabetes, hjertesygdom, KOL eller kræft, bliver i forbindelse med en indledende samtale storforbrug af alkohol. Storforbrugere blandt patienterne tilbydes derefter en uddybende samtale om alkoholvaner, som bygger på den motive-rende samtale.

Sundhedscenteret har også en sundhedsbus, der fire dage om ugen kører rundt til lokalområder, virksomheder og kommunale og private institutioner. Her tilbydes en kort samtale, hvor alkohol er et af emnerne, og man oplyser om, at sundhedscenteret tilbyder uddybende samtaler.

Del af forskningsprojekt

Indsatsen udspringer af et forskningsprojekt, som TrykFondens Forebyggelsescenter gennemførte fra september 2009 til maj 2010 i fem kommunale sundhedscentre (Aalborg, Ringkøbing-Skjern, Varde, Odense og Roskilde Kommuner). Projektet skulle undersøge muligheder og barrierer for implementering af en kort indsats over for borgere med storforbrug af alkohol i kommunale sundhedscentre.

Som en del af forskningsprojektet deltog otte af Aalborg Kommunes sundhedscenters medarbejdere i et todageskursus, som gav dem viden om alkohol, introduktion til en række screeningsværktøjer og praktisk øvelse i den motiverende samtale. Efter fire måneder fik medarbejderne en halv dags opfølgning. Sundhedscenteret udarbejdede i lighed med de øvrige deltagende kommunale sundhedscentre en model for, hvordan indsatsen skulle implementeres i centeret.

Permanent indsats

Sundhedscenter Aalborg har efter projektets afslutning videreført indsatsen, som nu er implementeret som en integreret del af sundhedscenterets sundhedssamtale og sundhedsbussens tilbud. Otte medarbejdere arbejder løbende med disse samta-

ler. På centeret gennemfører man ca. 800 samtaler om året, og alkohol er en integreret del af samtalen. I busserne spørger diætisten eller sygeplejersken først, om den pågældende vil tale om alkohol – her gennemføres der ca. 500 samtaler om året, hvor alkohol indgår. I efteråret 2011 vil sundhedscenteret gennem foldere og visitkort udbrede kendskabet til tilbuddet, som herefter er rettet mod alle kommunens borgere.

Som screeningsværktøj valgte sundhedscenteret et auditskema, der stadig bruges af medarbejderne i forbindelse med den indledende samtale. I sundhedsbussen bruger medarbejderne i stedet et af forskningsprojektets andre tilbud, nemlig åbne spørgsmål. En af sundhedscenterets medarbejdere er som en udløber af projektet blevet uddannet som alkoholrådgiver, og det har givet vedkommende yderligere redskaber til at tale med patienterne om alkoholens fysiske og psykiske virkninger og i højere grad give handlingsanvisninger. De øvrige syv medarbejdere benytter fortsat metoden fra forskningsprojektet.

Sundhedscenteret har også indledt et samarbejde med Aalborg Kommunes misbrugsafsnit om at kunne henvise patienter med egentligt alkoholmisbrug til behandling.

Medarbejderkurser styrker opbakningen

Både kommunens ledelse, sundhedscenterets ledelse og de involverede medarbejdere har bakket op om indsatsen. Man mente i forvejen, at der var ”for lidt A i KRAM-indsatsen”, og kurset med opfølgning for medarbejderne har styrket opbakningen, bl.a. fordi medarbejderne trods forudgående interesse var usikre på, hvordan de kunne tackle patienters modstand under samtalen. Det har også været motiverende for medarbejderne, at de selv kunne vælge metoder ud fra et katalog, som forskerne i projektet præsenterede. Det har været med til at skærpe opmærksomheden på de forskellige metoders styrker og svagheder.

Sundhedscenter Aalborg foretager ikke nogen systematisk evaluering af indsatsen. Centeret har sat tid af til samtalerne i budgettet.



Hvordan lykkedes implementeringen?

I casen om alkohol ligger en stor del af styrken i den viden, der er genereret i forskningsprojektet og er videregivet til medarbejderne både i form af uddannelse og ved udvikling af en model for implementering og et metodekatalog. Derudover har der været en stærk opbakning til projektet på alle ledelsesniveauer, hvilket også er fremmende for en vellykket implementering.

Tobaksforebyggelse målrettet socialt udsatte (flere kommuner)

Sund By Netværket er tovholder for projektet Røgfrihed for alle, hvor man bl.a. støtter 12 modelkommuner i at arbejde med tobaksforebyggelse blandt socialt udsatte. Projektet startede i slutningen af 2008 og afsluttes efter tre år i november 2011. Folkesundhed København, der hører under Københavns Kommune, står for projektledelsen, og i modelkommunerne er projektet forankret i den afdeling, der har ansvaret for forebyggelse. De 12 modelkommuner er Aalborg Kommune, Faxe Kommune, Fredericia Kommune, Furesø Kommune, Gladsaxe Kommune, Guldborgsund Kommune, Haderslev Kommune, Norddjurs Kommune, Næstved Kommune, Struer Kommune, Thisted Kommune og Aarhus Kommune. Projektets centrale del er støttet med 12 mio. kroner fra satspuljen.

Røgfrihed for alle skal opbygge kapacitet og kompetencer i modelkommunerne til at arbejde med tobaksforebyggelse, de steder hvor kommunerne er i kontakt med socialt udsatte borgere, dvs. på væresteder, bosteder, misbrugscentre mv. Projektet har indgået en samarbejdsaftale med hver af de 12 kommuner, som har forpligtet sig til at arbejde med tobaksforebyggelse blandt socialt udsatte, medvirke i evalueringsaktiviteter og deltage med ledelsesrepræsentanter og medarbejdere fra det sociale område og sundhedsområdet i fælles seminarer. Desuden gennemføres der i hver kommune to specifikke arrangementer, hvor projektets ledelse deltager i planlægningen og som undervisere af medarbejdere fra kommunen.

Projektet samarbejder også med den nationale telefonrådgivning STOPlinien om at udbrede tilbuddet og udvikle nye måder at bruge STOPlinien på.

Større motivation end ventet

Projektet har i 2010 gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt over 1.000 socialt udsatte borgere samt ledere, medarbejdere og frivillige på i alt 76 institutioner i modelkommunerne. Undersøgelsen viser, at over 60 % af brugerne på institutionerne ryger, at mange ønsker at holde op med at ryge, og at de tror på, at det kan lade sig gøre, hvis de får hjælp til det.

Til gengæld har medarbejdere og ledere på institutionerne ifølge undersøgelsen en mindre grad af tillid til, at brugerne er motiverede for og i stand til at gennemføre et rygestop. Undersøgelsen gentages i forbindelse med projektets afslutning og suppleres med en kvalitativ undersøgelse. Begge undersøgelser kan hentes fra projektets hjemmeside www.rogfrihed.dk.

Fire trin til tobaksforebyggelse

Projektet anbefaler, at tobaksforebyggelse skal indgå i den daglige praksis på de sociale institutioner, og peger på, at der er brug for en systematisk indsats, hvor medarbejderne i faste sammenhænge spørger ind til rygning.

Røgfrihed for alle har udviklet en firetrinsmodel for, hvordan de kommunale sociale institutioner kan gribe processen med at gøre tobaksforebyggelse til en del af det daglige arbejde an. Trin 1 handler om at skabe fælles grundlag i personalegruppen i forhold til at skulle arbejde med borgernes rygevaner. Trin 2 er en afdækning af, hvilke anledninger der er i det daglige til at tage en snak om rygning. Trin 3 handler om, at man som medarbejder altid skal vurdere, om grundlaget er i orden for at tage en snak om rygning, dvs. om timingen er passende i forhold til rammerne for samtalen, borgeren og en selv. Trin 4 er selve samtalen med borgeren.

Hver kommune har med projektledelsens støtte udviklet sit eget rygestoptilbud til udsatte borgere. Mange af kommunerne tilbyder gruppebaseret eller individuel rygeafvænning efter fx Kræftens Bekæmpelses koncept, men tilpasset socialt udsatte borgere. Medarbejderne skal vide, hvilke rygestoptilbud de kan henvise til, og de skal være i stand til at aflæse de måske svage signaler om motivation, som borgerne giver. Der skal også fastlægges en pædagogisk praksis som ramme for, hvordan medarbejderne taler med borgerne om rygning. Her har projektet bl.a. understøttet de deltagende kommuner i den motiverende samtale.

Hvis tobaksindsatsen over for de socialt udsatte borgere skal lykkes, skal institutionens miljø fremme ikkerygning, og medarbejderne skal kunne påtage sig en understøttende rolle. Det handler konkret om fx at tage stilling til, hvordan man omtaler pauserne (hedder de fx rygepauser?), og om medarbejderne må ryge sammen med brugerne.

På portalen www.rogfrihed.dk kan kommunerne finde viden, inspiration og værktøjer til tobaksforebyggelse. Projektet har bearbejdet evidensbaserede metoder fra bl.a. USA og England, så de passer til en dansk kommunal virkelighed.

Samarbejder på tværs af forvaltningsområder

Gennem deltagelse i projektet har kommunerne fået skabt samarbejdsrelationer mellem medarbejdere fra det sociale område og sundhedsområdet. Det giver en fælles problemforståelse og falder i tråd med, at mange kommuner politisk har besluttet at iværksætte rygestop for socialt udsatte borgere.

De fleste kommuner har ansat rygestoprådgivere, og projektet har bl.a. fokuseret på at bruge disse rådgivere som proceskonsulenter over for medarbejdere fra fx væresteder, som i forvejen er uddannet til motiverende arbejde. Gennem det samarbejde bliver disse medarbejdere i stand til at arbejde med tobaksforebyggelse. Ideen er altså, at indsatsen kobles til kommunens drift, så tobaksindsatsen implementeres, der hvor kommunen i forvejen har kontakt til borgerne.

Et vigtigt element i det tværsektorielle samarbejde er anerkendelse af de øvrige parter mål med indsatsen, hvilket har været et af temaerne på projektets landsdækkende seminarer. Mens sundhedsområdet typisk har fokus på udvikling i forhold til borgerne, har man på socialområdet traditionelt i højere grad haft fokus på omsorg. Erfaringerne fra modelkommunerne er, at parterne har vist stor interesse for hinandens viden og arbejdsmetoder, og det har højnet kvaliteten af aktiviteterne.

Effekten af indsatsen bliver ikke evalueret, for målet har ikke været at nå et bestemt resultat på borgerniveau. Derimod vil implementeringsprocessen blive evalueret, idet man i hver af de ti kommuner gennemførte en baselineundersøgelse, som nu gentages.



Hvordan lykkedes implementeringen?

I casen om tobaksforebyggelse er der lagt vægt på at integrere indsatsen, hvor der allerede er kontakt til målgruppen, veldokumenterede metoder og eksisterende kompetent personale at trække på, hvilket har gjort implementeringen mindre sårbar. Det har været fremmede for implementeringen, at ledelsen har deltaget aktivt i selve implementeringsprocessen, at der har været fokus på aktørernes forskellige mål tidligt i processen og at der er udviklet en form for færdig pakke i form af en firetrinsmodel. Derudover er der skabt et godt kendskab til målgruppen, som i høj grad har fremmet implementeringen. Viden om målgruppen er indarbejdet i projektet og har ændret medarbejdernes opfattelse af målgruppen, hvilket gør, at indsatsen rammer målgruppens behov mere præcist. Bl.a. er den veldokumenterede viden om rygestop suppleret med bearbejdet udenlandsk evidens om udsatte grupper for at overføre metoden til en ny målgruppe.

Kommunernes viden om effekterne af forskellige sundhedsindsatser vokser og samtidig vokser efterspørgslen på viden om, hvordan man bedst implementerer de effektive indsatser, så man opnår den planlagte sundhedsgevinst.

Dette inspirationshæfte gennemgår syv forhold, der bidrager til vellykket implementering og som det er værd at være opmærksom på i forbindelse med planlægning og gennemførelse af sundhedsindsatser.

www.sst.dk/evidens

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge 67

2300 København S

Tlf. 72 22 74 00

Enhed for Sunde Rammer

sura@sst.dk