

Center for Interventionsforskning

# Hvordan kan kommunerne bedst implementere kliniske retningslinjer?

En evaluering af implementeringsprocessen i ni pilotkommuner

Katrine Bindsbøl Holm Johansen  
Tine Tjørnhøj-Thomsen  
Morten Hulvej Rod



STATENS INSTITUT  
FOR FOLKESUNDHED  
SYDDANSK UNIVERSITET



## **Hvordan kan kommunerne bedst implementere kliniske retningslinjer?**

### **En evaluering af implementeringsprocessen i ni pilotkommuner**

Af Katrine Bindsbøl Holm Johansen, Tine Tjørnhøj-Thomsen og Morten Hulvej Rod

Copyright © Center for Interventionsforskning,  
Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København, oktober 2014  
Centret er støttet af TrygFonden og Kræftens Bekæmpelse

Evalueringen er finansieret af KL og Sundhedskartellet

Gengivelse af uddrag, herunder tabeller, figurer og citater, er tilladt mod tydelig gengivelse. Det skal fremgå af rapporten er udarbejdet af Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Omslag: Stig Krøger Andersen, SIF Kommunikation

Rapporten kan downloades på [www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk) og [www.interventionsforskning.dk](http://www.interventionsforskning.dk) under udgivelser/publikationer

Elektronisk ISBN: 978-87-7899-281-9



## Indhold

Forord .....	4
Læsevejledning .....	5
Resumé og anbefalinger.....	6
<b>1. Indledning.....</b>	<b>12</b>
1.1 Baggrund .....	12
1.2 Udviklingen af de fire kliniske retningslinjer.....	12
1.3 Formålet med evalueringen.....	14
<b>2. Tværgående resultater .....</b>	<b>15</b>
2.1 Organisering af implementeringen .....	15
2.2 Centrale forhold af betydning for implementeringen .....	19
Aktørforhold.....	19
Implementeringstilgang .....	27
Kontekstuelle forhold.....	33
<b>3. Erfaringer med implementering af de fire instrukser.....</b>	<b>38</b>
<b>3.1 Instruksen for palliation .....</b>	<b>38</b>
Introduktions- og forankringsaktiviteter.....	39
Brug af instruksen i praksis .....	40
Medarbejdere og lederes vurdering af instruksen .....	40
Kontekstuelle forhold.....	42
<b>3.2 Instruksen for udredning og forebyggelse af indlæggelser .....</b>	<b>42</b>
Introduktions- og forankringsaktiviteter.....	43
Brug af instruksen i praksis .....	44
Medarbejdere og lederes vurdering af instruksen .....	46
Kontekstuelle forhold.....	47
<b>3.3 Instruksen for identifikation af spisevanskeligheder efter apopleksi .....</b>	<b>48</b>
Introduktions- og forankringsaktiviteter.....	49
Brug af instruksen i praksis .....	50
Medarbejdere og lederes vurdering af instruksen .....	52
Kontekstuelle forhold.....	53
<b>3.4 Instruksen for systematisk målsætning i rehabilitering.....</b>	<b>54</b>
Introduktions- og forankringsaktiviteter.....	55
Brug af instruksen i praksis .....	56
Medarbejdere og lederes vurdering af instruksen .....	59
Kontekstuelle forhold.....	60
<b>Litteratur .....</b>	<b>62</b>
<b>Bilag 1: Begrebsafklaring .....</b>	<b>64</b>
<b>Bilag 2: Metode og analyse .....</b>	<b>65</b>
Evalueringsdesign.....	65
Dataindsamlingsmetoder.....	65
Analyse .....	68
<b>Bilag 3: KL og SHKs rolle .....</b>	<b>69</b>

## Forord

I denne rapport præsenteres resultaterne af Center for Interventionsforskning evaluering af ni kommuners implementering af fire nyudviklede kliniske retningslinjer. De kliniske retningslinjer er blevet udviklet i forbindelse med et treårigt overenskomstprojekt igangsat af KL (Kommunernes Landsforening) og Sundhedskartellet (SHK). Baggrunden for projektet har været et ønske om at styrke det faglige grundlag i de kommunale sundhedsydelser og at sikre den mest optimale anvendelse af kommunernes ressourcer.

De kliniske retningslinjer er blevet omsat til instrukser, som ni kommuner har medvirket til at implementere. Evalueringen undersøger, hvordan de kommunale aktører har forberedt implementeringen, og hvordan de har anvendt instrukserne i praksis. Evalueringen belyser blandt andet, hvilke forhold der har haft betydning for implementeringen samt instruksernes anvendelighed i forhold til det daglige arbejde i kommunerne. Rapporten indeholder endvidere en beskrivelse af de mest centrale læringspunkter, som kan være til inspiration for kommuner og andre aktører, der står over for en lignende implementeringsproces.

Rapporten bygger på individuelle interview, fokusgruppeinterview, observationer samt dokumenter, som vi har indsamlet fra de ni kommuner, KL og Sundhedskartellet. Vi har stor forståelse for den travle hverdag, som de kommunale aktører befinder sig i, og vi vil derfor benytte lejligheden til at rette en stor tak til alle, som har stillet deres tid til rådighed i forbindelse med evalueringen.

Evalueringen er tilrettelagt og udarbejdet af Center for Interventionsforskning på Statens Institut for Folkesundhed af akademisk medarbejder Katrine Bindsbøl Holm Johansen i samarbejde med professor Tine Tjørnhøj-Thomsen og forskningsleder Morten Hulvej Rod. I dataindsamlings- og bearbejdningsprocessen har stud.cand.mag i sundhedsfremme og sundhedsstrategier Maja Kring Schjørring og stud.scient.anth. Marie Jensen assisteret. Stor tak til forsker Mette Raunkiær fra Palliativt Videncenter på Statens Institut for Folkesundhed for kritisk læsning af rapporten.



Morten Grønbæk, direktør  
København, oktober 2014



## Læsevejledning

Denne rapport henvender sig til kommunale og nationale aktører, der står over for implementering af kliniske retningslinjer, og til personer med en særlig interesse for dette område.

Rapporten er opbygget med et indledende resumé, der også rummer konkrete anbefalinger til kommunerne, efterfulgt af tre overordnede kapitler:

I kapitel 1 beskriver vi baggrunden for udviklingen af de fire kliniske retningslinjer i kommunerne, deres formål samt rammerne for implementeringen. Dette kapitel indeholder ligeledes en introduktion til evalueringens formål.

Kapitel 2 præsenterer de evalueringsresultater, der går på tværs af implementeringen af de fire kliniske retningslinjer, og som må formodes at have en mere generel relevans for implementering af retningslinjer i primærsektoren. Kapitlet beskriver betydningen af kommunernes organisering af implementeringen og præsenterer en række forhold, der har betydning for implementeringen generelt set.

Kapitel 3 gennemgår de mere specifikke resultater, der vedrører implementeringen af de enkelte instrukser. Kapitlet er tiltænkt læsere, der er særligt interesseret i ét eller flere af de områder, som retningslinjerne vedrører, og kan således bruges til opslag. Afsnittene i kapitlet fungerer dels som dokumentation af, hvordan de enkelte instrukser er blevet implementeret i de ni kommuner, og dels som en evaluering af, hvordan implementeringen af de enkelte instrukser er forløbet. Endvidere underbygger kapitlet de tværgående evalueringsresultater med mere detaljerede beskrivelser, der knytter sig til de enkelte instrukser.

Bagerst i rapporten findes tre bilag, som uddyber dele af rapporten. I Bilag 1 forefindes en afklaring af alle de centrale begreber, som benyttes i rapporten. I Bilag 2 præsenteres evalueringens designet, det teoretiske grundlag samt de metoder, der er anvendt i forbindelse med dataindsamling og analyse. Bilag 3 rummer en grafisk fremstilling af KL og SHKs rolle i implementeringsprocessen.

## Resumé og anbefalinger

I denne rapport evalueres implementeringen af fire nyudviklede kliniske retningslinjer og afledte instrukser i ni pilotkommuner. De kliniske retningslinjer (KR) er blevet udviklet og afprøvet med det overordnede formål at skabe de fremtidige rammer for kommunernes arbejde med udvikling og implementering af videns- og evidensbaserede faglige retningslinjer.<sup>1</sup>

De fire KR er udviklet af fire tværfaglige arbejdsgrupper med sundhedsfaglige repræsentanter fra ti forskellige kommuner, repræsentanter fra fire af Sundhedskartellets (SHK) medlemsorganisationer, KL og Center for Kliniske Retningslinjer.

Til hver KR er der afledt en instruks, som indeholder de konkrete handleanvisninger til kommunerne. De fire KR og instrukser vedrører 1) udredning og forebyggelse af indlæggelse, 2) identificering af spisevaskeligheder efter apopleksi, 3) tidlig identificering af behov for palliativ indsats, og 4) systematisk målsætning i rehabilitering. Ni af de ti kommuner valgte at deltage i implementeringen af instrukserne, og hver kommune har implementeret mellem én og tre af de fire instrukser.

Evalueringen er gennemført af Center for Interventionsforskning ved Statens Institut for Folkesundhed og har haft til formål at undersøge og dokumentere, hvordan ni pilotkommuner har gennemført implementeringen af fire nyudviklede KR og de afledte instrukser. Evalueringen belyser, hvordan kommunerne har forberedt og gennemført implementeringen, hvordan ledelse og medarbejdere oplever anvendeligheden og brugen af KR samt betydningen af implementeringen for kommunernes indsats.

I evalueringen er der arbejdet efter følgende seks evalueringsspørgsmål:

1. Hvordan forbereder og gennemfører kommunerne implementeringen af instrukserne?
2. Hvordan oplever ledelse og medarbejdere anvendeligheden og den konkrete brug af instrukserne?
3. Hvordan oversætter medarbejderne instrukserne til konkret praksis i mødet med borgeren, og hvordan oplever de denne oversættelse?
4. Hvilken rolle spiller medarbejdernes professionelle identitet, deres kompetencer og relationen til borgeren for denne praksis?
5. Hvilken rolle spiller kommunernes organisering, ledelsesmæssige forhold og IT-systemer for implementeringen af instrukserne?
6. Hvilken læring kan uddrages fra implementeringen til brug for det videre arbejde med at implementere kliniske retningslinjer i kommunerne?

De seks evalueringsspørgsmål er besvaret gennem observationer i kommunerne og ved netværksaktiviteter, fokusgruppeinterview med medarbejdere, individuelle interview med ledere og indsamling af dokumenter fra kommunerne, KL og SHK.

---

<sup>1</sup> KLs og SHKs projektbeskrivelse.



## Centrale fund i evalueringen

### **Kommunernes forberedelse og gennemførelse af implementeringen**

De ni kommuner gik meget forskelligt til værks i implementeringen af instrukserne. Der kan overordnet skelnes mellem to implementeringstilgange. Tre af de ni kommuner valgte at implementere i hele eller større dele af kommunen, mens seks kommuner udvalgte enkelte enheder. Forberedelses- og forankringsaktiviteterne bestod typisk af nedsættelse af en styre- og /eller projektgruppe, udpegelse af en tovholder og afholdelse af planlægningsmøder på forskellige ledelses- og organisatoriske niveauer i kommunen. Derudover blev der i nogle kommuner afholdt undervisning/oplæring i brugen af instrukserne.

Vi kan ikke på baggrund af evalueringen konkludere, hvorvidt den ene tilgang var mere succesfuld end den anden. Til gengæld peger evalueringen på en række forhold, som har haft indflydelse på implementeringsprocessen uanset den valgte tilgang, og som opsummeres nedenfor. I praksis er instrukserne blevet tilpasset de lokale kontekster, hvor de er blevet implementeret – og det er væsentligt, at der fra centralt hold skabes rum for sådanne lokale tilpasninger i tilrettelæggelsen af lignende projekter.

Implementeringsgraden for hver enkel kommune varierede på tværs af instrukser og enheder, fra slet ikke at være taget i brug til at være anvendt på samtlige beboere på en enhed. Generelt var instrukserne på evalueringstidspunktet dog ofte taget i brug i et relativt begrænset omfang. Af samme årsag var det derfor ikke muligt at vurdere betydningen heraf for kommunernes indsats.

### **Ledere og medarbejderes oplevelse af anvendeligheden**

Evalueringen viser, at ledere og medarbejdere generelt var interesserede i at arbejde efter KR og instrukser. Implementeringen af instrukserne har i nogle tilfælde haft en positiv indflydelse på det tværfaglige samarbejde blandt de kommunale medarbejdere, f.eks. gennem diskussioner af begreber og eksisterende procedurer og ved at skærpe medarbejdernes faglige opmærksomhed. Generelt afhang ledere og medarbejderes oplevelse af instruksernes anvendelighed af,

- om instrukserne var meningsfulde for medarbejderne
- om instrukserne supplerede deres arbejde på en relevant måde
- om de passede med eksisterende arbejdsgange/tiltag
- om målgruppen for instruksen faldt sammen med de borgergrupper, som medarbejderne var i kontakt med.

Kommunernes forberedelse af implementeringen har taget længere tid end forventet. Ved afslutningen af dataindsamlingen til denne evaluering var flere kommuner fortsat i gang med det forberedende arbejde, og de havde derfor ikke anvendt instrukserne i praksis på det forventede tidspunkt. Dette har i nogle sammenhænge været begrundet med, at målgrupperne for de enkelte instrukser er for snævert defineret, hvilket reducerer instruksernes anvendelighed og graden af implementering. Nogle steder manglede der borgere inden for den givne målgruppe, hvilket betød, at instruksen enten ikke blev anvendt i praksis, eller at den blev anvendt på andre typer af borgere end de tiltænkte.

## Forhold af betydning for den konkrete brug af instrukserne i praksis

Evalueringen viser, at den konkrete brug af instrukserne – det vil sige den måde, hvorpå medarbejderne oversætter instrukserne til konkret praksis i mødet med borgeren – var påvirket af en række forskellige forhold. Disse forhold omhandler bl.a. medarbejdernes professionelle identitet, kommunernes organisering, ledelsesmæssige forhold og sammenhæng med lokale strukturer som f.eks. IT-systemer. Evalueringen viser, at der er tre kategorier af forhold, 1) aktører, 2) implementeringstilgang og 3) kontekst, som har indflydelse på medarbejdernes brug af instrukserne i praksis og deres vurdering heraf.

### 1. Aktørforhold

Evalueringen viser, at arbejdet med instrukserne bidrog til fokus på både egen og andre faggruppers faglighed. Generelt gav instrukserne anledning til markeringer af fagligheder, forhandlinger om faggrænser, samt overvejelser om samt hvem der skal varetage de arbejdsopgaver, der følger med instruksen. Medarbejdernes egne vurderinger af instruksernes anvendelighed og relevans var endvidere nært forbundet med deres faglige tilhørsforhold og kompetencer – f.eks. i hvilken grad instruksene matchede deres vante arbejde.

Udvælgelsen af tovholdere med en særlig interesse og viden om området i instruksene var et forhold af væsentlig betydning for implementeringsprocessen. Evalueringen viser, at det er en fordel for implementeringen, at ledelsen udpeger en person med særlig viden og interesse for det pågældende område. Hertil kommer, at lederens synligt begrundede valg af medarbejdere til tovholderfunktionen blev oplevet som motiverende og anerkendende for de udvalgte medarbejdere.

Det ledelsesmæssige engagement har stor betydning for medarbejdernes opfattelse af, hvorledes de skal prioritere instrukserne. Det virkede positivt i forhold til implementeringen, når lederen signalerede sit engagement over for medarbejderne ved at kommunikere klart om organiseringen af implementeringen og understøttede processen ved kontinuerligt at følge op og udvise interesse for instrukserne.

Medarbejdere og lederes holdning til den evidensbaserede tilgang, som instrukserne er udtryk for, havde stor betydning for deres vurdering af instruksernes anvendelighed og deres interesse for projektet. Generelt blev evidensbaseret praksis opfattet positivt og som noget, der giver faglig anseelse. Det er dog nødvendigt at være opmærksom på, hvordan evidensbaserede retningslinjer kan spille sammen med medarbejdernes erfaringsbaserede skøn, og hvilket evidensbegreb der er meningsfuldt at anvende i en kommunal sammenhæng.

I relation hertil viser evalueringen, at der kunne opstå et dilemma mellem på den ene side at skulle følge en evidensbaseret tilgang, der definerer en bestemt afgrænset målgruppe, og på den anden side at skulle anvende instruksene på en måde, der giver mening i den kommunale kontekst. Der var generelt en oplevelse af, at målgrupperne for instrukserne var defineret for snævert, hvilket påvirkede graden af implementering negativt.

### 2. Implementeringstilgang

Det var vigtigt for såvel ledere som medarbejdere, hvorvidt projektet blev set og omtalt som en "afprøvning", der opfattedes som noget temporært, eller som en "implementering", der





blev set som noget varigt. Dette havde stor betydning for, hvordan projektet blev tilrettelagt og organiseret og for medarbejdernes engagement i projektet, og det er derfor vigtigt, at der i lignende projekter er klarhed omkring dette forhold fra begyndelsen.

Et andet væsentligt forhold, der havde betydning for implementeringen af instrukserne, var informationsflowet. Evalueringen viser, at medarbejderne i langt de fleste tilfælde efterspurgte mere og tidligere information fra ledelsen. En større del af medarbejderne følte sig ikke forberedt og rustet til implementeringsprocessen, og de gav udtryk for, at rettidig og kontinuerlig information om projektets formål og tidsplan var væsentligt for dem.

Flere ledere og medarbejdere savnede større fleksibilitet i tilrettelæggelse af implementeringen, og de ønskede, at KL og SHK tog højde for kommunernes forskellige kontekstuelle forhold. I den forbindelse var der også et ønske om, at centrale aktører bliver bedre til at koordinere implementeringsprojekter med hinanden, så der ikke opstår modsætningsforhold mellem sideløbende nationale projekter. Flere kommuner efterspurgte også konkrete modeller for, hvordan instruksernes screeningredskaber bedst integreres i de elektroniske omsorgssystemer.

### 3. Kontekst

Evalueringen viser, at et af de mest afgørende forhold for implementeringen var medarbejdernes vurdering af projektet. En positiv vurdering af projektet afhang af,

- om instrukserne oplevedes som meningsfulde
- om det var tydeligt for medarbejderne, at instrukserne tilførte noget nyt og opfyldte et behov i deres daglige arbejde
- om de passede sammen med de eksisterende arbejdsrutiner
- om medarbejderne oplevede, at de havde indflydelse på tilpasningen af instrukserne

Timing og resurser var to afgørende kontekstuelle forhold, som spillede en central rolle for kommunernes implementeringsproces. Evalueringen viser, at det havde en positiv indvirkning på implementeringen, når der blev skabt sammenhæng med eksisterende projekter. Nogle kommuner havde timet implementeringen i forhold til igangsættelsen af andre projekter, og dette understøttede implementeringen, fordi det blev tydeligt for medarbejderne, hvordan projekterne spillede sammen.

Evalueringen viser, at medarbejdernes erfaring med implementeringen af andre projekter havde en væsentlig betydning for deres indstilling til implementeringen af instrukserne. Det var især vigtigt for medarbejdernes motivation, at organiseringen af implementeringen var tydelig. Den eksisterende samarbejdskultur mellem såvel medarbejdere som forskellige enheder i kommunen spillede også en central rolle for implementeringen og kunne bidrage positivt til implementeringen. Omvendt påvirkede det implementeringen negativt, hvis samarbejdet ikke fungerede godt. I forlængelse heraf viser vores evaluering, at implementeringen kan give anledning til nye samarbejdsformer på tværs af såvel faggrupper som enheder.

## **Anbefalinger til det videre arbejde med at implementere kliniske retningslinjer**

Ser man nærmere på, hvordan og i hvilken grad de fire instrukser er blevet implementeret i kommunerne, er det ovenstående forhold, der forklarer den meget store variation. Det er derfor også disse forhold, der har dannet baggrund for konkrete anbefalinger, som fremadrettet kan være med til at styrke implementeringen af kliniske retningslinjer i en kommunal sammenhæng. Anbefalingerne, som er listet nedenfor, er opdelt i to temaer; forberedelse og igangsættelse.

### *Forberedelse*

Det anbefales, at

- den kommunale ledelse på alle niveauer involverer og informerer bredest muligt ud i organisationen før igangsættelse af implementeringen, så alle forberedes på den forestående implementeringsproces. Mellemledere og medarbejdere har behov for gentagen information – både skriftligt og mundtligt – så de får tid til at indstille sig på de forestående forandringer.
- de lokale, kommunale ledere tidligt og kontinuerligt informerer deres medarbejdere på tværs af faggrupper om projektets baggrund og formål, samt hvilket behov instruksenen opfylder, således at projektet giver mening for medarbejderne. Det er centralt for medarbejdernes engagement i implementeringen, at det tydeligt fremgår, hvilket behov instrukserne opfylder.
- de lokale, kommunale ledere sikrer, at medarbejderne på tværs af faggrupper bliver hørt i forhold til tilrettelæggelsen af implementeringen. Medarbejderne kan have væsentlige input i forhold til organiseringen, og de føler et større ejerskab, når de oplever, at de er blevet hørt i tilrettelæggelsen af implementeringen.
- de lokale, kommunale ledere formidler organiseringen af implementeringen, sådan at også projektstyringen bliver tydelig for medarbejderne. Det er centralt for implementeringen, at medarbejderne er bevidste om, hvordan projektet ledes, og hvilke styre- og projektgrupper der indgår.
- den kommunale ledelse sammentænker instrukserne i forhold til eksisterende praksis, arbejdsmetoder og organisatoriske vilkår – herunder IT-systemer. Det understøtter implementeringsprocessen, hvis der kan skabes sammenhæng mellem implementeringen af instrukserne og eksisterende praksis eller andre nye tiltag, da man derved mindsker projektrætheden blandt medarbejderne. Ligeledes er det væsentligt, at instrukserne bliver inkorporeret i de gængse IT-systemer, så de er lette for medarbejderne at gå til.

### *Igangsættelse*

Det anbefales, at

- de lokale, kommunale ledere nedsætter en lokal projektgruppe på hver enkel implementeringsenhed, og at denne repræsenterer alle involverede faggrupper. Projektgruppens opgave og ansvar bør specificeres og formidles tydeligt. Projektgrup-



pen sikrer, at der er lokalt forankret ejerskab af implementeringen, og at medarbejdere inden for alle faggrupper føler sig inkluderet i processen og tager ansvar for implementeringen. Projektgruppen kan endvidere bidrage til at motivere kollegaer.

- de lokale, kommunale ledere udpeger en lokal tovholder, som har en særlig interesse og viden inden for det område, instruksen vedrører, til at lede projektgruppen. Begrundelsen for valget af den pågældende medarbejder bør være tydelig, da dette motiverer medarbejderen yderligere og signalerer ledelsens prioritet af projektet.
- de lokale, kommunale ledere igangsætter praksisnær og dialogbaseret undervisning i brugen af instruksen så tidligt som muligt for medarbejderne på tværs af faggrupper. Undervisningen bør indeholde sandsynlige borgerscenarier, sådan at det bliver konkretiseret for medarbejderne, hvorledes de skal anvende instruksen i deres daglige arbejde.
- den kommunale ledelse på alle niveauer sikrer en positiv stemning omkring projektet gennem vedvarende interessetilkendegivelse og etablerer en fast ramme for kontinuerlig opfølgning på implementeringen. Den vedvarende interessetilkendegivelse bør adressere den lokale tovholder, projektgruppen og hele medarbejdergruppen.
- de lokale, kommunale ledere overvejer, hvordan instruksen kan tilpasses den lokale kontekst. Dette bør ske i dialog med projektgruppen, sådan at der i tilpasningen af instruksen sikres en sammenhæng mellem den evidensbaserede tilgang og medarbejdernes erfaringsbaserede tilgang.

# 1. Indledning

## 1.1 Baggrund

I 2011 iværksatte KL og SHK et treårigt udviklingsprojekt med det formål at styrke kommunernes arbejde med udvikling og implementering af evidensbaserede faglige retningslinjer. KL og SHK beskriver faglige KR som et væsentligt værktøj til at sikre kvaliteten i varetagelsen af de social- og sundhedsopgaver, som løbende er kommet til efter strukturreformen, der trådte i kraft 1. januar 2007.<sup>2</sup>

Med projektet ønskede KL og SHK at kortlægge de eksisterende KR for de kommunale social- og sundhedstilbud, at udvikle et relevant antal KR med afledte instrukser til både mono- og tværfaglig praksis, implementere KR og afledte instrukser i et antal pilotkommuner, etablere et samarbejde med forskere med henblik på udvikling og validering af de fire KR, samt at nyttiggøre sundhedsprofessionelles faglige netværk og styrke vidensdelingen mellem kommuner for at højne kvaliteten i ydelser.<sup>3</sup>

I projektet gennemføres både en intern og en ekstern evaluering. Den interne evaluering har fokus på det forudgående udviklingsarbejdet. Denne evaluering varetages af KL og SHK. Den eksterne evaluering er foretaget af Center for Interventionsforskning ved Statens Institut for Folkesundhed og afrapporteres i nærværende rapport. Evalueringen er gennemført som en undersøgelse af implementeringsprocessen af de fire KR og instrukser, der er udviklet i forbindelse med projektet, i ni pilotkommuner.

## 1.2 Udviklingen af de fire kliniske retningslinjer

Hensigten med udviklingen og implementeringen af de fire KR og instrukser er ifølge KL og SHK at sikre kvalitet og ensartethed i de kommunale sundhedsydelser og vidensdeling blandt kommunerne. KL og SHK har i deres projektbeskrivelse beskrevet det overordnede formål med projektet som "at skabe de fremtidige rammer for kommunernes arbejde med udvikling og implementering af videns- og evidensbaserede faglige retningslinjer".<sup>4</sup>

Bag udviklingen af de fire KR og tilhørende instrukser står fire tværfaglige arbejdsgrupper. Arbejdsgrupperne blev nedsat i sommeren 2012 og består dels af sundhedsfaglige medarbejdere fra ti kommuner, dels repræsentanter fra fire af SHKs medlemsorganisationer (Kost- og Ernæringsforbundet, Dansk Sygeplejeråd, Ergoterapeutforeningen og Danske Fysioterapeuter). I hver gruppe har der desuden været en fagperson med kendskab til udviklingen af KR. En projektkoordinator fra KL og SHK har stået for at koordinere selve projektet. Center for Kliniske Retningslinjer (CKR) har også bidraget til projektet med to vejledere, som har haft til opgave at vejlede grupperne og kvalitetssikre udviklingen af de fire KR og instrukser, herunder sikre at de bygger på den bedst tilgængelige evidens.

Udarbejdelse af de fire KR og tilhørende instrukser bygger på en længerevarende arbejdsproces for de fire arbejdsgrupper, som er illustreret i nedenstående flowchart. Denne ar-

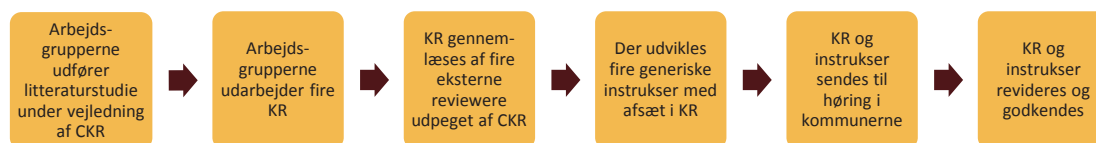
---

<sup>2</sup> KL og SHKs projektbeskrivelse

<sup>3</sup> KL og SHKs projektbeskrivelse

<sup>4</sup> KL og SHKs projektbeskrivelse

bejdsproces forløb fra efteråret 2012 til forsommeren 2013 med endelig godkendelse af de KR i vinteren 2013.



Indsatsområderne for de fire KR blev udpeget af de kommunale repræsentanter i arbejdsgrupperne. De fire områder blev udvalgt på baggrund af følgende kriterier: 1) indsatsområdet skulle være for borgere over 65 år, 2) de skulle vedrøre en central problemstilling i den kommunale sundheds- og omsorgsindsats, og 3) der skulle foreligge evidensbaseret litteratur som dokumentation for effekten af tilgangen. På den baggrund blev valgt følgende fire indsatsområder:

1. Systematisk identifikation af pludselig nedsat funktionsevne hos den ældre medicinske patient/borger med risiko for indlæggelse pga. luftvejsinfektion.
2. Systematisk målsætning i rehabilitering af borgere med behov for personlig pleje og/eller praktisk hjælp i hverdagen.
3. Systematisk identifikation af behov for palliativ indsats hos borgere/patienter med livstruende sygdom.
4. Systematisk identifikation af spisevanskeligheder hos den apopleksiramte borger.

Udarbejdelsen af de fire retningslinjer og tilhørende instrukser bygger på et større litteraturstudie, der blev gennemført af hver af de fire arbejdsgrupper. Forud for udarbejdelsen deltog de kommunale repræsentanter i arbejdsgrupperne i et litteratursøgningskursus på CKR. Litteratursøgningen inkluderede litteratur, der kunne dokumentere en såkaldt evidensbaseret effekt af den givne indsats. Efter litteratursøgningen og efterfølgende vurdering heraf blev de fire KR formuleret.

Til hver af de fire KR blev der afledt en generisk instruks, der indeholder de overordnede handleanvisninger til det kommunale sundhedspersonale. Hver kommune skulle i den efterfølgende implementeringsproces beskrive de lokale arbejdsgange, som medarbejderne skulle følge.

Arbejdsgruppernes udkast til KR og instruks blev derefter gennemlæst af fire eksterne evaluatore, der var blevet udpeget af CKR, for at afgøre om de opfyldte de givne standarder for udviklingen af KR. KR og instrukser blev efterfølgende revideret efter reviewernes anvisninger. Dernæst blev både retningslinjer og instrukser sendt til høring i samtlige kommuner, hvilket gav 20 høringssvar. Efter minimale justeringer på baggrund af høringssvarene blev de fire KR endelig godkendt vinteren 2013.

## 1.3 Formålet med evalueringen

Nærværende evaluering har til formål at undersøge og dokumentere, hvordan ni pilotkommuner har gennemført implementeringen af fire KR og instrukser. Vi har med andre ord afdækket den proces, hvorigennem de kommunale aktører har omsat KR og instrukser i praksis. KL og SHK har ønsket at få belyst, hvordan kommunerne forbereder og gennemfører implementeringen, hvordan ledelse og medarbejdere oplever anvendeligheden og brugen af KR samt, i den udstrækning det er muligt, at vurdere implementeringsgraden i kommunerne og betydningen heraf for kommunernes indsats.

KR og instrukser har som nævnt til formål at kvalitetssikre de sundhedsprofessionelles praksis i mødet med borgeren. I evalueringen har det derfor været centralt at identificere de betingelser, der skal være til stede, for at implementeringsprocessen opfattes som vellykket. Evalueringens formål er ikke at vurdere effekten eller virkningen af de fire kliniske retningslinjer og instrukser for den enkelte borger, men i stedet at afdække selve implementeringsprocessen hos de kommunale aktører. For at opfylde dette formål har evalueringen søgt svar på følgende seks evalueringsspørgsmål:

1. Hvordan forbereder og gennemfører kommunerne implementeringen af instrukserne?
2. Hvordan oplever ledelse og medarbejdere anvendeligheden og den konkrete brug af instrukserne?
3. Hvordan oversætter medarbejderne instrukserne til konkret praksis i mødet med borgeren, og hvordan oplever de denne oversættelse?
4. Hvilken rolle spiller medarbejdernes professionelle identitet, deres kompetencer og relationen til borgeren for denne praksis?
5. Hvilken rolle spiller kommunernes organisering, ledelsesmæssige forhold og IT-systemer for implementeringen af instrukserne?
6. Hvilken læring kan udledes fra implementeringen til brug for det videre arbejde med at implementere kliniske retningslinjer i kommunerne?

Med udgangspunkt i disse seks evalueringsspørgsmål er der blevet gennemført en evaluering, hvor vi har fulgt implementeringsprocessen fra igangsættelsen. Undervejs har vi ved to lejligheder præsenteret de foreløbige fund for KL, SHK og de kommunale repræsentanter og fået feedback herpå. Dermed har de kommunale aktører haft mulighed for at inddrage de erfaringer, vi har indsamlet i implementeringsprocessen, og evalueringen har derfor haft en vis formativ karakter.

## 2. Tværgående resultater

Vores analyse har været styret af de seks overordnede evalueringsspørgsmål, som er nævnt oven for. I det følgende fremlægger vi de resultater, der går på tværs af de fire instrukser. Først beskriver vi, hvordan de ni kommuner har organiseret implementeringen, og dernæst præsenterer vi en række centrale forhold, der har haft betydning for implementeringsprocessen.

### 2.1 Organisering af implementeringen

Vi har besøgt alle ni kommuner og lavet observationer med medarbejdere ved 18 implementeringsenheder (fx plejecentre og hjemmeplejen). Observationerne har sammen med lederinterview og fokusgruppeinterview med medarbejderne givet os et billede af den implementeringstilgang, der har været anlagt i kommunerne.


De ni kommuner er gået forskelligt til implementeringsopgaven. De faggrupper, der har været involveret i implementeringen, udgøres af sygeplejersker, ergoterapeuter, fysioterapeuter, SOSU-assistenters (SSA) og SOSU-hjælpere (SSH). Enkelte steder indgår også social- og sundhedsfagligt personale med uddannelser, der ikke længere eksisterer, såsom f.eks. sygehjælper eller plejehjemsassistent. Derudover har ledere med sundhedsfaglig baggrund og diplomuddannelse i ledelse – nogle gange i samarbejde med en udviklingskonsulent – stået for organiseringen og tilrettelæggelsen af implementeringen.

Kommunerne har valgt at implementere fra én til tre instrukser, og sammenlagt har de ni kommuner haft 30 instruksimplementeringer på forskellige typer enheder. Nedenstående skema illustrerer implementeringsenhederne fordelt på de fire instrukser. Der indgår også enheder, hvor instruksen på evalueringstidspunktet endnu ikke var taget i brug, f.eks. grundet manglende borgere inden for målgruppen. Tabellen er således et udtryk for de typer af implementeringsenheder, der er blevet valgt ud i hver kommune.

Tabel 1: Oversigt over implementeringsenheder fordelt på instrukserne

Enhed	Antal typer implementeringsenheder per instruks			
	Udredning og forebyggelse af indlæggelse	Identificering af spisevanskeligheder efter apopleksi	Systematisk målsætning i rehabilitering	Tidlig identificering af behov for palliativ indsats
Hjemmeplejen (inkl. udekørende sygeplejersker)	2	4	5	3
Plejecenter/Plejehjem	4	4		
Genoptræningscenter/rehabiliteringsteam	1	2	5	

Tre af de ni kommuner havde fokus på at implementere de udvalgte instrukser i hele eller større dele af kommunen, mens de resterende seks kommuner valgte særlige enheder til at implementere instrukserne før en eventuel videre udrulning i hele kommunen. For to af de tre kommuner, som havde fokus på at implementere i hele kommunen gælder det, at udvalgte enheder blev sat til at afprøve instrukserne først, og således var det kun én kommune, der fra start af valgte at implementere i hele kommunen på én gang.



Man kan identificere to overordnede tilgange i kommunernes organisering af implementeringen. I den ene tilgang foregik organiseringen internt på de enkelte enheder, og i den anden foregik organiseringen på tværs af enhederne i kommunerne. Sidstnævnte var betinget af, at instrukserne blev implementeret i hele eller flere områder i kommunen (se figur 1 s. 18).

Den første tilgang finder vi i seks af kommunerne, der valgte at lade implementeringen være organiseret lokalt på de enkelte enheder. Organiseringen af implementeringen foregik i disse kommuner ved, at der blev nedsat en mere eller mindre formel projektgruppe, der stod for at organisere implementeringen. Projektgruppen bestod af repræsentanter fra ledelsen (mellemliderniveau), tovholderen og udvalgte medarbejderrepræsentanter. Projektgruppens ansvar var at planlægge implementeringen af instrukserne – det vil sige at udbrede information til de øvrige medarbejdere om projektet og instrukserne, og hvis nødvendigt, at sikre at medarbejderne blev undervist i brugen af de redskaber, som er foreskrevet i instrukserne. Det var også i projektgruppen, at den lokale tilpasning af instruksens foregik. Medarbejderne i projektgruppen var ofte blevet udvalgt, fordi de besad en særlig ekspertise på området enten i kraft af deres uddannelse/kurser eller i kraft af en særinteresse for området. Der var en klar tendens til at vælge medarbejdere ud til projektgruppen, som var fagligt stærke inden for deres felt.

Den anden tilgang til organiseringen finder vi i de tre kommuner, der har haft fokus på at udbrede instruksens mere bredt i kommunen. Her blev der etableret en formel projektorganisation med en styregruppe, en projektgruppe og arbejdsgrupper. I disse kommuner blev der også anvendt forskellige projektstyringsredskaber, såsom interessentanalyse, målbeskrivelse, milepælsplan og arbejdsgangsanalyse. I en enkelt af kommunerne benyttedes desuden værktøjer fra 'Model for implementering og fastholdelse af ny praksis', der er udarbejdet af Region Midtjylland og Institute for Innovation and Improvement (Videnscenter Genembrud). Samme kommune havde også lavet et kommissorium, der blev fremhævet som et vigtigt redskab til at sikre fælles forståelse i styregruppen af projektets formål, ansvarsfordeling og ledelsesmæssig opbakning.

Styregrupperne i de tre kommuner bestod af ledere og faglige konsulenter/projektledere med viden inden for instruksernes område. Styregruppens opgave var at sikre ledelsesmæssig opbakning til projektet og definere den overordnede struktur og ramme for implementeringen – f.eks. sammenhæng med den kommunale strategi, øvrige projekter og samarbejde på tværs af områder. Det var også styregruppens opgave at nedsætte en projektgruppe og godkende implementeringstilgangen. Projektgruppen var placeret under styregruppen og bestod af projektledere, udviklingskonsulenter, særligt udvalgte medarbejdere og i to tilfælde repræsentanter fra visitationen og private leverandører. Projektgruppens opgave var; at udarbejde en implementeringstilgang, at udvikle konkrete forankringsaktiviteter, at overveje samspillet med eksisterende projekter samt at udpege medarbejdere til arbejdsgrupperne. Der var i alle tre kommuner overlap mellem, hvem der sad i styre- og projektgruppen. Arbejdsgrupperne var tværfaglige, og her sad de medarbejdere, der var udpeget som en slags lokale tovholdere for instruksens. Arbejdsgruppernes primære opgave var at tilpasse den lokale instruks samt at være bannerførere på projektet i de respektive implementeringsenheder.





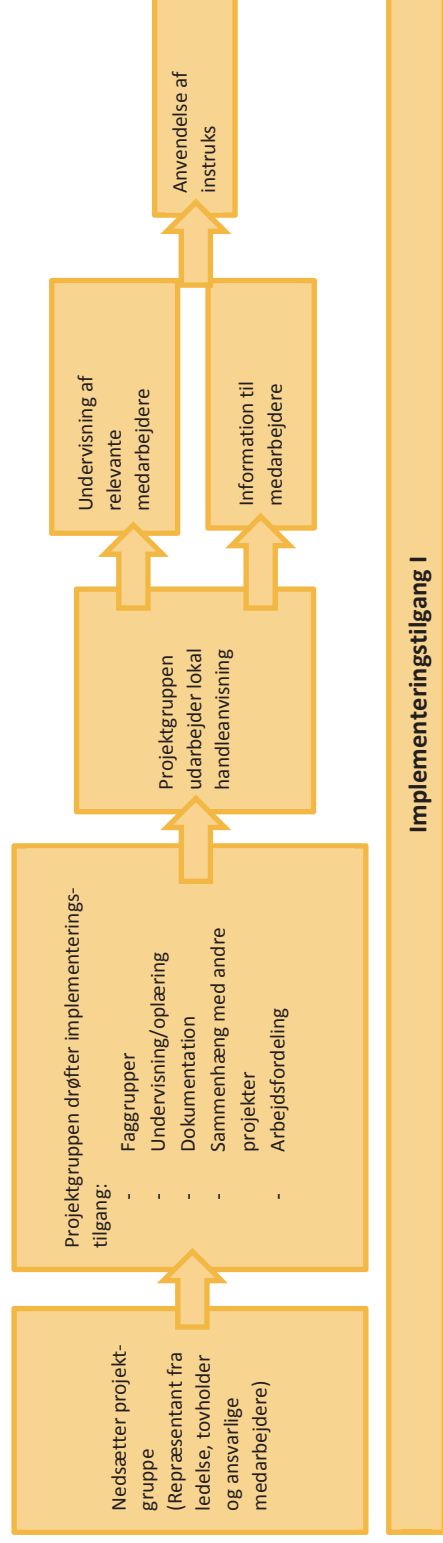
På tværs af de to tilgange til implementeringen kan vi identificere to implementeringsstrategier 'Big Bang' og 'Domino' (jf. Kræmmer & Divert 2009, Stenager & Stevenson 2013). 'Big Bang' strategien blev kun benyttet af én kommune og består i, at hele kommunen implementerer hele ændringen med det samme. Perioden med forandringer holdes kortere end ved andre strategier, hvor en efterfølgende integrering i hele kommunen kan finde sted. Derved minimeres sandsynligheden for, at medarbejderne vender tilbage til deres tidligere praksis. Ulempen ved denne strategi er, at det kræver meget store forandringer for medarbejdere og organisationen. De resterende kommuner benyttede sig af 'Domino'-strategien, hvor en begrænset del af kommunen implementerer indsatsen. Fordelen med denne strategi er, at man kan benytte sig af de erfaringer, som gøres på de udvalgte implementeringsenheder, inden indsatsen udbredes i resten af kommunen. Ulempen ved denne strategi er, at den er mere tidskrævende end 'Big Bang'.

Evalueringen kan ikke give noget entydigt svar på, hvilken implementeringstilgang der virker mest hensigtsmæssigt, eftersom kommunerne ikke var nået lige langt i implementeringsforløbene på evalueringstidspunktet. Ikke overraskende viser datamaterialet, at den systematiske projektorganisering på tværs af implementeringsenheder er mere omfattende, hvad angår tid og medarbejderressurser, end organiseringen af implementeringen på en lokal enhed, fordi den involverer flere niveauer i den kommunale organisation. Det betyder, at processerne for godkendelse og igangsættelse af implementeringen bliver mere langstrakt og omfattende.

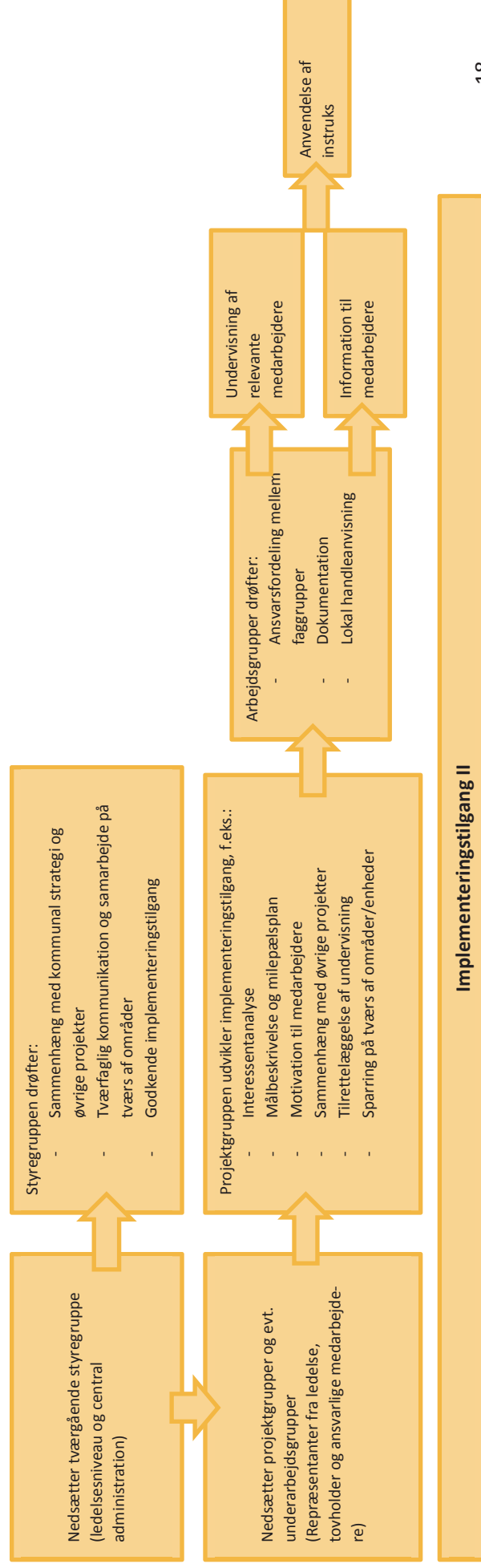
Omvendt viser evalueringen, at tiden fra beslutning til handling var kortere, når implementeringen foregik på udvalgte enheder. Forankringen af beslutningsprocessen på enkelte enheder gav mere fleksibilitet i forhold til at foretage justeringer og ændringer undervejs i implementeringsprocessen. Flere af de kommunale ledere, som implementerede på udvalgte enheder, mente således, at implementeringen af instruksen på en lokal enhed først gav anledning til at afprøve, om der var grobund for at implementere instruksen i resten af kommunen efterfølgende.

**Figur 1: De to implementeringstilgange**

Implementeres i en udvalgt enhed



Implementeres i hele eller flere enheder i kommunen

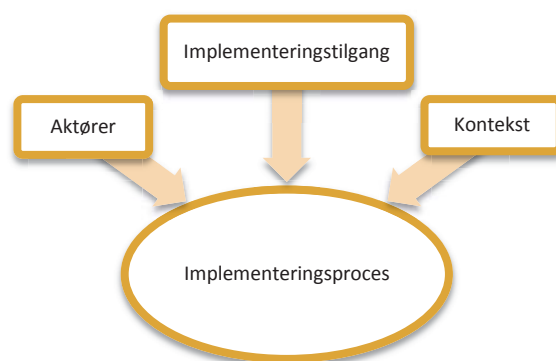


## 2.2 Centrale forhold af betydning for implementeringen

I dette kapitel tegner vi et mere indgående billede af de forhold, som har haft betydning for implementeringsprocesserne i kommunerne på tværs af de fire instrukser. Forholdene kan betragtes som grundlæggende forudsætninger, der kan påvirke implementeringen i positiv eller negativ retning, og som derfor er vigtige opmærksomhedspunkter, hvis man ønsker at fremme implementeringen af kliniske retningslinjer i en kommunal sammenhæng.

Vi har opdelt resultaterne i tre typer af forhold: Aktørforhold vedrører medarbejdere, ledere og borgere. Implementeringstilgang vedrører den måde, implementeringen er tilrettelagt og organiseret på. De kontekstuelle forhold refererer til de fysiske, sociale, økonomiske og strukturelle vilkår for implementeringen.

Figur 2: De tre overordnede forhold af betydning for implementeringsprocesserne



### Aktørforhold

I det følgende gennemgås de mest centrale aktørforhold, der vedrører 1) tovholderfunktionen, 2) ledelsesengagement, 3) medarbejdernes professionsidentiteter, 4) instruksernes målgruppe og 5) holdninger til den evidensbaserede tilgang.

### Den lokale tovholder som forandringsagent

Hovedparten af implementeringsenhederne i kommunerne havde én eller to medarbejdere, der var udpeget som tovholdere for implementeringen af instrukserne. I de kommuner, der implementerede flere instrukser og/eller implementerede i flere områder af kommunen, var der typisk tovholdere i forskellige niveauer af organisationen f.eks. både i centraladministrationen og lokalt i et område eller på en enhed. Den lokale tovholder blev også omtalt som projektleder, kernemedarbejder, "den der driver processen" eller "den mere direkte hands-on" i forhold til lederen. Tovholderens rolle var at informere og påminde kolleger om projektet og gå videre med eventuelle problemstillinger til den lokale leder. En medarbejder beskrev tovholderens funktion således: "Der er nogen, der hele tiden skal sørge for at holde gryden i kog." Dette kunne ske ved at minde om instruksen ved personalemøder eller spørge til kollegaers brug af instruksen i det daglige.

Udvælgelsen af medarbejdere til tovholder havde væsentlig betydning for, hvordan de udvalgte medarbejdere gik til opgaven, og hvordan de videreformidlede projektet til deres kolleger. To aspekter var centrale i den forbindelse, 1) måden hvorpå udvælgelsen foregik, og 2) grundlaget for udvælgelsen. Den måde, udvælgelsen foregik på, kunne være både af

positiv og negativ betydning for implementeringen, idet det ofte havde en afsmittende effekt på opfattelsen af projektets karakter og status hos lederen. Eksemplet neden for viser, hvordan det, der oplevedes som en tilfældig udvælgelse, fik en negativ indflydelse på medarbejdernes opfattelse af ledelsens interesse i projektet.

*”Min indgang til det her var, at én af teamlederne lige kom susende ned og sagde, at de manglede en til noget projektværk – til at udfylde nogle skemaer. Hun spurgte, om jeg så ikke lige kunne komme til det møde nogle dage efter, hvor vi så var. Ingen baggrund, ingen information. Jeg slog lyttelapperne lidt ud og var egentlig lidt desorienteret, men gik derfra med, at hvis bare jeg lige kunne finde nogle borgere med de diagnoser, udfylde skemaet og scanne det ind, og så var det det.”*

*(Sygeplejerske)*

Hvis tovholderne ikke oplevede, at ledelsen havde interesse i eller viden om projektet, fik det ofte en negativ afsmitning på deres eget engagement. Omvendt virkede lederens synligt begrundede valg af medarbejdere til tovholderfunktionen motiverende for de udvalgte medarbejdere og blev opfattet som en anerkendelse.

Grundlaget for udvælgelsen var typisk betinget af medarbejderens faglighed. Det var næsten udelukkende sygeplejersker eller ergo- og fysioterapeuter, der blev udvalgt, fordi de havde en længere uddannelse end SSA og SSH, og lederne forventede derfor, at de havde en høj faglig funderet viden inden for instruksens område. Enkelte ledere lagde også til grund for udvælgelsen, at medarbejderen havde nogle særlige faglige kvalifikationer – f.eks. i kraft af videreuddannelse inden for det område, som instruksen vedrørte.

Ud over de faglige karakteristika blev nogle tovholdere også valgt på grund af deres personlige engagement. Det blev blandt ledere og medarbejdere omtalt som ’ildsjælefaktoren’ og blev anset for at være en central drivkraft i implementeringen.

*”Jeg tror faktisk, at vores medarbejdere også gerne vil arbejde på den her måde. Men der hvor vi afprøver, er det så fordi, der er nogle ildsjæle i forvejen. Der er nogen, som synes, det er super spændende, men jeg synes, det er okay, at det er den måde, at man får ringene i vandet til at brede sig på.”*

*(Leder)*

Ildsjælene var medarbejdere, som havde en særlig interesse for emnet, som instruksen vedrørte. Som en leder forklarede: *”Det er tyve gange nemmere at gå ind i noget, man brænder for, end noget man ikke brænder for”*. Personer, der har en særlig interesse – eller *”brænder for”* et særligt område, bliver i implementeringslitteraturen ofte betegnet som forandringsagenter, der er centrale for at sikre fremdrift i implementeringsprocessen (Durlak & DuPre 2008, Fixsen et al. 2005, Stenager & Stevenson 2013).

På de enheder, hvor lederen udpegede en medarbejder med den såkaldte ’ildsjælefaktor’ som tovholder, virkede det anerkendende for medarbejderen, og det bidrog til at fastholde processen. Omvendt viser evalueringen, at hvis tovholderen ikke havde en interesse for området, så var der større sandsynlighed for, at projektet blev nedprioriteret af tovholder, hvilket kunne smitte af på kollegaerne. Udvælgelsen af tovholdere med en særlig interesse og viden om området i instruksen er således af væsentlig betydning for implementeringspro-

cessen og dermed også for den forandring, som man ønsker at skabe. Tovholderne kan således ses som forandringsagenter, der har mulighed for at være opinionsdannere blandt deres kollegaer og motivere disse til forandring, hvis de besidder de rigtige faglige og personlige karakteristika (Guldbrandsson 2008).

### **Ledelsesengagement – forudsætning for forandring**

Tydeligt ledelsesmæssigt fokus og opbakning er i implementeringslitteraturen fremhævet som et centralt forhold for en succesfuld implementeringsproces (Durlak & DuPre 2008, Fixsen et al. 2005, Francke et al. 2008, Stenager & Stevenson 2013). Det ledelsesmæssige engagement var et af de mest betydningsfulde forhold for implementeringen af KR. Lederne beskrev deres rolle forskelligt afhængig af, om implementeringen foregik i ét eller flere områder af kommunen. I hovedparten af kommunerne betegnede lederne deres rolle som "projektansvarlig", "processtyrer" eller "projektleder". Deres opgaver bestod både i at skabe de *organisatoriske rammer*, og de *stemningsskabende rammer* for implementeringsprocessen.

De synlige organisatoriske rammer kunne f.eks. bestå i at udvælge tovholdere, informere og eventuelt undervise medarbejdere, indkalde til møder med tovholderne, bidrage til udarbejdelsen af den lokale handlingsanvisning, koordinere med IT og sikre, at de fastlagte deadlines blev overholdt. En leder beskrev sin rolle således: *"Min primære opgave har været at sidde i projektgruppen, så vi fik alle strukturtingene i orden. Derefter var min primære opgave på centeret at være processtyrer og sikre, at vi får det her ud i huset – altså at undervise i praksis."*

De stemningsskabende rammer for en implementering er også beskrevet som en vigtig del af forandringsledelse (Kræmmer & Divert 2009, Stenager & Stevenson 2013). Lederne beskrev, hvordan de forsøgte at skabe en positiv stemning ved at følge op på projektet med medarbejdere. Opfølgningen kunne foregå ved at spørge til projektet på møder, ved at gå i dialog med medarbejderne omkring eventuelle udfordringer og ved at hjælpe medarbejderne med at skabe fastholdelse og sammenhæng med eksisterende indsatser. Medarbejderne opfattede dette som et udtryk for en positiv interesse for projektet, og det signalerede, at det var vigtigt for medarbejderne at prioritere dette i en ofte meget travl hverdag. Enkelte ledere fremhævede også betydningen af opbakning til tovholderen gennem anerkendelse af deres indsats.

*"Min rolle har også været at inspirere og rose og anerkende og spørge ind til projektet i sygeplejegruppen, så der er interesse – og vedligeholde interessen. Så har det været at bane vejen, hvis tovholderen har mødt udfordringer, for så er det mig, hun kom til, så vi kunne løse det sammen.*

*(Leder)*

Kræmmer & Divert (2009) beskriver stemning, timing og energi som tre helt centrale forhold for en implementering. Forandringsledelse handler om at tage de underliggende stemninger og energier til møder, workshops og lignende alvorligt og kontinuerligt bidrage til en positiv stemning omkring den forandring, man ønsker at opnå. Et flertal af medarbejderne oplevede, at det ikke lykkedes lederen at få skabt en tydelig positiv stemning omkring projektet. Medarbejderne blev derfor usikre på, hvordan de skulle prioritere projektet, når lederen ikke skabte en tydelig stemning omkring projektets karakter og status.

*”Vi får rigtig mange ting, og pligttopfyldende ordner vi de ting, vi nu skal – nye projekter og sådan – og så bliver der aldrig fulgt op på det. Når vi har så mange ting, og der ikke bliver fulgt op på det, så bliver det ligesom, ’okay så er det jo ikke så vigtigt’. Det er måske også et prioriteringsspørgsmål, når vi har travlt i hverdagen. Der bliver sat en masse skibe i vandet, men der bliver ikke fulgt op på det.”*

*(Sygeplejerske)*

Metaforene ”at sætte skibe i vandet” og ”kaste bolde i luften” blev anvendt i flere kommuner, når medarbejderne fortalte om, hvordan de oplevede igangsættelsen af nye projekter. Generelt var der et ønske om mere ledelsesmæssig opfølgning undervejs i projektet.

Vi kan således konstatere, at det ledelsesmæssige engagement kommer til udtryk dels i den måde, implementeringen organiseres på, og dels gennem stemningsskabende understøttelse i form af vedvarende interessetilkendegivelse og nysgerrighed over for medarbejdere. Begge dele er væsentlige forhold af betydning for implementeringen af KR og instrukser.

### **Professionsidentiteter, faglighed og tværfaglighed**

Evalueringen viser, at arbejdet med instrukserne bidrog til fokus på både egen og andre faggrupperes faglighed og gav anledning til både markeringer af fagligheder, forhandlinger om faggrænser, og af hvem, der skulle varetage de arbejdsopgaver, der fulgte med instruksen. Medarbejdernes egne vurderinger af instruksernes anvendelighed og relevans var endvidere nært forbundet med deres faglige tilhørsforhold og kompetencer – f.eks. i hvilken grad instrukserne matchede deres vante arbejde.

Det tværfaglige samarbejdes betydning for implementeringen skal ses i lyset af, at arbejdet med instrukserne i udgangspunktet henvendte sig til specifikke fagkompetencer, og dermed specifikke faggrupper – ofte sygeplejersker og ergoterapeuter. Med tilhørsforholdet til en specifik faggruppe følger også professionelle identiteter og professionshierarkier, som i evalueringen viste sig at være centrale for implementeringsarbejdet.

Professionel identitet er et begreb for den identitet, der tilegnes gennem en specifik uddannelse og socialisering til en specifik professions kompetencer og færdigheder, selvforståelse, værdigrundlag og regelsæt (Hall 2005, Wackerhausen 2009). Hver profession besidder et særligt fagsprog og arbejdsmetoder, ligesom dens udøvere også ofte deler fortællinger om professionens særegenhed vis-a-vis andre professioner (ibid). Professionel identitet bliver til i relation til andre faggrupper, men selvfølgelig også i kraft af autorisation, anerkendelse og status. De er således ikke statiske, men under konstant tilblivelse og forandring. Profession har også betydning for status, magt og position, og der er professioner, der i kraft af deres uddannelse, kompetencer og de opgaver, de udfører, har mere indflydelse end andre og dermed en højere position i et professionshierarki.

På ledelsesniveau blev det understreget, at det var de faggrupper, der var ”uddannede” eller ”faglærte”, der skulle være drivkraften i implementeringen, udvikle de lokale handleanvisninger eller subsidiært undervise SSA og SSH. Det var således uddannelses- eller kompetenceniveau og profession, der afgjorde arbejdsfordelingen, f.eks. med hensyn til hvem der blev projektledere eller tovholder for implementeringen, hvem der udpegede hvem til hvilke opgaver samt for kommunikation og informationsstrømmens retning og hastighed.

Faglighed var et anliggende, der ofte blev nævnt i arbejdet med instrukserne. En leder beskrev medarbejdernes forventninger til hendes rolle i implementeringen således: *"[...]de forventer, at jeg lægger rammerne for den faglige backup, og at jeg er tydelig med det faglige og sørger for at [...] organisere, så man får det faglige løft, man har brug for"*. Fagligheden kom også til udtryk i differentieringen af forskellige medarbejders faglighed: *"Det er altid hjælpergruppen, der synes, det er sværest. De har ikke så meget faglighed, så de tænker, om det er noget, de kan finde ud af. Så bliver de lidt angst for det. Men så finder de ud af, det ikke er noget"*.

Forskelle i faggruppernes uddannelsesniveau var således en udfordring, der skulle håndteres i forbindelse med implementeringen. Der blev f.eks. skelnet mellem "faglærte" og "uddannede" versus "ufaglærte" og "uuddannede". Forskellene kunne vedrøre, hvad fagpersonen i særlig grad lagde mærke til (hos borgeren) og i, hvordan fagsprog blev forstået og benyttet. Som en leder forklarede: *"Jeg ser det jo på fagudtryk. Altså hvor mange i hjemmeplejegruppen ved, hvad en apopleksi er. De faguddannede gør, men de uuddannede gør ikke. Så der skal man så oversætte det faglige sprog til et sprog, de forstår."* Nogle medarbejdere og ledere påpegede også, at en del SSH ikke får dokumenteret i IT-systemet, fordi de kan have svært ved at formulere sig skriftligt, og at det giver ekstra arbejde for andre kollegaer.

En anden udfordring var at skabe en forståelse for hinandens faglighed. Eksempelvis kunne arbejdet ved computeren blive betragtet som "usynligt" arbejde. Det kan være svært at se, hvad "computerarbejdet" bidrager med i forhold til borgeren. "Computerarbejdet" er typisk noget som sygeplejersker, terapeuter og SSA laver, f.eks. udfyldelse af skemaer. Som en SSA forklarede: *"Der er, som om de [SSH] tænker 'skal de [SSA] nu også lave det' – mere papirarbejde og kontorarbejde. 'Nu sidder assistenterne igen foran computeren, når vi har brug for dem'. På den måde kan der godt være modstand."*


Men faggrupperne var netop på grund af deres forskellige kompetenceområder og arbejdsopgaver også afhængige af hinanden. Sygeplejersker og terapeuter var f.eks. afhængige af den viden, SSH og SSA erhvervede sig i kraft af deres nære relation til borgeren. SSAs og SSHs viden om borgernes situation og tilstand kom dermed mere i spil som en konsekvens af arbejdet med instrukserne. Det førte i nogle tilfælde til en øget tværfaglig dialog. Som en leder formulerede det: *"Så pludselig fik de [SSH] en bedre og skarpere dialog med SSA-gruppen eller sygeplejerskerne. Deres sprog, når de skulle melde tilbage, er blevet meget bedre. De fik et fagligt sprog til at italesætte nogle af deres observationer"*. Eller som en sygeplejerske formulerede det:

*"Men det har givet plads til nogle tværfaglige snakke terapeuter og sygeplejersker imellem. Terapeuter og sygeplejersker kigger forskelligt på borgeren, og terapeuter er bedre til at lade borgeren gøre ting selv. Så når de har lavet Barthel-scoren sammen, så kan sygeplejerskerne se, at borgeren kan mere, end de lige tror."*

(Sygeplejerske)

Blandt medarbejderne blev der, som illustreret oven for, ofte talt om, at arbejdet med instrukserne havde "styrket" eller "løftet" fagligheden hos specifikke medarbejdere. Det gælder f.eks. for SSA og SSH, hvor instrukserne ansporede til nye faglige opmærksomheder og faglig udvikling. Hertil kommer, at tilegnelsen af specifikke screeningsprocedurer blev be-





tragtet som et kompetenceløft, der højner faglig status og anerkendelse. En leder beskrev det således: "[...] mange fra hjemmeplejen er 'uuddannede', og at det kan give dem et fagligt løft at skulle arbejde efter instrukser". Flere af de SSH og SSA, der blev involveret i instruksarbejdet, gav også indtryk for, at det havde gjort deres arbejde mere interessant og vedkommende.

I nogle tilfælde skabte instrukserne større fokus på specifikke faggruppers særlige fagområder og kompetencer. Det gjaldt i flere tilfælde den ergoterapeutiske faglighed, hvor der i forbindelse med f.eks. MEOFI og rehabilitering blev sat fokus på borgerens ergoterapeutiske behov:

*"Det har før været lidt usynligt, præcist hvad en terapeut skulle på et plejecenter, og det er jeg sikker på, at du [ergoterapeut] også har mødt. Men nu er det berettiget, at der er terapeuter på centeret, det er blevet legitimt og i orden, for nu er der nogle konkrete håndterbare ting, som en terapeut skal gøre, og hvor man har brug for en terapeut."*

(Sygeplejerske)

Evalueringen viser således, at instrukserne som udgangspunkt virkede fagligt anerkendende for de medarbejdere, hvis faglighed instrukserne tog udgangspunkt i. Samtidig kunne instrukserne som vist også styrke andre faggruppers kompetencer og dermed påvirke det tværfaglige samarbejde i en positiv retning.

### **Instruksernes målgruppe**

Alle fire instrukser henvendte sig til en afgrænset aldersgruppe (65 år+), og to var deslige rettet mod borgere med særlige sygdomme (cancer, KOL, hjertesvigt og apopleksi). Generelt oplevede medarbejderne, at aldersgruppen var uhensigtsmæssig, da de også havde yngre borgere i deres regi, som kunne "have glæde af instruks", som det blev formuleret. Derudover gav medarbejderne udtryk for, at de problemområder, som borgere skulle høre under, var begrænsende i forhold til anvendelsen, da den også passede på borgere udenfor målgruppen.

*"Hvis jeg skal evaluere på det nu, så er det for snævert [målgruppen]. Både Barthel og MEO-FII skal bruges i en bredere sammenhæng for at hjælpe til med at fange nogle, som er i fare for at blive indlagt. F.eks. en cancerpatient med skade på tyggesynkefunktion, [...] det skal kunne bruges til alle med tyggesynkeproblemer, som ikke specifikt er apopleksi-beboere.[...] men hvis du skal lave evidens, så er du nødt til at gå meget snævert til værks."*

(Leder)

Som beskrevet i citatet oven for var der en diskrepans mellem de kontekstuelle forhold, som instruks blev implementeret under, og kravet til evidens, som gik forud for udviklingen af instrukserne. Således var der på tværs af kommunerne et ønske om at udvide målgruppen, især inden for instrukserne for palliation, spisevanskeligheder og forebyggelse af indlæggelser, da de ikke harmonerede med de borgere, som medarbejderne mødte (dette uddybes neden for i afsnittene om de enkelte retningslinjer). Evalueringen viser således, at der var et dilemma mellem på den ene side at skulle følge en evidensbaseret tilgang, der definerede en bestemt afgrænset målgruppe, og på den anden side at skulle anvende instruks i en udstrækning, som er meningsgivende i den kommunale kontekst. Dette dilemma påvirkede nogle medarbejdere og lederes vurdering af instruksernes bæredygtighed negativt.



## Holdningen til "den evidensbaserede tilgang"

Evalueringen viser, at medarbejdere og ledere overordnet set var positivt indstillet over for at arbejde evidensbaseret efter KR og instrukser. Generelt blev KR og instrukserne betragtet som redskab til at ensarte praksis, hvilke nogle af medarbejderne og lederne anså som et tegn på kvalitet og som en måde at styrke den faglige autoritet og undgå personalediskussioner om, hvilken metode der var bedst. Som en medarbejder forklarede: *"Evidens giver tryghed, man ved, at det er afprøvet, og at det virker, så man ikke behøver at gribe til højre og venstre for at finde noget, der virker."*

Men der var også medarbejdere og ledere, der var skeptiske over for muligheden for at overføre evidens for en særlig fremgangsmåde til forskellige områder. Som en leder udtrykte: *"[...] når situationen ikke er helt ens, så er det ikke sikkert, at evidensen den holder, og det skal vi som fagpersoner være kritiske over for."* For disse personer blev evidens i høj grad opfattet som kontekstafhængig og kunne derfor ikke forventes at have samme gyldighed i forskellige sammenhænge.

Ledere og medarbejderes opfattelse af evidensbegrebet havde dermed en central indflydelse på deres vurdering af KR og instruksernes bæredygtighed i den kommunale sektor. KL og SK præsenterede instrukserne som et resultat af et paradigmeskifte, hvor man gik fra "erfaringsbaseret praksis" til "evidensbaseret praksis". I invitationen til kommunerne blev det præsenteret således: *"[...] et paradigmeskifte, der fordrer et opgør med den erfaringsbaserede tilgang og "hos os plejer vi" for i stedet at vælge at gøre det, der er evidens for virker. Kliniske retningslinjer er et væsentligt værktøj til at udvikle kvaliteten i opgavevaretagelsen og understøtter kompetenceudviklingen af medarbejderne."*<sup>5</sup> Det blev samtidig betonet, at evidens skulle betragtes som et redskab til beslutningsstøtte.

Begrebet "evidensbaseret praksis" er baseret på nogle forestillinger om, at man kan træffe beslutninger om behandling af borgerne på baggrund af forskning, der har vist en høj grad af sandsynlighed for, at behandlingen vil have en positiv effekt. Begrebet rummer således en forståelse af evidens som et forhold, der er hævet over medarbejdernes fagprofessionelle skøn og erfaringer (Høgsbro 2011).

I evalueringen fremhævede nogle ledere denne forståelse af evidensbaseret praksis som en udfordring, eftersom de mente, at evidens er kontekstafhængig og derfor foranderlig. Lederne påpegede endvidere, at det vil kræve mange ressourcer at vedligeholde og opdatere en reelt evidensbaseret praksis. Forskere, der beskæftiger sig med evidensbaseret praksis, peger i lighed hermed, at tidsrammen for udviklingen og afprøvningen af nye metoder er lang, og derfor kan der gå lang tid, før der kan laves systematiske reviews af metodernes evidens (Høgsbro 2011).

*"KL og SK skulle lægge sig lidt hårdere op ad en kommunal forståelse og fortolkning af evidens, så KR ikke bliver en efterligning af, hvad man gør på sygehusene, men få skabt en klar kommunal profil af, hvad vi skal bruge KR til. [...] De KR, vi får i kommuner nu, er jo tynde, for den evidens, vi har på den kommunale indsats, er jo næsten ikke-eksisterende i den vægt, som de skal have for at være gældende i en KR."*

---

<sup>5</sup> Mail til samtlige ti kommuner, som bidrog til udviklingen af KR, med invitation om at deltage i en afprøvning af KR og instrukser.

I studier af forskellige metoders effektivitet vurderes randomiserede kontrollerede studier (*randomized controlled trial/RTC*)<sup>6</sup>, som den højeste standard i evidenshierarkiet. At RTC-baserede studier er blevet gjort til den gyldne standard for evidens, er bl.a. blevet kritiseret for kun at forholde sig til den gennemsnitlige virkning inden for en given population, som ikke nødvendigvis er relevant på det individuelle niveau, hvor individuelle omstændigheder og forskelle kan være væsentligere end den gennemsnitlige virkning (Høgsbro 2011).

Denne kritik kom også til udtryk blandt især sygeplejersker og terapeuter, som fremhævede, at det var vigtigt at fastholde det erfaringsmæssige "faglige skøn" i vurderingen af borgernes behov. Som en sygeplejerske beskrev: *"Man kan ikke trække evidens ned over alle borgere. F.eks. hvis man sætter sig ned og snakker med borgeren, så har de måske ikke så ondt i maven alligevel, så helt evidensbaseret kan man ikke være – en god blanding af det."*

Ønsket om at bevare en "god blanding" mellem evidens- og praksisbaseret behandling understreger, at det var vigtigt for medarbejderne at kunne fastholde deres faglighed og anvende den faglige viden, som kommer af erfaring. "Den evidensbaserede tilgang" blev derfor ofte opfattet som et supplement til medarbejdernes erfaringsbaserede arbejdsmetoder.

Implementeringsstudier på området viser, at medarbejdere ofte forholder sig pragmatisk til "den evidensbaserede tilgang", og at der i praksis ofte modificeres og tilpasses i forhold til den lokale kontekst og de faggrupper, som benytter instruksen. Denne tilpasning medfører, at "den evidensbaserede tilgang" bliver til en form for *evidensinformeret praksis* (Damschroder et al. 2009, Høgsbro 2011, May 2013). I evalueringen gav en del ledere og medarbejdere tilsvarende udtryk for et behov for at tilpasse instruksen i en vis udstrækning – blandt andet ved at kombinere den med andre screeningredskaber og udvide målgruppen.

På den ene side gav medarbejdere og ledere udtryk for, at tilpasningen kunne svække evidensen, på den anden side fandt de det nødvendigt at tilpasse instruksen til den lokale kontekst. I den forbindelse blev der også lagt vægt på at skelne mellem konteksten i den primære og sekundære sektor. Forskellen mellem sygehusregi og kommunalt regi fik en del ledere og medarbejdere til at reflektere over, hvilken forståelse af evidens der var anvendelig i den kommunale virkelighed.

Evalueringen viser således, at der er et centralt behov for at overveje, hvordan man bedst kombinerer den evidensbaserede tilgang med inddragelse af medarbejdernes erfaringer og faglige skøn, således at den giver bedst mulig mening for medarbejderne i den kommunale kontekst.

---

<sup>6</sup> "I et randomiseret kontrolleret forsøg sammenligner man én eller flere interventionsgrupper med én eller flere kontrolgrupper. Forskerne fordeler altså gennem randomisering kvalificerede deltagere i grupper, hvoraf nogle grupper bliver udsat for den eller de interventioner, man ønsker at undersøge, mens andre grupper netop ikke bliver udsat for intervention. Resultaterne vurderes ved at undersøge udfald i interventions- og kontrolgrupper. Et kontrolleret studie er ikke nødvendigvis randomiseret (baseret på lodtrækning), men randomiserede forsøg er altid kontrollerede. Randomiserede kontrollerede forsøg er desuden altid prospektive. Det vil sige, at man altid udvælger undersøgelsesgruppe og intervention, inden undersøgelsen påbegyndes." <http://www.sfi.dk/prim%C3%A6r-studier-252.aspx>

## Implementeringstilgang

I dette afsnit gennemgår vi de tre forhold; 1) projektets status, 2) informationsflow og 3) KL og SHKs rolle, som var relateret til kommunernes implementeringstilgang.

### Projektets status – implementering eller afprøvning?

Evalueringen viser, at medarbejdere og ledere på tværs af enhederne havde forskellige opfattelser af, om instrukserne skulle *implementeres* eller *afprøves*. Implementeringen opfattedes som en permanent forandring, mens afprøvningen opfattedes som noget temporært, der ikke nødvendigvis skulle forsætte efter projektperiodens ophør. Rammen for implementeringen blev sat af KL og SHK forud for kommunernes involvering. Overskriften i invitationen til kommunerne til at deltage i projektet var: "Afprøvning af kliniske retningslinjer i den kommunale sundheds- og ældrepleje", og i den efterfølgende korrespondance mellem KL og SHK til kommunerne blev projektet ligeledes betegnet som en afprøvning. Efter det første kick-off arrangement omtalte KL og SHK projektet som en implementering. Denne skiftende omtale resulterede i forskelligartede opfattelser på tværs af kommunerne om projektets karakter og medførte, at enkelte ledere følte, at de pludselig havde sagt 'ja' til noget andet, end det oprindelige tilbud fra KL og SHK.

*"Det, vi oplevede hos KL på introduktionsdagen, genererede nogle spørgsmål. Vi fik øjnene op for, at vi følte os en lille smule uklare. For det første var der sådan en helt konkret ting i ordvalget, der blev brugt. Da vi blev inviteret første gang, hed det en afprøvning, og det ord blev så i næste skriv ændret til en implementering. Så tænkte vi 'hov, vi er da med i en afprøvning, vi er da ikke med i en implementering'. Så skulle vi undersøge, om der overhovedet var opbakning til det i vores egen ledelse."*

*(Leder)*

Forvirringen blandt lederne smittede også af på den måde, de videreformidlede projektet på til medarbejderne. For nogle medarbejdere var det derfor en overraskelse, at instruksen skulle implementeres, fordi de indledningsvist havde opfattet projektet som en afprøvning af instruksens relevans for deres arbejdsområde, og de først derefter skulle vurdere internt, om den skulle implementeres. Som en sygeplejerske fortalte: *"Ved det andet møde finder vi ud af, at det ikke handler om en afprøvning, men om selve implementeringen. Det er simpelthen kommet for at blive. Det handler simpelthen om, at det skal blive, og at det skal implementeres. Så tror jeg bare, at vi alle sammen har følt os lidt fortabt i det."*

Evalueringen viser, at lederne i fire kommuner omtalte projektet som en implementering, mens lederne i fem kommuner beskrev projektet som en afprøvning. I en kommune blev en instruks beskrevet som en afprøvning, mens en anden blev beskrevet som en implementering. De forskellige opfattelser af projektets status havde indflydelse på den måde, tilrettelæggelsen af implementeringen foregik på. I de kommuner, hvor projektet blev betragtet som en implementering, var der i højere grad tænkt på at udbrede instrukserne i hele kommunen og involvere f.eks. IT, mens der i de andre kommuner oftere blev udvalgt et mindre område og involveret færre medarbejdere.

Det gav anledning til usikkerhed blandt ledere og medarbejdere, at projektets status skiftede fra afprøvning til implementering undervejs i processen. Det kan således konstateres, at

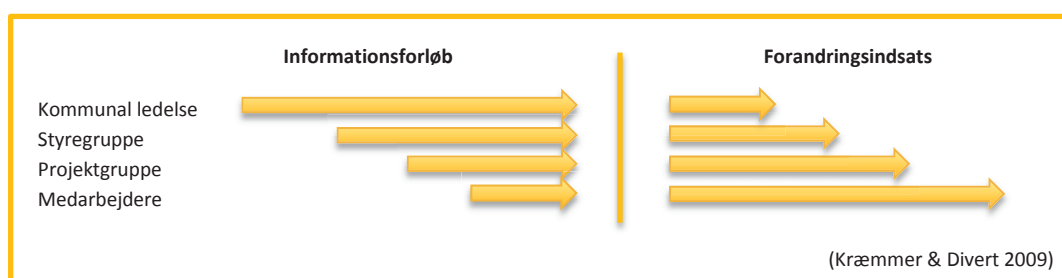
projektets status betingede ledernes valg af implementeringstilgang og påvirkede det ledelsesmæssige fokus på processen.

### Informationsflow

Timing og niveauet af information var to gennemgående forhold, der påvirkede implementeringsprocessen. Medarbejderne efterspurgte generelt mere og tidligere information, så de bedre kunne forberede sig på omstillingen og arbejdet forude. Medarbejderes oplevelser af manglende information fik en negativ betydning for deres engagement i projektet. En stor del af medarbejderne fik informationen samtidig med, at implementeringen skulle påbegyndes, og dette oplevede medarbejderne som meget u hensigtsmæssig. En sygeplejerske beskrev konsekvenserne af den sene information således: *”At holde kortene tæt til kroppen gør ikke noget godt, for så bliver man først mistænksom. Det giver ikke noget godt, at folk ikke kan forberede sig.”*

Ofte foregik informationsflowet som illustreret i nedenstående model. Her ses det asymmetriske forhold mellem ledelsens vidensniveau og medarbejdernes vidensniveau i forhold til den tid, de har, inden de skal igangsætte implementeringen lokalt.

Figur 3: Informationsflow



Tidlig involvering af medarbejdere fremhæves i litteratur på området som et forhold, der har stor indflydelse på medarbejdernes engagement både kollektivt på arbejdspladsen og hos hver enkel medarbejder (Francke et al. 2008, Guldbbrandsson 2008). I opstarten af en ny implementeringsproces handler det først og fremmest om at forberede medarbejderne på de ændringer, der skal ske. Det kræver tidlig involvering, hvis deres subjektive og kollektive holdning til at skulle forandre praksis skal påvirkes (Durlak & DuPre 2008, Kræmmer & Divert 2009). Evalueringen viser, at da det er blandt medarbejderne, at de største forandringer skal ske, er det vigtigt, at de tidligt i forløbet bliver informeret på en måde, så projektet giver mening for dem.

*”Når folk tænker ’åh nej endnu en opgave’, er det, fordi folk ikke er klædt på til det, de skal i gang med. Så føler man ikke, at man magter opgaven rigtigt, og når man føler det, så bliver det bare gjort halvt, og så bliver det besværligt. Det er de samme med det nye projekt. De [lederne] sætter det i søen, men har ikke gjort det klar, så vi kan gøre det færdigt, og så er vi jo ikke forberedt, og så bliver det sådan [sukker opgivende], og det giver altså bare ikke noget positivt.”*

(Sygeplejerske)

Hvad angik information efterspurgte medarbejdere mere viden om projektets opstartstidspunkt samt formål, organisering af implementeringen, konkretisering af brugen af instruk-

serne, og tydelig information om, hvordan projektet følges op. Indholdet og niveauet af informationen er således væsentligt for, at medarbejderne kan forberede sig på den proces, der venter dem forude.

Ud over at en stor del af medarbejderne oplevede, at timingen og indholdet af informationen var mangelfuld, viser evalueringen også, at der på flere enheder var en tendens til, at informationsniveau og timing varierede fra faggruppe til faggruppe. Ofte fik SSA og SSH senere eller mindre information end de andre faggrupper, og de blev derved også inddraget senere i processen. Ledernes begrundelse herfor var i nogle tilfælde, at SSA og SSH ikke deltog i samme udstrækning som sygeplejersker eller ergo- og fysioterapeuter – selvom de ofte spillede en central rolle alligevel, da de har den daglige kontakt med borgerne. En SSH svarede på spørgsmål om introduktionen til projektet således; *”Jamen, jeg ved ikke, om jeg blev introduceret til det. Jeg fik bare at vide, at der foregik noget nyt, og så bare vent og se. Da jeg fik at vide, at du [interviewer] kom i dag, så tænkte jeg bare, hvad er det nu for noget, og hvad skal jeg forberede mig til.”*


Det varierende informationsniveau mellem faggrupperne kunne lede til opdelinger blandt medarbejderne og påvirke deres villighed til at arbejde med instrukserne. Derudover peger interview- og observationsmateriale på, at informationen skal gentages kontinuerligt igennem processen, da der ofte er medarbejdere fraværende (f.eks. pga. kursus), forskellige skift mellem dag, aften- og nattevagthold samt parallelle projekter, som medarbejderne skal forholde sig til.

Der blev gennemført undervisning og sidemandsoplæring i nogle kommuner for tre af instrukserne. Denne undervisning bestod primært i en gennemgang af instruksen kombineret i nogle kommuner med praktiske øvelser. Det kunne eksempelvis bestå i at man udfyldte instruksens screeningsinstrument (skema) elektronisk flere medarbejdere sammen. De medarbejdere, der havde modtaget undervisning eller sidemandsoplæring i brugen af instrukserne, lagde vægt på, at undervisningen skulle være så konkret og praktisk som muligt. En del efterlyste flere konkrete eksempler, som de kunne øve sig på, og andre fremhævede netop dette som centralt i den undervisning, som de havde modtaget. Der var fra medarbejdernes side således et klart ønske om, at undervisningen i brugen af instrukserne blev baseret på en praksisnær og dialogbaseret undervisningstilgang.

Det kan konstateres, at tidlig og vedvarende information om formål, tilrettelæggelse og tidsplan er centralt for at give medarbejderne det bedst mulige afsæt for arbejdet med instrukserne. Medarbejderne har på lige fod med lederne behov for at indstille og forberede sig på forandringerne, og det er derfor mest hensigtsmæssigt i forbindelse med implementeringen, at ledelsen på alle niveauer sørger for at involvere og informere bredest muligt ud i organisationen fra et tidligt tidspunkt i forløbet. Undervisning skal så vidt muligt give medarbejderne mulighed for at afprøve instrukserne gennem konkrete og virkelighedsnære øvelser.

### **Aktiviteter til understøttelse af implementeringen**

KL og SHK spillede en afgørende rolle for implementeringen af instrukserne, først og fremmest fordi de var initiativtagere til udviklingen af KR og fungerede i processen som de overordnede ansvarlige for implementeringsprojektet (se Bilag 3 for en aktivitetsoversigt). En projektkoordinator i KL havde til opgave at bidrage fagligt til litteraturstudierne, koordinere



udviklingen af KR og efterfølgende bistå med implementeringen gennem løbende opfølgning og kontakt til kommunerne. Projektkoordinatorerne i KL/SHK skulle ligeledes planlægge og koordinere de fire netværksmøder, som blev afholdt undervejs i forløbet med kommunerne.

Kommunerne arbejder med et længere tidsperspektiv, end projektet havde, og planlægning af projekter sker generelt med en tidshorisont på et år eller mere. Derfor fandt flere af lederne den planlagte tidsramme for forberedelse og implementering urealistisk, fordi den ikke tog højde for det store koordineringsarbejde, der går forud for en implementeringsproces i kommunalt regi.

*”Det kan godt være KL synes, at de har sendt ting ud i god tid, men det har de altså ikke. Det er racerarbejde. Jeg tror ikke, de har en fornemmelse af hvor stort et koordinationsarbejde, det er i en kommune, hvor der ikke er en nøgleperson, der trækker i alle trådene. Der er rigtig mange personer, som skal involveres på kryds og på tværs for at få tingene til at fungere, og derfor har vi brug for længere tid, og det betyder også, at vi ikke kan gå i gang 1. november.”*  
(Leder)

Evalueringen viser, at projektets tidshorisont påvirkede nogle af ledernes motivation for at deltage i en negativ retning.


#### Kick-off møder

Implementeringen af de fire instrukser blev skudt i gang ved to éndags kick-off seminarer for kommunerne i august og september 2013. Kommunerne blev inviteret til kick-off møder i maj 2013. Invitationen blev sendt til chefer for sundheds-, ældre- og/eller genoptræningsområdet, og indeholdt en beskrivelse af projektet, en beskrivelse af hvorfor kommunen burde takke 'ja' til invitationen, hvad deltagelse i projektet indebar for kommunen, en tidsplan for projektforløbet, herunder nærværende evaluering, program for kick-off arrangementet og kontaktperson. I invitationen blev kommunerne anmodet om at sende en ansvarlig leder og to nøglemedarbejdere – hhv. en faglig medarbejder og en it-medarbejder. Kick-off mødet havde til formål at informere kommunerne om de fire KR, de afledte instrukser og den forestående implementeringsproces. På begge møder deltog tovholderne på projektet fra kommunerne – disse inkluderede både ledere og udvalgte medarbejdere, samt it-medarbejdere fra enkelte af kommunerne.

Til begge kick-off seminarer var tovholderne fra hver af de fire arbejdsgrupper, der stod bag udviklingen af KR til stede for at gennemgå disse. Foruden tovholderne for arbejdsgrupperne for hver KR, holdt en repræsentant fra Center for Kliniske Retningslinjer oplæg om arbejdet bag udviklingen af KR. Repræsentanter fra både KL og SHK holdt oplæg om implementeringsprocesser. Hillerød Kommune var inviteret for at fortælle om deres konkrete erfaringer med at implementere KR. På kick-off dagen var der endvidere indlagt tid til to workshops med kommunerne, der blev faciliteret af SHK, hvor udvalgte medarbejdere blev bedt om at diskutere lederens rolle, medarbejdernes viden og engagement, integration i eksisterende dokumenter og redskaber samt mere generelle implementeringsudfordringer. Der var også sat tid af til, at kommunerne kunne påbegynde den lokale tilpasning af de generiske instrukser.

Endelig var Pallas Informatik til stede ved kick-off møderne for at besvare spørgsmål vedrørende de tekniske aspekter forbundet med implementering i kommunernes omsorgssystem. På trods heraf mente et flertal af lederne, at KL og SHK burde have præsenteret kommuner-





ne for nogle konkrete modeller for, hvordan de kunne integrere screeningsredskaberne i de elektroniske omsorgssystemer. Det blev også nævnt, at KL på grund af deres størrelse har bedre forhandlingsmuligheder i forhold til IT-leverandører, end de enkelte kommuner har.

De indledende lederinterview tegner et billede af ledernes vurdering af kick-off arrangementets indhold og organisering. Enkelte ledere fremhævede oplægget fra CKR som interessant, fordi det gav en indsigt i udviklingen af KR og tankerne bag. Workshop-diskussionerne blev generelt fremhævet som god inspiration til den videre implementeringsproces. Flertallet af ledere efterspurgte dog et højere informationsniveau fra KL og SHKs side – i særdeleshed forud for kick-off arrangementerne. De oplevede, at informationen om kick-off arrangementets indhold kom sent, og at det var uklart, hvem målgruppen for arrangementet var. Endvidere savnede flere ledere information om evalueringen forud for kick-off arrangementet. Det kom bag på flere, at der ville være en evaluering af implementeringsprocessen. En leder oplevede det således: *”Vi synes, at kick-off dagene har været forvirrende, for hvilke personer skulle med? Det kan være, vi ikke har været vågne, men den der opstartsproces har været noget rodet.”*

Evalueringen viser, at det indledende kick-off arrangement både gav inspiration og frustration blandt lederne. Lederne fandt oplæg og diskussioner inspirerende, men savnede mere information forud for kick-off møderne og en tilrettelæggelse af projektet, der tog mere hensyn til den kommunale kontekst – i særdeleshed i forhold til tidshorisont og IT.

#### Netværksmøder

I november 2013, februar 2014 og juni 2014 blev der afholdt fire netværksmøder for kommunerne i KL-huset (fordelt mellem to i november, et i februar og et i juni). Det er kun møderne i november og februar, der indgår i nærværende evaluering. Netværksmøderne blev koordineret af projektkoordinatoren i KL/SHK, og til møderne blev kommunerne opfordret til at sende ledere og tovholdere for implementeringen. Programmet på netværksmøderne bestod af tematiske gruppediskussioner på tværs af kommunerne med opsamling i plenum og et oplæg fra Statens Institut for Folkesundhed om de foreløbige fund i evalueringen. Diskussionerne havde primært fokus på erfaringsudveksling mellem kommunerne om 'hvad virker i implementeringen?' og 'læringspunkter'.

På netværksmødet i februar var der inviteret en repræsentant fra Sundhedsstyrelsen til at fortælle om udviklingen af de nationale KR. På netværksmøderne var der færre deltagere end ved de to kick-off møder. Kommunerne begrundede dette med en prioritering af medarbejderressurser, generel travlhed eller for sen videreformidling til relevante medarbejdere.

Lederne vurderede netværksmøder forskelligt både i forhold til indhold og format. Den største gruppe af lederne fandt dagene udbytterige og inspirerende, fordi de fik lejlighed til at erfaringsudveksle med de andre kommuner. Det gav dem blandt andet input til, hvordan de kunne kombinere implementeringen med parallelle projekter.

*Interviewer: ”Hvordan synes du, KL og SHKs opfølgning til projektet har været?”*

*Leder: ”Solidt og godt. Det giver noget energi og fokus at høre, hvordan andre arbejder med det. Jeg får nye ideer og inspiration og på den måde, så synes jeg faktisk, at det har været ret godt.”*

*Interviewer: ”Kan du komme med nogen eksempler på det?”*

Leder: "Altså sparring, samarbejde på tværs af landet, og at høre hvordan andre gør det. Så er det måske alligevel okay, som vi har gjort det. Det styrker lidt, at det var okay, at vi ikke rullede ud i hele kommunen. Så jeg synes også, at det er sådan en slags anerkendelse. Så det har jo været med til at give projektet den energi, der skal til for at få det ud. Det er der, hvor jeg får energien til lige at sende tovholderen den mail med, hvordan det går."

(Leder)

Som citatet illustrerer, satte denne gruppe af ledere også pris på at kunne drøfte udfordringer med andre kommunale repræsentanter og fandt det anerkendende at spejle deres udfordringer i de andre kommuners erfaringer.

Den anden og mindre gruppe af lederne var relativt kritiske over for netværksdagene. De efterlyste mere struktur i forhold til formatet og savnede et højere vidensniveau i indholdet. Lederne ville gerne have haft mere input til, hvordan de i kommunalt regi kunne måle på projektets effekt, da det kunne gøre projektet mere meningsgivende for medarbejderne. Samtidig var der også enkelte ledere, der syntes, at dagene var for lange i forhold til indholdet, og som gav udtryk for, at der gik for mange resurser tabt ved at deltage i så lange arrangementer.

Interviewer: "Hvordan synes du KL og SHKs opfølgning til projektet har været?"

Leder: "Vores forventninger var en lidt mere håndfast struktur i det opfølgende arbejde, og der har vi nok oplevet, at der var meget idéudveksling, hvor vi havde forventet at få noget mere viden puttet på, som vi kunne gå hjem og spejle vores projekttiltag i. Det kan godt være, at verden er sådan, at det ikke findes, men det havde vi egentlig troet, at det gjorde."

(Leder)

Evalueringen viser, at netværksmøderne i stor udstrækning fungerede tilfredsstillende for deltagerne, dog indikerer frafaldet til alle tre møder, at en del ledere og tovholdere ikke prioriterede møderne undervejs i implementeringen – eller ikke blev informeret herom i tide af deres øverste ledelse. Samtidig efterspurgte et par af de kommunale ledere større fleksibilitet i forhold til den geografiske og ugedagsmæssige placering af mødeafholdelsen.

Evalueringen viser, at erfaringsudvekslingen på møderne blev værdsat af et flertal af lederne, men at møderne kunne optimeres ved at supplere erfaringsudvekslingen med indlæg af mere faglig og vejledende karakter i stil med oplægget fra Center for Kliniske Retningslinjer.

#### Øvrige understøttende tiltag

Foruden netværksmøderne besøgte projektkoordinatoren fra KL samtlige kommuner og var løbende i dialog med de enkelte kommunale ledere. Hovedparten af de kommunale ledere satte pris på dialogen med projektkoordinatoren, og flere nævnte, at de følte en tydelig opbakning igennem processen. Projektkoordinatoren oprettede også en såkaldt Dialogportal, som de kommunale ledere og tovholdere fik adgang til, og hvor det var tiltænkt, at de kunne erfaringsudveksle undervejs i processen. Dialogportalen indeholdt på evalueringstidspunktet kun fem indlæg, hvoraf fire var fra KL. Således havde kun én kommune valgt at være aktiv på portalen. Flere af ledere nævnte, at de ikke havde tid til at sætte sig ind i brugen af portalen, og hovedparten havde ikke været inde og se på portalen, da de blev interviewet. Evalueringen viser, at kommunikationsfora som Dialogportalen blev opfattet som for omstændeligt i forhold til den kommunale hverdag. Materialet, som blev rundsendt, der bestod af artikler



om implementeringsprocesser – bl.a. 'The Sustainability Model' – havde også været til inspiration for enkelte af lederne, mens andre ikke havde haft tid til at læse det.

Lederne blev i forbindelse med den anden interviewrunde spurgt, om de savnede særlige støttetiltag eller havde idéer til andre måder, som KL og SHK kunne understøtte tilsvarende projekter i fremtiden. Her nævnte flere, at de savnede en bedre central koordinering af de projekter, som KL igangsætter. De kunne nævne flere eksempler på projekter, som blev søsat samtidig fra forskellige afdelinger i KL, og som kunne opleves som divergerende. Dette kunne gøre det svært at motivere medarbejderne.

*"[De burde] snakke sammen de forskellige instanser imellem, så der ikke kommer instrukser ud som næsten kolliderer med hinanden. Der er rigtig meget, som vi skal forholde os til i kommunerne. Så kommer der noget fra Sundhedsstyrelsen, så kommer der noget fra KL, så kommer der noget fra social et-eller-andet. Det er simpelthen en jungle. Det er virkelig, så folk er ved at hive håret af sig selv over, hvordan man skal få implementeret alt det uden at drukne i det. Så de også snakker med udbyderne af vores omsorgssystem, så tingene kan snakke sammen. Det kunne være rigtig dejligt, hvis tingene kunne snakke sammen."*

(Leder)

Lederne efterspurgte også større forståelse fra KLs side for den "kommunale kontekst". Nogle ledere nævnte behovet for at forstå, at den primære sektor ikke skulle kunne ligne den sekundære sektor og have samme specialiseringsgrad som sygehusene.

*"KL og SK skulle lægge sig lidt hårdere op ad en kommunal forståelse og fortolkning af evidens, så KR ikke bliver en efterligning af, hvad man gør på sygehusene, men at få skabt en klar kommunal profil af, hvad vi skal bruge KR til."*

Evalueringen viser således, at de kommunale ledere var glade for det opfølgende besøg fra KL, men de efterlyste en større forståelse af det kommunale sundhedssystem hos KL samt bedre koordinering af projekter internt i KL og med andre aktører som f.eks. Sundhedsstyrelsen.


## Kontekstuelle forhold

I dette afsnit beskrives tre gennemgående kontekstuelle forhold, som påvirkede oplevelsen af projekts egnethed til den kommunale kontekst – såkaldt *environment fit* (jf. Randall et al. 2008). Disse er 1) oplevelsen af kongruens og behov, 2) resurser og timing, og 3) den eksisterende projekt- og samarbejdskultur.

### Kongruens og behov

På tværs af kommunerne og instrukserne havde det stor betydning, hvorvidt instruksen var i overensstemmelse med eksisterende praksis eller krævede mindre justeringer i forhold til dette. På engelsk bruges begrebet *concordance*, som refererer til, hvorvidt der er lighed mellem de individuelle, professionelle og organisatoriske værdier, normer og arbejdsmetoder og det nye projekt (Guldbrandsson 2008).

I de enheder, hvor der var *concordance*, altså hvor instruksene lignede eller passede godt sammen med den eksisterende praksis, var det ofte meget lettere for medarbejderne at anvende instruksene sammenlignet med de enheder, hvor instruksene foreskrev en helt ny



praksis eller ligefrem en divergerende praksis i forhold til den eksisterende. At tage udgangspunkt i det, som medarbejderne allerede oplever som god praksis, nævnes ligeledes i en evaluering af et metodeudviklingsprojekt i ældreplejen (Thorgaard & Hougaard 2008), og det blev i nærværende evaluering fremhævet som et positivt forhold i implementeringen af rehabiliteringsinstruksen.

For at gøre en ny praksis – såsom implementering af instrukser – bæredygtig er det dog ikke nok, at den passer med den eksisterende praksis. Det er også helt centralt, at medarbejderne oplever, at der er et behov for indsatsen. Projektet skal således tilføje noget nyt, som tydeligt for medarbejderne kan skabe en positiv forandring (Clark 2008, Durlak & DuPre 2008, Guldbbrandsson 2008,) Medarbejderne var derfor optaget af at vurdere, om projektet kunne give værdi i deres arbejde. Hvis ikke relevansen af instruksen var tydelig for medarbejderne, påvirkede det deres vurdering af instruksen og dermed også deres motivation for at implementere den i praksis. Som en sygeplejerske forklarede: *”Man skal se en mening med det, jeg ser ingen mening med det”*.

Fokusgruppeinterviewene viste tillige, at usikkerhed omkring projektets formål fik en negativ indflydelse på medarbejdernes engagement. For at forankre og fastholde brugen af ny praksis, såsom instrukser, skal indsatsen dels give mening og adskille sig fra eksisterende praksisser, dels skal der kollektivt skabes og knyttes en meningsfuld betydning til den nye praksis (May & Finch 2009).

En dansk undersøgelse har vist, at deltagernes oplevelse af indflydelse på en intervention er vigtig for deres lyst til at deltage heri (Nielsen et al. 2007). Evalueringen viser, at der var en lignende tendens blandt de medarbejdere, der var begejstrede for instrukserne. De medarbejdere, der oplevede, at de havde mulighed for at påvirke indholdet af instrukserne, gav udtryk for en større interesse og dedikation over for projektet end medarbejdere, som ikke oplevede dette, eller for hvem formålet med instruksen ikke var tydelig. En ergoterapeut begrundede sit engagement således:

*”Vi skal selv lave retningslinjen. Vi kan selv afprøve det, så vi prøver noget forskelligt af for at finde ud af, hvad der fungerer bedst i praksis, og det, synes jeg, er mega fedt. [...] Jeg synes, det er rigtig sjovt at få lov at tage sine egne erfaringer med, for så giver det mening.”*

*(Ergoterapeut)*

Dette citat understreger betydningen af at kunne tilpasse instrukserne til konteksten for at blive i stand til at integrere dem i de daglige arbejdsrutiner (May 2013, May & Finch 2009).

Det kan således konstateres, at et af de mest centrale forhold for implementeringen af instrukserne var medarbejdernes vurdering af projektet. En positiv vurdering af projektet var afhængig af, om det var tydeligt for medarbejderne, at instrukserne opfyldte et behov, om de passede sammen med de eksisterende arbejdsrutiner, samt om medarbejderne oplevede, at de havde indflydelse på indholdet af instrukserne.

### **Resurser og timing**

I samtlige kommuner og på samtlige implementeringsenheder blev mængden af nye tiltag fremhævet som en udfordring for implementeringen både fra medarbejdernes og ledelsens side. Implementeringen af instrukserne faldt ofte sammen med andre projekter, som kon-

kurrerede om medarbejdere og lederes opmærksomhed. Nogle projekter var igangsat fra lokalt hold andre fra nationalt hold såsom f.eks. Sundhedsstyrelsen eller KL. Manglen på tid til at udføre de ekstra opgaver, som følger i kølvandet på nye indsatser, blev fremhævet som et dilemma for medarbejderne. En sygeplejerske beskrev sine oplevelser således: *”der går nærmest ikke en uge, hvor der ikke kommer noget nyt, vi skal gøre eller huske at krydse af, skrive eller notere. Ja, og så er det måske dér, at man tænker [sukker dybt] – ja, dybt suk, ikke.”*

En større del af medarbejderne gav udtryk for en vis projekttræthed. Undersøgelser beskriver, at dette kan skyldes, at medarbejderne ikke har fået en klar opfattelse af hvilke forbedringer, der er i sigte, og medarbejderne oplever, at projektet tager ressourcer fra den egentlige pleje af borgeren (Clarck 2008, Thorgaard & Hougaard 2008).

*”Jeg synes, man er nødt til at stikke fingere lidt mere i jorden – og set ud fra en pragmatisk synsvinkel – se på, hvad giver værdi. Det, synes jeg, man skal spørge sig selv meget grundigt om, er, hvad giver værdi for borgeren. Med den viden, at kommunerne er så forskellige, hvad er det så, vi kan gøre for, at mange borgere får værdi ud af de her initiativer. De ressourcer, vi bruger på at snakke om implementeringen, de kan kun tages ét sted fra, og det er fra tid til borgeren. Det vil sige, vi skal tage noget andet fra borgeren, som de måske også har brug for. Så man skal virkelig overveje meget; hvad giver det af reel værdi for borgeren.”*


(Leder)

Projekttrætheden hænger sammen med ledernes og medarbejdernes oplevelse af, i hvilken udstrækning instrukserne opfylder et konkret behov, som har reel værdi for borgeren og dermed giver mening. I litteraturen om implementering af nye metoder er det beskrevet, at problemet, som metoden forventer at løse, skal vægtes højere end omkostningerne ved implementeringen (Guldbrandsson 2008). Det vil sige, at omkostningerne ved at igangsætte en ny metode ikke må opfattes som mere omfattende end udbyttet af projektet. Evalueringen viser, at det langt fra var alle medarbejdere og ledere, der på evalueringstidspunktet vurderede at udbyttet af instrukserne modsvarede arbejdsindsatsen.

En større forståelse for timing blev også efterspurgt blandt medarbejderne. Potentialet i at sammentænke projekter og *time* dem, så implementeringen foregik samtidig – og projekterne dermed hang sammen – blev fremhævet som et positivt forhold for implementeringen. I visse tilfælde tog ledelsens initiativ til at skabe synergieffekt ved at koble projekter sammen med implementeringen. For eksempel blev der på et par implementeringsenheder skabt en sammenhæng mellem et triageringsprojekt og Barthel-skemaet. Det var dog ikke altid, at det var muligt at kombinere projekter, hvilket også fik konsekvenser for implementeringen.

*”Projektet var puljeafhængigt, og de kunne derfor ikke være fleksible, for de havde simpelt hen nogle meget stramme deadlines, så der var ikke noget at hente. Det, synes vi, var rigtig ærgerligt. Vi tænkte, der kunne være en sammenhæng i det, for det er den samme indsats, vi taler om, men bare igangsat fra to forskellige steder. Det er bare rigtig ærgerligt, at det ikke er koordineret. Der bliver et kæmpe dobbeltforbrug af ressourcer.”*

(Leder)



Evalueringen viser således, at det har en positiv virkning på implementeringen, når der skabes sammenhæng med andre eller eksisterende projekter. Et andet væsentligt forhold er, at der tillades en vis fleksibilitet i tilrettelæggelsen, sådan at implementeringen kan times bedst muligt i forhold til andre projekter og på den måde mindske projektrætheden blandt medarbejderne.

### **Eksisterende projekt- og samarbejdskultur**

Den eksisterende projekt- og samarbejdskultur kunne både fremme og udfordre implementeringen af instrukserne, men blev nogle steder også forandret af implementeringen. Den eksisterende projektkultur vedrører ledere og medarbejderes generelle erfaring med at implementere og fastholde nye tiltag. Tidligere projekter, der havde affødt dårligere erfaringer for medarbejderne, kunne bevirke, at medarbejderne var mindre motiverede for at bidrage til implementeringen af instrukserne.

*Lederen forklarer, at det tager tid at implementere, og at der derfor godt kan være lidt modstand blandt medarbejderne og lederne mod nye projekter, fordi man tidligere har oplevet, at det kort tid efter bliver fjernet igen, og så har man jo spildt tid på at implementere det.*

*(Feltnoter fra observationsdag)*

Andre forhold, der kunne besværliggøre implementeringen, kunne være informering af medarbejderne i den ledelsesmæssige projektorganisering. Det vil sige, at selve organiseringen af implementeringen alene foregik på ledelsesniveau uden involvering og informering af medarbejderne. I en kommune havde man lavet oversigter over samarbejdsgange i forbindelse med implementeringen, men disse var ikke formidlet til medarbejderne, så medarbejderne havde ikke overblik over samarbejdsgangene på samme måde som lederne.

I flere kommuner efterspurgte medarbejderne en klar struktur for, hvordan projekter blev igangsat, fulgt op på og evalueret. Evalueringen viser, at det ofte ikke var klart, hvordan projekter skulle fastholdes og følges op. Når medarbejderne havde oplevet dette flere gange, blev det sværere at tage nye projekter alvorligt, fordi de havde erfaringer med, at projektets fremtid var usikker. For at sikre medarbejdernes motivation og opmærksomhed for et nyt projekt kan det være nødvendigt at etablere en fast ramme for, hvordan man på de enkelte enheder arbejder med projekter – herunder følger op og evaluerer løbende i projektførelsen.

Den eksisterende samarbejdskultur fik også betydning for samarbejdet i implementeringen af instruksen. Generelt var der på samtlige implementeringsenheder en form for tværfagligt samarbejde og samarbejde på tværs af sektorer – f.eks. mellem visitationen og hjemmeplejen. Visitationen spillede en afgørende rolle for de hjemmeplejeydelser, der blev igangsat, og for de faggrupper, der blev inddraget i det tværfaglige samarbejde omkring borgerne.

Det eksisterende samarbejde på enhederne på tværs af faggrupperne bestod typisk i møder omkring borgerne. Til disse møder blev implementeringen af instruksen også taget op. Generelt var det ikke medarbejdernes opfattelse, at instrukserne havde medført nye tværfaglige samarbejder. Langt de fleste steder var medarbejderne vant til at samarbejde med kollegaer fra andre faggrupper end deres egen, og de vurderede ikke, at de på baggrund af instruksen havde ændret karakteren af dette samarbejde. Et flertal vurderede, at implementeringen faldt ind under det eksisterende interne samarbejde. Det vil sige, at implementeringen

gen blev påvirket af karakteren af den eksisterende samarbejdskultur. Som en SSA forklarede: *"I vores hverdag er vi vant til at samarbejde, så det har ikke ændret på det store i samarbejdet. Det ryger lidt ind under en rutine, vi allerede har, hvor vi mødes på tværs af faggrupper."*

Evalueringen viser dog også, at det tværfaglige arbejde på nogle enheder blev udfordret og fornyet af arbejdet med instrukserne. Udfordringen var relateret til de forskellige professionsbetingede arbejdsmåder og arbejdsvilkår. En sygeplejerske pegede på, at SSH arbejder på en helt anden måde end sygeplejerskerne. Hun sagde: *"Vi har meget fleksible arbejdsforhold, hvor hjemmehjælperne har minutt tyranni. De har visiterede besøg på 3 minutter, hvem pokker kan lige nå det?"* For nogle faggrupper var det en udfordring at skulle give afkald på arbejdsopgaver til andre grupper eller tilegne sig et andet professionsbaseret værdi- og forståelsesgrundlag, end det man var vant til. Som en sygeplejerske påpegede, var det *"svært ikke at skulle følge sin sygeplejefaglige-indgangsvinkel"*. Eller som en ergoterapeut udtrykte det: *"De [SSA/SSH] skal indlære vores måde at arbejde på, og terapeuterne skal lære at give ansvar fra sig og videregive viden på en god måde til hjemmeplejen."*

I enkelte kommuner oplevede nogle af medarbejderne, at implementeringen øgede deres samarbejde med andre faggrupper, f.eks. mellem sygeplejersker og terapeuter eller mellem terapeuter og SSA/SSH, og på den måde styrkede det tværfaglige samarbejde. Det kunne f.eks. bestå i, at ergoterapeuterne begyndte at arbejde tættere sammen med hjemmeplejen. En sygeplejerske beskrev det således: *"Man har fået øjnene op for, hvad man kan bruge hinanden til. Der er lidt mere synergi i samarbejdet nu."* De tværfaglige diskussioner, som kunne opstå, skabte større indsigt i og forståelse for forskellige medarbejders faglighed, og f.eks. bidrog diskussioner af begreber positivt til, at medarbejderne på tværs af faggrænser *"i højere grad snakker samme sprog"*.

I et par kommuner affødte implementeringen nye samarbejdsformater, som ikke tidligere havde eksisteret. Det var særligt i forbindelse med implementeringen af instruksen for hverdagsrehabilitering, at der var blevet igangsat nye samarbejder mellem hjemmepleje, rehabiliteringsterapeuter og visitationen i form af tværfaglige konferencer, hvor borgernes mål, indsatser og opgavefordeling blev drøftet. I forbindelse med denne instruks oplevede især terapeuterne, at de skulle arbejde tættere sammen med plejepersonalet og sygeplejersker. En ergoterapeut beskriver sit samarbejde med SSA og SSH således: *"Det nye er, at jeg skal være mere pædagogisk over for plejepersonalet, hvor jeg tidligere har arbejdet meget selvstændigt. Det bliver lidt mere instruktør [retter sig selv] – eller samarbejde-agtigt."*

Evalueringen peger således på, at medarbejdernes erfaring med implementeringen af andre projekter har en væsentlig betydning for deres indstilling til implementeringen af instrukser. Organiseringen af implementeringen skal være tydelig for medarbejderne, da det sætter rammen for deres motivation. Den eksisterende samarbejdskultur spiller også en central rolle for implementeringen og kan bidrage positivt til implementeringen, men også være et forhold af mere negativ betydning, hvis samarbejdet ikke fungerer godt. I forlængelse heraf viser vores evaluering, at implementeringen kan give anledning til nye samarbejdsformater på tværs af såvel faggrupper som enheder.

### 3. Erfaringer med implementering af de fire instrukser

I dette kapitel præsenteres de evalueringsresultater, der er specifikke for hver af de fire instrukser. Hvert afsnit indledes med en beskrivelse af, hvordan og i hvilket omfang den pågældende instruks er blevet implementeret af de deltagende kommuner. Derefter beskrives det, hvilke introduktions- og forankringsaktiviteter der er blevet iværksat, hvordan instruksen konkret er blevet brugt i praksis, hvordan medarbejdere og ledere vurderer instruksen, samt hvilke kontekstuelle forhold der har haft betydning for implementeringen af instruksen.

Kapitlet dokumenterer således implementeringen af de enkelte instrukser og identificerer de specifikke forhold, der har betydning for implementeringen. Kapitlet kan anvendes til opslag, og afsnittene om de enkelte instrukser kan læses uafhængigt af hinanden af personer med særlig interesse for de pågældende områder.

#### 3.1 Instruksen for palliation

Instruksen for *tidlig identificering af behov for palliativ indsats* blev implementeret i tre kommuner, dog afdækker evalueringen kun forløbene i to kommuner. Dette skyldes, at den sidste kommune ikke kunne afsætte resurser til at deltage i observationer eller fokusgruppeinterview. I de to deltagende kommuner blev instruksen implementeret i to hjemmeplejeenheder. To plejecentre var også blevet udpeget til at deltage i projektet, men ingen af centrene havde på evalueringstidspunktet anvendt instruksen – det ene center fordi borgere inden for målgruppen var for dårlige til at deltage (primært borgere med senhjerneskade) – det andet center på grund af manglende medarbejderresurser.

Tabel 2: Oversigt over valgte implementeringsenheder og faggrupper fordelt per kommune

	Implementeringsenhed	Faggruppe
Kommune A	Hjemmepleje	Palliationssygeplejerske
	Plejecenter	Sygeplejerske
Kommune B	Hjemmepleje	Hjemmesygeplejersker
Kommune C	Hjemmepleje	Palliationssygeplejersker
	Plejecenter	Sygeplejerske

Instruksen henvender sig til sundhedsprofessionelle i bred forstand, men blev kun anvendt af hjemmesygeplejersker som alle på nær en havde specialviden i palliation. Målgruppen for instruksen er borgere fra 65 år og opefter med livstruende kræft, KOL og/eller hjertesvigt. I instruksen angiver handlingsanvisningen, at alle borgere inden for målgruppen ved første kontakt med den sundhedsprofessionelle, efter udskrivelse fra sygehus, flytning til plejebolig eller ved forværret tilstand, skal præsenteres for og tilbydes EORTC-skemaet med henblik på at identificere borgerens eventuelle palliative behov. Borgeren skal selv udfylde skemaet, som efterfølgende analyseres af en sundhedsprofessionel for en vurdering af indsatser. Drøftelse af den videre indsats skal ske i samarbejde med borgeren og eventuelt pårørende, egen læge, klinisk diætist, præst eller andre. Handlingerne skal dokumenteres i henhold til kommunens egne retningslinjer.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Instruksen for tidlig identificering af behov for palliativ indsats.





## Introduktions- og forankringsaktiviteter


I begge kommuner blev sygeplejerskerne introduceret til projektet ved et møde med den kommunale tovholder. I den ene kommune var det primært en sygeplejerske, der implementerede instruksens, mens det i den anden kommune var en mindre gruppe af palliations-sygeplejersker, hvoraf den ene deltog i møder med tovholderen og den lokale leder, som sammen udgjorde en form for projektgruppe. I sidstnævnte kommune var instruksens kun blevet brugt få gange, mens den anden kommune havde brugt instruksens omkring ti gange på evalueringstidspunktet.

I begge kommuner havde man i modsætning til instruksens forskrift valgt ikke at udfylde den lokale handleanvisning. Dette blev begrundet med, at man gerne ville afprøve den generiske instruks – herunder EORTC-skemaet – inden man udviklede de lokale handleanvisninger. Dette kan eventuelt være udtryk for, sådan som vi så i forbindelse med implementeringen af de andre instrukser, at lederne ikke ville igangsætte udviklingen af lokale handleplaner, før de var sikre på, at indsatsen skulle fortsætte efter endt projektperiode.

Forankringsaktiviteterne bestod i begge kommuner af mødeafholdelse – det ene sted kun enkelte sporadiske møder, mens det andet sted afholdt faste møder, hvor medarbejderne blev indkaldt sammen med den lokale tovholder. På møderne diskuterede medarbejdere, leder og tovholder organiseringen af projektet og de udfordringer, medarbejderne oplevede. Der blev ikke undervist i instruksens eller EORTC-skemaet, da alle medarbejdere kendte skemaet i forvejen. På de faste møder blev palliations-sygeplejerskerne informeret om, hvordan de skulle udlevere skemaet til borgeren. I samme kommune introducerede palliations-sygeplejerskerne skemaet og brugen heri i til deres sygeplejerskekollegaer ved et enkelt personalemøde. Dog havde ingen af disse sygeplejersker anvendt skemaet på evalueringstidspunktet. Der blev ikke angivet en særlig årsag hertil, men palliations-sygeplejerskerne understregede, at der var behov for yderligere opmærksomhed og undervisning i skemaet, så det kunne blive taget i brug mere bredt blandt deres kollegaer.

I begge kommuner vurderede medarbejderne introduktions- og forankringsaktiviteter som mangelfulde. Alle medarbejdere var både nysgerrige og motiverede over for det nye projekt, men blev tidligt i forløbet forvirrede og usikre på projektets formål og karakter. De efterlyste en klarere introduktion til formålet med instruksens og en afklaring på, om det var en afprøvning eller implementering. Som en palliations-sygeplejerske forklarede: *"Hvis jeg kan se formålet med tingene, så kan jeg køre derud af. Hvis ikke jeg kan se formålet, så begynder klodserne at bremse, og det er det, jeg tror, at der er sket."* Særligt meningen med projektet var uklart for medarbejderne, og det fik indflydelse på deres motivation for at implementere.

I begge kommuner var det meningen, at en af palliations-sygeplejerskerne skulle med til det indledende kick-off møde, men grundet sen videreformidling af invitationen til medarbejderne var dette ikke muligt. Alle medarbejderne efterlyste ledelsesinvolvering og en tydelig implementeringstilgang. Savnet heraf skabte usikkerhed omkring arbejdsgangene – f.eks. hvor meget tid de skulle sætte af hos borgeren i forhold til at udfylde skemaet. Ingen af medarbejderne erindrede, at de havde set KR eller instruksens, i stedet var det blevet prioriteret, at de skulle anvende EORTC-skemaet i praksis. Dette påvirkede sygeplejerskernes opfattelse af projektet negativt, sådan som en udtrykte: *"Så havde jeg et møde med min leder, og der kom han med noget materiale, men lagde op til, at det skulle jeg egentlig ikke læse – 'du skal bare prøve det her [EORTC-skemaet] af'."*



Der var således to centrale forhold, der fik en negativ betydning for implementeringen. Det ene var manglende viden om og introduktion til projektets karakter og formål, og det andet ledelsens organisering og styring af projektet, som medarbejderne opfattede som mangelfuld.

### **Brug af instruks i praksis**

Da der ikke blev udarbejdet en lokal handlingsanvisning til instruks, blev brugen af instruks i praksis aftalt mundtligt mellem medarbejderne, tovholderen og den lokale leder. Den konkrete brug af instruks foregik ved, at palliationssygeplejerskerne tog EORTC-skemaet med ud til borgeren ved deres regulære borgerbesøg og enten udfyldte det sammen med borgeren eller lod det ligge til den efterfølgende besøgsgang. Skemaerne blev udfyldt og opbevaret i papirformat, og hvis der var behov for ydelser, blev der oprettet et fokusområde i borgerens elektroniske journal med advis til relevante samarbejdspartnere f.eks. egen læge eller visitationen. Dette blev dog kun igangsat i få tilfælde, da palliationssygeplejerskerne ofte vurderede, at skemaet ikke gav anledning til flere eller andre indsatser end dem, der allerede blev givet. En sygeplejerske forklarede årsagen sådan: *”Mange af dem [borgere] vi kommer hos, der har vi allerede fundet ud af, hvor der er nogle problemer, så måske skal borgerne have det [EORTC-skemaet] på et meget tidligere tidspunkt, hvor de ikke er tilknyttet hjemmeplejen.”*

Evalueringen viser, at instruks ikke blev anvendt konsekvent ved alle borgere inden for målgruppen. Det var der flere årsager til. En årsag var, at mange af oplysningerne i skemaet allerede blev dækket andetsteds (f.eks. i andre skemaer), og at skemaet derfor blev oplevet som overflødig. En anden årsag, som citatet oven for illustrerer, var, at palliationssygeplejerskerne oplevede formålet om ’tidlig identificering af palliative behov’ som uklart, fordi de ikke mente, at de havde mulighed for at opspore borgernes behov tidligere, end de gjorde i forvejen. Det fik medarbejderne til at overveje, om hjemmesygeplejen var det relevante sted at implementere instruks. Dette har man eksempelvis gjort i Nyborg Kommune i forbindelse med et kommunalt palliationsprojekt, hvor hjemmeplejepersonalet anvendte et opsporingskema, der var udviklet til formålet (Raunkiær 2013). En tredje årsag var, at der ved nye borgere i hjemmeplejen er mange forhold, der skal afdækkes, og det blev derfor blandt nogle af palliationssygeplejerskerne vurderet som en belastning for borgeren med endnu et skema. Palliationssygeplejerskerne forklarede, at de udvalgte de borgere, som de ville afprøve skemaet på. En fjerde årsag var, at palliationssygeplejerskerne var afhængige af, at andre samarbejdspartnere (f.eks. hjemmeplejen, visitationen, palliative teams) gjorde opmærksom på relevante borgere, fordi de ikke automatisk møder borgere inden for målgruppen. I den ene kommune havde en palliationssygeplejerske derfor sendt information ud til visitationen, forebyggelseskonsulenter, hjemmesygeplejen og den øvrige del af hjemmeplejen. Det havde dog ikke resulteret i nogen henvisning af borgere. Det var særligt en udfordring at identificere hjerte- og KOL-borgere, da deres forløb i sundhedssystemet er forskelligt fra kræftramte borgere.

### **Medarbejdere og leders vurdering af instruks**

På trods af den begrænsede brug af skemaet viser fokusgruppeinterviewene, at medarbejdere og ledere generelt var positivt indstillet over for rationalet bag udviklingen af KR og instrukser og intentionen om at sikre en ensartet kvalitet. At anvende samme instruks – EORTC-skemaet – tværsektorielt, på tværs af faggrupper og i hele landet, blev fremhævet



som potentielt fremmende for samarbejdet mellem primær og sekundær sektor, hvilket er illustreret neden for.

*Sygeplejersken mener, at de generelt bruger meget tid på dokumentation, men hun ser samtidig skemaet som en form for tjekliste, der sørger for, at man kommer hele vejen rundt om borgeren, og som letter dokumentationen, for så behøver man kun at sætte kryds, og så er man fri for at skrive så meget. Det er vigtigt med præcis information og overlevering til kollegaer, og det mener sygeplejersken, at skemaet kan gøre lettere, for så taler faggrupperne samme sprog – ”kort og præcist.”*

*(Feltnoter fra observationsdag)*

Instruksens fokus på borgerens perspektiv blev fremhævet, fordi de fleste andre screeningsredskaber udfyldes af de social- og sundhedsfaglige medarbejdere. Dermed mente medarbejderne, at instruksens tilføjelse et nyt perspektiv. Instruksen blev også betragtet som et vigtigt redskab til at sikre, at man kommer rundt om alle opmærksomhedsområder hos borgeren – særligt områder som livskvalitet og psykisk velbefindende, der kan være svære at tale om. Medarbejderne mødte positive reaktioner fra borgere, som havde udfyldt skemaet. For nogle borgere oplevedes det som anerkendende at blive bedt om egen vurdering af velbefindende og livssituation. Derudover vurderede medarbejderne, at EORTC-skemaet gav anledning til at tale med borgeren om dennes generelle trivsel, hvilket ansås som vigtigt, da der generelt er mest fokus på borgerens fysiske symptomer. Enkelte borgere opfattede dog skemaet som en belastning, da de grundet deres sygdom ikke havde overskud til at udfylde det. Lignende fund fremhæves i en nylig evaluering af et palliationsprojekt i Nyborg Kommune (Raunkiær 2013).

Medarbejdernes vurdering af instruksen var dog ikke udelukkende positiv og i begge kommuner efterspurgte sygeplejerskerne en klar definition af ’tidlig opsporing’ i instruksen. Den manglende definition gjorde det svært for sygeplejerskerne at se formålet med instruksen i forhold til deres egen rolle i hjemmeplejen. Flere opfattede det som mere relevant at inddrage SSA og SSH i hjemmeplejen og på plejecentre, hvis det drejede sig om tidligere opsporing i forhold til borgerens palliative forløb. Denne usikkerhed på instruksens formål kan eventuelt hænge sammen med, at EORTC-skemaet oprindeligt blev udviklet til at måle symptombyrde hos kræftpatienter i de sene palliative forløb og er således ikke i udgangspunktet beregnet til ’tidlig opsporing’ eller valideret til borgere med KOL og hjertesvigt, hvis forløb adskiller sig fra borgere med kræft (Sundhedsstyrelsen 2011).

I begge kommuner blev målgruppen for instruksen fremhævet som forhold af negativ betydning for instruksens anvendelighed. Medarbejderne mente, at målgruppen var for snæver i forhold til den gruppe af palliative borgere, som de er i kontakt med. De ønskede således at udvide målgruppen, så palliative borgere under 65 år kunne inkluderes og borgere med komplekse sygdomsforløb – f.eks. borgere med sygdomme som Parkinson.

Evalueringen viser, at der overordnet er to sygeplejefaglige tilgange. Der er de sygeplejersker, der trives med at løse meget konkrete opgaver, og de sygeplejersker, der både trives med konkrete og mere trivselsrelaterede opgaver. Førstnævnte kunne således have sværere ved at arbejde med instruksen, idet den sætter fokus på mere følsomme emner såsom livskvalitet. Som en medarbejder udtrykte: *”Så bliver borgeren jo ked af det, og så bliver jeg også ked af det.”* Samme medarbejder gav også udtryk for, at vedkommende havde svært

ved at vurdere, hvornår borgerens trivselsproblemer var indsatskrævende. Forskellighed blandt sygeplejerskernes tilgange må derfor vurderes som et forhold, der har betydning for brugen af EORTC-skemaet og dermed implementeringen af instruksens.

Ingen af palliationssygeplejerskerne mente, at det havde haft indflydelse på deres faglighed at arbejde med instruksens, og flere nævnte, at de allerede dækkede flere af områderne i kraft af deres specialistfaglighed som palliationssygeplejerske. De mente heller ikke, at instruksens havde medført flere ydelser for borgerne.

### Kontekstuelle forhold

Implementeringen af instruksens blev foruden ovennævnte forhold også påvirket af lokale forhold i de to kommuner. Opsporing af relevante borgere blev fremhævet som en udfordring i den ene kommune, fordi udveksling af viden mellem de forskellige samarbejdspartnere ikke altid fungerede optimalt. Dette skyldtes blandt andet, at hjemmesygeplejerskerne var placeret fysisk et andet sted end samarbejdspartnerne – f.eks. hjemmeplejen og visitationen. Meget vidensudveksling foregik derfor ad hoc, når faggrupperne mødtes ude ved en borger. Palliationssygeplejerskerne i begge kommuner påpegede, at der var et kontekstuel mismatch mellem instruksens formål og deres rolle, og de mente, at den tidlige opsporing burde foregå i hjemmeplejeregiet.


## 3.2 Instruksens for udredning og forebyggelse af indlæggelser

Instruksens for *Udredning og forebyggelse af indlæggelser* blev implementeret i fire kommuner. I tre af kommunerne foregik implementeringen på udvalgte enheder – tre plejecentre, et hjemmeplejedistrikt og et genoptræningscenter. Den fjerde kommune valgte at implementere i hele kommunen, men på evalueringstidspunktet var instruksens endnu ikke taget i brug grundet manglende relevante borgere.

Tabel 3: Oversigt over valgte implementeringsenheder og faggrupper fordelt per kommune

	Implementeringsenhed	Faggruppe
Kommune A	Plejecenter Genoptræningscenter	Sygeplejersker Fysioterapeuter/Ergoterapeuter SSA/SSH
Kommune B	Plejecenter	Sygeplejerske Ergoterapeut SSA/SSH
Kommune C	Plejecenter Hjemmepleje	Sygeplejersker Fysioterapeuter/Ergoterapeuter SSA/SSH
Kommune D	Plejecentre Hjemmepleje Genoptræningscentre	Sygeplejersker Fysioterapeuter/Ergoterapeuter SSA/SSH

Formålet med instruksens er at identificere et pludseligt fald i funktionsevnen hos ældre medicinske borgere fra 65 år og opefter med risiko for indlæggelse på grund af luftvejsinfektion. Faldet skal identificeres ved at benytte screeningsredskabet Barthel 20 eller Barthel 100, og ved at sammenholde med en tidligere Barthel-score for borgerens funktionsniveau. Ved mistanke om pludselig nedsat funktionsevne tjekkes den tidligere score og er funktionsevnen nedsat i forhold til tidligere, foretages en ny score af sundhedsprofessionelle med træ-



ning heri. Er scoren lavere end tidligere, laves en udredning efter den lokale handlingsanvisning. Alt dokumenteres i det elektroniske omsorgssystem.

Instruksen henvender sig til sundhedsprofessionelle i bred forstand, men det understreges i instruksen, at de mest nøjagtige resultater opnås med sundhedsprofessionelle, der har modtaget træning.<sup>8</sup> I tre af kommunerne var det sygeplejersker, ergoterapeuter, fysioterapeuter, SSA og SSH, der var med til at udfylde skemaet. På én implementeringsenhed og i den fjerde kommune var det kun sygeplejersker og ergoterapeuter, der udfyldte skemaet, mens SSA og SSH bidrog med information om borgeren. Dette valg skyldtes, at man på enheden allerede brugte et mere let tilgængeligt funktionsvurderingsskema blandt SSA og SSH. I den fjerde kommune var det planen at undervise SSA og SSH i brugen af Barthel.

### **Introduktions- og forankringsaktiviteter**

I tre af kommunerne blev implementeringen organiseret med en styregruppe, projektgruppe og/eller arbejdsgruppe, mens der i én kommune blot blev nedsat en lokal projektgruppe på implementeringsenheden. De udvalgte medarbejderne blev i alle fire kommuner introduceret til projektet af lokale ledere/udviklingskonsulenter.


På trods af den formelle projektstyringstilgang efterspurgte medarbejderne i to kommuner stadig mere viden om projektets organisering, tidsplan og deres rolle i arbejdsgrupperne. Manglende introduktion til opgaven i arbejdsgruppen gjorde det vanskeligt for disse medarbejdere "at sælge" projektet til deres kollegaer og dermed skabe interesse for projektet. I de to andre kommuner var medarbejderne tilfredse med introduktionen, hvilket primært skyldtes, at de var i tæt dialog med den lokale leder om processen fra start af – for en enkelt kommunes vedkommende fik medarbejderne tilmed lejlighed til at deltage i kick-off arrangementet i KL.

I alle fire kommuner blev de lokale handlingsanvisninger i instruksen udviklet i arbejdsgruppen – med godkendelse fra styregruppen eller den lokale leder. Dette arbejde var i to af kommunerne en koordinationsmæssig udfordring for medarbejderne, idet det involverede samarbejde på tværs af enheder og faggrupper i arbejdsgrupperne. Ikke desto mindre blev de tværfaglige diskussioner af begreber og faglig tilgange, som opstod i grupperne, fremhævet som noget positivt, der havde skabt større forståelse og interesse for forskellige medarbejders faglighed – særligt mellem sygeplejersker og ergoterapeuter.

Information om projektet til de medarbejdere, som ikke var en del af arbejds- eller projektgruppen, foregik enten på personalemøder på de lokale enheder eller ved større organiserede møder, hvilket var tilfældet i to af kommunerne. I tre af kommunerne modtog medarbejderne undervisning i at bruge instruksen, i den sidste kommune var undervisningen af SSA og SSH medarbejderne planlagt, men ikke gennemført på evalueringstidspunktet. I to af kommunerne var undervisningen tilrettelagt med afsæt i en praksisnær og dialogbaseret tilgang med fokus på *learning-by-doing* metoden, hvor den ene blev gennemført som side-mands-oplæring for SSA og SSH ledet af en sygeplejerske og en ergoterapeut, og den anden blev gennemført med praktiske øvelser for ergoterapeuter, sygeplejersker og SSA/SSH.

---

<sup>8</sup> Instruksen for Udredning og forebyggelse af indlæggelser.



Undervisningen blev generelt modtaget positivt af medarbejderne, og der blev lagt vægt på, at der var plads til tværfaglige diskussioner af begreber og forståelser relateret til Barthel-skemaet med henblik på at sikre en ensartet screening. Ligeledes blev praktiske øvelser fremhævet. I den tredje kommune blev sygeplejersker, terapeuter og gruppeledere for SSH og SSA introduceret til projektet på to stormøder, hvor de andre instrukser, som kommunen implementerede, også blev præsenteret. På stormøderne blev medarbejderne informeret, dels om det konkrete projekt, de enkelte KR og afledte instrukser, dels om det at arbejde evidensbaseret og at forandre praksis. På disse møder blev tovholderne dog mødt med modstand fra medarbejderne, der ikke oplevede, at de fik svar på deres spørgsmål om, hvorfor de skulle være med, og hvorfor det var relevant. En medarbejder fortæller således om sine oplevelser fra introduktionsmødet: *"Det var simpelthen så dårligt, for vi vidste jo ikke, hvad Barthel var. Så mens de [tovholderne] snakkede, så kunne vi bare sidde og tænke, 'hva' pokker er Barthel så lige?'"*


Forankringsaktiviteterne i de fire kommuner bestod således dels af mødeafholdelse i de forskellige styre-, projekt- og/eller arbejdsgrupper og af undervisning og/eller oplæring for de øvrige medarbejdere i at bruge instruksens. I tre af kommunerne efterspurgte medarbejderne generelt en grundigere introduktion til projektet og formålet hermed. I en af disse kommuner blev det desuden fremhævet som problematisk, at SSH ikke var blevet inviteret med til introduktionsmøderne. Medarbejderne både i og uden for projekt- og arbejdsgrupperne vurderede, at deres motivation over for projektet var afhængig af den introduktion, de havde fået. Som en SSA forklarede: *"Vi som assistenter og sygeplejersker kan sagtens sidde og udfylde de her skemaer, men hvad hjælper det, hvis ikke hjælperne er introduceret til det, for så kan de ikke lave opfølgning på det."*

## **Brug af instruksens i praksis**

Tre ud af de fire kommuner havde anvendt instruksens på evalueringstidspunktet. På tre plejecentre og et genoptræningscenter valgte man at Barthel-score samtlige borgere, da instruksens forudsætter, at der ligger en baselinescore. I hjemmeplejen i den tredje kommune var der på evalueringstidspunktet ikke blevet Barthel-scoret nogen borgere. I modsætning til centrene var det her visitationens opgave at opspore og advisere hjemmeplejepersonalet (SSA) om at lave en Barthel-score på en borger. Da der ikke var blevet opsporet relevante borgere, var instruksens ikke taget i brug. Dette kan hænge sammen med, at der kan være længere mellem borgere inden for denne målgruppe i hjemmeplejen end på plejecentrene.

I den fjerde kommune var instruksens endnu ikke taget i brug på evalueringstidspunktet grundet manglende relevante borgere. I hjemmeplejen i den fjerde kommune var det planlagt, at SSA og SSH skulle kontakte hjemmesygeplejerskerne, hvis de identificerede et pludseligt funktionstab hos en borger, og hjemmesygeplejersken derefter skulle lave en Barthel-score på borgeren og oprette en handleplan i borgerens journal. Dette stemte overens med den eksisterende praksis, og det var således kun brugen af Barthel-skemaet, der var ny procedure.

På to af plejecentrene blev Barthel-skemaet udfyldt ved computeren. På det ene plejecenter var skemaet lagt ind i det elektroniske dokumentationssystem, mens det andet plejecenter lagde scoren ind manuelt i borgerens elektroniske journal. På det tredje plejecenter og på genoptræningscenteret blev skemaet udfyldt i papirformat og sat ind i en mappe.



På de sidstnævnte enheder blev skemaerne drøftet med borgeren (og eventuelle pårørende) på et møde ved indflytning. På genoptræningscenteret var det planen at lave en ny score, når borgeren fraflyttede centeret, så man kunne se, om der var sket en forbedring i borgere-ns tilstand efter opholdet. På den måde blev Barthel-skemaet anvendt til at måle ændrin-ger i funktionsniveau fra indlæggelse til udskrivelse, hvilket adskiller sig lidt fra det, der er foreskrevet i instruksen.

På de tre plejecentre havde ledelsen og projektgrupperne gjort sig flere overvejelser over sammenhængen mellem Barthel-skemaet og de eksisterende redskaber, som benyttedes. I en kommune blev Barthel-skemaet f.eks. brugt sammen med et funktionsvurderingsredskab, der var blevet udviklet af MEDCOM for KL, men som til forskel fra instruksen ikke byggede på evidens. I to andre kommuner blev Barthel-skemaet brugt sammen med kommunale projekter omkring triagering. Det så man i den ene kommune som en force, mens man i den anden kommune så det som en ulempe, da triageringsskemaet mindede om Barthel. Brugen af andre funktionsvurderingsredskaber kunne således både virke positivt og negativt i for-hold til implementeringen.


*”Generelt er der nogle udfordringer, da denne afprøvning er faldet sammen med afprøvnin-gen af triageringen, hvor man udfylder et skema, der hedder et ændringsskema, som smager lidt at Barthel. [...] Lige pludselig skal man udfylde to skemaer, og det kan være svært at se meningen med det. Det ene gør vi for KL’s skyld, og det andet gør vi for vores egen.”*

*(Leder)*

De steder, hvor Barthel-skemaet fik en ny funktion og komplementerede eksisterende prak-sis, var instruksens lettere at implementere, idet medarbejderne oplevede, at det var me-ningsgivende i forhold til deres øvrige rutiner.

Instruksens blev således bragt i anvendelse på forskellige måder og med forskellig funktion for øje på tværs af implementeringsenhederne. Et sted valgte tovholderen at præsentere Barthel-skemaet som en måde at dokumentere, hvor meget tid borgeren krævede af pleje-personalet og samtidig introducere det i forbindelse med et nyt kommunalt projekt om visi-tation af ydelser. Et andet sted valgte ledelsen, at der skulle laves Barthel-score hver måned som et led i et kommunalt triageringsprojekt. Et tredje sted blev der udført Barthel-score ved borgerens ind- og udskrivelse for at måle, om der var sket en forbedring efter opholdet på centeret. Dermed forsøgte de enkelte implementeringssteder at finde en måde at bringe instruksens i anvendelse på, som var meningsgivende for deres arbejdsforhold og øvrige ruti-ner.

Fastholdelse af medarbejdernes opmærksomhed på instruksens var en udfordring for alle implementeringsenhederne, fordi der jævnligt kom nye tiltag og ændringer på enhederne. Lederne beskrev i den forbindelse deres rolle som den ansvarlige for at italesætte og spørge til brugen af instruksens på møder med medarbejderne. Men dette blev ikke fremstillet som noget, der var sat i system. Et centralt element i at fastholde brugen af instruksens er således, at der sker en kontinuerlig opfølgning herpå, som følger en fastlagt struktur. I den forbindel-se blev evaluators besøg fremhævet som et element i fastholdelsen af instruksens på imple-menteringsenhederne.



Ingen af kommunerne kunne sige, hvorvidt de synes instruksens havde medført flere eller færre ydelser. Der var ikke konkrete planer om at foretage en intern evaluering af implementeringen i de enkelte kommuner, men på flere af implementeringsenhederne blev det nævnt, at man ville kunne se i det elektroniske journalsystem, om der var kommet færre indlæggelser, og at man ville foretage en form for opsamling på ledelsesniveau, når projektperioden var afsluttet.

## Medarbejdere og lederes vurdering af instruksens

Et flertal af medarbejderne fremhævede, at viden om instruksens skærpede deres opmærksomhed på området. Instruksens blev forbundet med fremme af ensartethed, hvilket blev opfattet som et udtryk for kvalitet. I en kommune lagde sygeplejerskerne dog også vægt på, at KR og instrukser ikke kunne erstatte *”det faglige skøn”*, og at instruksens derfor skulle kombineres med den faglige viden, som kommer af erfaring. Barthel-skemaet blev set som en måde at supplere sygeplejerskernes faglige vurdering af borgernes tilstand.

*”Jeg elsker skemaer og grafer, men der er altid det faglige skøn, og det er sådan, vi sygeplejersker bliver uddannet. Det faglige skøn overgår alt. Hvis et skema siger, at han [borgeren] ikke er dårlig, og han er dårlig, jamen så er han dårlig. Vores faglige skøn går ligesom ind og over-ruler alt – selvom testen viser noget andet. Der er ikke noget, der kan erstatte det faglige skøn.”*


*(Sygeplejerske)*

Ledernes vurdering af instruksens var overordnet positiv og mindede på flere områder om medarbejdernes. I tre af kommunerne antog lederne, at instruksens kunne bidrage til færre indlæggelser og dermed give kommunale besparelser, hvilket også blev anset som et væsentligt skridt mod at højne borgerens livskvalitet.

Ledere og medarbejdere opfattede brugen af Barthel-redskabet som en måde at skærpe medarbejdernes faglighed på. En leder fremhævede, at brugen af KR og instrukser generelt set kunne styrke sundhedspersonalets faglige autoritet over for praktiserende læger. Medarbejdere og ledere mente, at instruksens havde en positiv indvirkning på det tværfaglige samarbejde, fordi den fordrer en systematisk fremgang og vidensdeling internt og på tværs af faggrupper og enheder. Eksempelvis ved at sygeplejersker og terapeuter kunne drøfte borgerens tilstand med plejepersonalet eller visitationen ud fra samme skema. Som en sygeplejerske forklarede: *”Vi som sygeplejersker har været vant til at screene – bare uden skema. Men det med at have et skema og instruks, det er godt, for så bliver det ens. I stedet for at du skriver, ’hun er bleg’, jamen, hvordan er hun bleg? Der er flere forskellige opfattelser.”*

Nogle SSA og SSH oplevede det tillige som en måde at styrke og anerkende deres faglighed på, når de blev medansvarlige for at udfylde Barthel-skemaet. For alle implementeringsenhederne var det tværfaglige samarbejde dog ikke noget nyt, da de i det daglige var vant til at arbejde sammen, og de mente således ikke, at instruksens øgede det tværfaglige samarbejde. Vores observationsmateriale viser dog, at instruksens både internt og på tværs af faggrupper bidrog til diskussioner af de begreber, som indgår i Barthel-skemaet.





Et andet centralt forhold, der påvirkede implementeringen, var medarbejderes og leders vurdering af instruksens anvendelighed for den måde, som de arbejdede på. Blandt hovedparten af lederne blev instruksens og Barthel-skemaet opfattet som meget anvendeligt, da implementeringen blev koblet sammen med andre funktionsvurderingsredskaber, der var taget i brug. På en implementeringsenhed havde lederen og medarbejderne dog haft svære ved at se anvendeligheden af skemaet, da de netop havde søsat et andet projekt om funktionsvurdering. Instruksens blev derfor opfattet som et konkurrerende redskab, hvilket medførte noget modstand til instruksens blandt medarbejderne. For lederen var den største udfordring for implementeringen således, at instruksens ikke var meningsgivende nok for medarbejderne i forhold til deres eksisterende praksis.

I en kommune oplevede medarbejderne, at Barthel-skemaets fokus var for snævert i forhold til formålet om at forebygge indlæggelser. Dette skyldtes, at skemaet ikke tager højde for borgerens tandstatus, som kan være afgørende for, om en borger får lungebetændelse, hvilket er en af de hyppigste årsager til indlæggelse. Her havde tovholdere og ledelse således en plan om på sigt at kombinere Barthel med et andet screeningsværktøj kaldet *Oral Assessment Guide* for at tilpasse anvendeligheden til det lokale behov.

I en anden kommune vurderede medarbejderne ikke instruksens som anvendelig i forhold til demente borgere, idet den udelukkende vedrører fysiske færdigheder og således ikke vurderer en borgers kognitive færdigheder. Dette blev opfattet som problematisk, da demente borgere godt have et højt funktionsniveau, men ikke være i stand til tage initiativ til at udføre handlingen – f.eks. toiletbesøg – på grund af deres kognitive problemstillinger.

## Kontekstuelle forhold

Implementeringen af instruksens blev foruden ovennævnte forhold også påvirket af den lokale og kommunale kontekst. Evalueringen viser, at det nære arbejdsmiljø – herunder forhold til ledelse, kollegaer og organisering – var væsentligt for implementeringen. På flere af enhederne fremhævede medarbejderne eksempelvis ledelsens engagement og opbakning til projektet som vigtige forhold, dels for at få medarbejderne gjort interesseret, dels for at afsætte ressourcerne hertil. En sygeplejerske forklarede det således: *”Det gør det nemmere, når man har en leder, der virkelig brænder for det. Tanken skal komme oppefra, for at vi skal kunne se det store lys. Når man har en leder, der har været med til at lave retningslinjerne, så bliver det nemmere at få tid til det.”*

Den organisatoriske ramme blev også fremhævet, særligt i forhold til de tidligere nævnte funktionsvurderingsprojekter, der kørte parallelt med implementeringen af instruksens. Hvorvidt disse projekter var en styrke eller en svaghed i forhold til implementeringen, afhæng af ledelsens evne til at koble redskaberne sammen på en sådan måde, at det gav mening for medarbejdernes daglige praksis.

I en kommune var medarbejderne forbeholdne over for implementeringen, fordi de tidligere havde erfaring med, at projekter blev søsat og efterfølgende trukket tilbage igen. Denne omstændighed gjorde medarbejderne tilbageholdne over for nye tiltag, da de ikke ønskede at bruge tid på noget, som senere ville blive ændret igen. I en anden kommune blev de lokale organisatoriske forhold fremhævet som en udfordring for implementeringstilgangen, fordi det krævede en omstrukturering i kommunen for at kunne implementere instruksens ens i alle områder og sikre sammenhæng på tværs af hjemmepleje, plejecentre og genoptræning.



### 3.3 Instruksen for identifikation af spisevanskeligheder efter apopleksi

Instruksen for *Identifikation af spisevanskeligheder efter apopleksi* blev implementeret i syv kommuner. I seks af kommunerne foregik implementeringen på udvalgte enheder: fire plejecentre, tre hjemmeplejedistrikter og et genoptræningscenter. I den syvende kommune valgte man at implementere i hele kommunen fra start af, men på evalueringstidspunktet var instruksen endnu ikke taget i brug, da medarbejderne ikke var blevet undervist i MEOFII-skemaet i instruksen. Samlet set var instruksen bragt i anvendelse på seks enheder fordelt på seks kommuner. I to af kommunerne var instruksen dog kun anvendt ved et enkelt tilfælde.

Tabel 4: Oversigt over valgte implementeringsenheder og faggrupper fordelt per kommune

	Implementeringsenhed	Faggruppe
Kommune A	Genoptræningscenter Hjemmepleje	Ergoterapeut SSA
Kommune B	Hjemmepleje	Sygeplejersker
Kommune C	Plejecenter	Sygeplejersker Ergoterapeuter SSA/SSH
Kommune D	Plejecenter Hjemmepleje	Sygeplejerske Diætist Ergoterapeut SSA/SSH
Kommune E	Plejecenter	Sygeplejerske Ergoterapeut
Kommune F	Plejecentre	Ergoterapeuter SSA/SSH
Kommune G	Plejecentre Genoptræningscentre Hjemmepleje	Sygeplejerske Ergoterapeut Fysioterapeut SSA

Formålet med instruksen er at identificere vanskeligheder med at spise hos borgere fra 65 år og op efter apopleksi med henblik på at iværksætte en målrettet indsats. I instruksen anbefales det derfor, at sundhedsprofessionelle i primær og sekundær sektor screener for spisevanskeligheder hos borgere med apopleksi minimum tre og seks måneder efter apopleksiens opståen. Hvis risiko for underernæring eller dysfagi allerede er identificeret, anbefaler instruksen, at et andet redskab (MEOFII, *Minimal Eating Observation Form*) anvendes som supplement for at afdække årsagen til spisevanskelighederne. Instruksen anbefaler, at man lokalt beskriver, hvem der udfører screeningen med MEOFII, og hvem der efterfølgende inddrages for at løse eventuelle identificerede problemer. Ligeledes anbefales det i instruksen, at arbejdet og den efterfølgende indsats dokumenteres i kommunens elektroniske IT-system. Det anbefales deslige, at der laves en initial screening, når borgeren bliver udskrevet fra hospitalet, hvis der ikke foreligger en screening herfra. På baggrund af denne screening skal den videre indsats til borgeren planlægges i samarbejde med borgeren, de pårørende og relevante sundhedsprofessionelle. Screeningen gentages igen efter hhv. tre og seks måneder med henblik på justering af indsatsen. Instruksen henvender sig bredt til sundhedsprofessionelle, men anvendelse af instruksen forudsætter, at den sundhedsprofessionelle kan anvende systematiske screeningsredskaber og har fået en introduktion til MEOFII. I alle kommunerne var en ergoterapeut tilknyttet implementeringen af instruksen – dvs. udfyldelsen

af MEOFII-skemaet. Derudover havde man i fem kommuner involveret sygeplejersker og i fem kommuner også inddraget eller planer om at inddrage plejepersonalet SSA/SSH.<sup>9</sup>

## Introduktions- og forankringsaktiviteter

I fem af kommunerne blev implementeringen tilrettelagt ved hjælp af en lokalt forankret projektgruppe på de involverede implementeringsenheder, mens der i de resterende to kommuner blev iværksat en mere omfattende projektorganisering bestående af en styregruppe, projektgruppe og/eller arbejdsgruppe. I disse kommuner samt en anden kommune blev der implementeret flere instrukser på samme implementeringsenheder med henblik på udbredelse i hele kommunen. I de fire andre kommuner var det kun instruksen for apopleksi, der blev implementeret og kun på en enkelt enhed/område i hver kommune. Sidstnævnte kommuner opfattede i høj grad projektet som en afprøvning af instruksens relevans for deres arbejde. Den lokale handleanvisning blev lavet af projektgruppen i kommunerne. Afhængig af tilrettelæggelsen af implementeringen sad lederen enten med i projektgruppen eller godkendte den lokale handleanvisning i styregruppen.

De medarbejdere, der var udvalgt til projekt- eller arbejdsgruppen, var alle blevet udpeget af deres lokale leder (eller udviklingskonsulent) og blev informeret om projektet og instruksen af denne ved et møde. I to af kommunerne oplevede medarbejderne ikke, at de blev tilstrækkelig informeret om deres rolle i arbejdsgrupperne og organiseringen af implementeringen. I de øvrige kommuner efterspurgte medarbejderne i projektgruppen også mere rettidig information om projektet. For eksempel følte medarbejderne, som deltog i kick-off mødet i KL-huset, sig ikke tilstrækkelig forberedt til dette arrangement.

Introduktionsaktiviteterne for de øvrige medarbejdere, der ikke deltog i en projekt- eller arbejdsgruppe, bestod typisk i, at den lokale leder eller tovholder fortalte om projektet på et fast ugentligt møde. I en kommune foregik introduktionen dog ved såkaldte stormøder, hvor sygeplejersker, ergoterapeuter og gruppeledere fra SSA/SSH deltog fra forskellige områder. Detaljeringsgraden i introduktionen til projektet varierede fra sted til sted. Således blev nogle medarbejdere introduceret til selve den overordnede ramme for instruksen, mens andre kun fik MEOFII-skemaet udleveret og handleanvisningerne beskrevet mundtligt.

I tre kommuner blev medarbejderne undervist i instruksen. Undervisningen var i alle tre kommuner for SSA/SSH – men var tilrettelagt forskelligt. Det var ergoterapeuter og/eller fysioterapeuter, der stod for undervisningen, som i én kommune blev kædet sammen med undervisning i mund, svælg og synkefunktion. Undervisningen bestod primært af en gennemgang af MEOFII-skemaet, og i to kommuner også kombineret med praktiske øvelser baseret på en praksisnær og dialogbaseret tilgang. Ikke alle medarbejdere følte, at de var blevet forberedt tilstrækkeligt til at varetage opgaven. I modsætning til ergoterapeuterne og sygeplejerskerne var det generelt nyt for plejepersonalet at skulle benytte et screeningsinstrument som MEOFII, og det var derfor for nogle SSA/SSHs vedkommende forbundet med usikkerhed at skulle benytte skemaet.

*”Det er altid lidt ’farligt’ med nye ting. Jeg har en kollega, der mente, ’det skulle hun ikke, det ville hun ikke [bruge MEOFII], for det var ud over hendes kompetencer’. Men så satte jeg mig*

---

<sup>9</sup> Instruksen for identifikation af vanskeligheder med at spise hos patienter/borgere + 65 år efter apopleksi med henblik på at iværksætte en målrettet indsats.

*ned med hende og snakkede med hende om det, og så var det 'ej, var det ikke andet'. Det er tit sådan, at når det er noget nyt, 'så ej, det vil man ikke'.*

*(Social- og sundhedshjælper)*

Nogle SSA/SSH beskrev det som grænseoverskridende at skulle undersøge borgerens mund for at afgøre, om denne kunne synke sin mad. På samtlige implementeringsenheder, hvor SSA/SSH var involveret, blev det fremhævet som et positivt forhold, at de havde mulighed for at spørge ergoterapeuter/fysioterapeuter til råds. I de to kommuner, hvor man havde valgt at lade ergoterapeuter og/eller sygeplejersker stå for implementeringen af instruksen alene, var beslutningen begrundet med, at det krævede et vist uddannelsesniveau at varetage screeningen. Det har stor betydning, at samtlige af de involverede faggrupper orienteres fra projektets begyndelse, således at alle grupper føler sig inkluderet i processen og føler et ansvar herfor.

*"Måske skulle man have sat nogle navne på, og uddelegeret ansvaret i de enkelte afdelinger, i stedet for at ligge det helt bredt ud. Det ville have været godt, at der blev udpeget en SSH, som sammen med ergoterapeuten og sygeplejersken kunne stå for implementeringen. Det tror jeg, at man var nået længere med. Når det er for frit, hvem gør det så?"*

*(Social- og sundhedshjælper)*

Evalueringen viser, at den lokale leder på implementeringsenheden spiller en central rolle, ikke kun i forhold til at tilrettelægge implementeringen, men også i forhold til at skabe en pligtfølelse blandt medarbejderne og synliggøre projektets status. Således erfarer tovholderne, at der var et lavere engagement blandt medarbejderne på de enheder, hvor lederen havde været mindre synlig i implementeringsprocessen. Lederens deltagelse i tilrettelæggelsen og opfølgning undervejs var således af afgørende betydning for medarbejdernes engagement i processen.

## **Brug af instruksen i praksis**

I seks ud af de syv kommuner var instruksen blevet anvendt på evalueringstidspunktet, dog ikke på samtlige implementeringsenheder. I alt havde seks implementeringsenheder benyttet instruksen. MEOFII-skemaet var hvert sted blevet udfyldt mellem én og seks gang på evalueringstidspunktet, hvilket skyldes, at det var sjældent, at medarbejderne kom i kontakt med borgere inden for målgruppen. På trods af, at der samtlige steder var blevet udviklet en lokal handleanvisning, blev brugen af instruksen i praksis typisk aftalt mundtligt mellem medarbejderne, tovholderen og den lokale leder.

Helt konkret foregik brugen af instruksen ved, at de involverede medarbejdere – hyppigst medarbejderen der var tovholder (ergoterapeut/sygeplejerske) – udfyldte MEOFII-skemaet enten under eller efter en spisesituation med en borger – og nogle gange i dialog med borgeren. Skemaerne blev opbevaret i en mappe i papirformat, scannet ind i det elektroniske journalsystem eller indskrevet direkte i borgerens elektroniske journal. Hvis der blev identificeret et spiseproblem, blev der oprettet et fokusområde i borgerens journal og iværksat en handleplan, som typisk involverede en sygeplejerske, diætist, fysioterapeut eller ergoterapeut, alt efter, hvad der var tilgængeligt på implementeringsenheden. Handleplanen for borgeren kunne f.eks. bestå i, at borgeren fik fortykningsmiddel i sine drikkevarer, så borgeren undgik at fejlsynke, eller at køkkenet tilknyttet implementeringsenheden leverede mad med en anden konsistens til borgeren.

I et par af kommunerne fremhævede medarbejderne det som et etisk dilemma, at lederne ikke havde forholdt sig til, hvordan medarbejderne skulle agere, hvis der skulle igangsættes ydelser til borgeren. Her oplevede medarbejderne, at der fra ledelsens side primært var fokus på den konkrete brug af MEOFII-skemaet og ikke på eventuelle borgerindsatser. Medarbejdernes indstilling til projektet afhang også af, om ledelsen havde videreføret hvordan indsatser til borgeren kunne organiseres – f.eks. visitering af tid til SSA/SSH.

*”Der var mere fokus på, at nu skulle vi bare gøre, hvad den her instruks sagde, end hvad stiller vi op, hvis vi finder ud af, at borgeren har et problem. Hvad hvis borgeren viser sig at have brug for guidning under sit måltid, hvordan gør man så det i hjemmeplejen, hvem hiver man fat i?”*

*(Ergoterapeut)*

Evalueringen viser, at instruksene ikke i alle tilfælde blev anvendt som foreskrevet. På nogle implementeringsenheder blev skemaet anvendt på borgere med spiseproblemer uden for målgruppen. Dette skyldes dels, at der ikke var så mange borgere inden for målgruppen, dels at instruksene blev vurderet som relevante for andre borgergrupper f.eks. med KOL. I et par kommuner valgte ergoterapeuter eller fysioterapeuter at kombinere MEOFII-skemaet med andre screeningsværktøj såsom *Facio-oral-tract-terapi* (FOTT) eller *Gugging Swallowing Screen* (GUSS), da de allerede benyttede disse og fandt dem mere nuancerede end MEOFII i forhold til at identificere indsatsområder. Dette er i overensstemmelse med instruksene, der anbefaler, at man kombinerer MEOFII med andre redskaber.


I en kommune faldt implementeringen sammen med et større kommunalt projekt omkring småtspisende, og terapeuterne havde som led i projektet deltaget i et ’mund, svælg og synke’-kursus, som de efterfølgende underviste deres kollegaer (SSA/SSH) i. Dette blev fremhævet på tværs af faggrupper som noget, der havde skærpet medarbejdernes fokus på spiseområdet i det daglige.

*”Jeg synes, det er godt, at man har fokus på det [spisevanskeligheder]. Jeg tror, at man kan opnå bedre livskvalitet for folk, for det gør, at du er mere OBS på nogle ting nu, f.eks. at forebygge lungebetændelse. Vi har haft mange [borgere], hvor kosten har været lidt forkert. Når de har fået det rigtige, er deres livskvalitet også blevet bedre. Jeg tror, at det kan være en kæmpe fordel, at folk har fokus på det [spisevanskeligheder].*

*(Social- og sundhedshjælper)*

I en kommune kørte der sideløbende med implementeringen projektet ’Mad og Måltider’ igangsat af Sundhedsstyrelsen. Lederne havde i kommunen håbet på, at projektet kunne kobles sammen med instruksene, men dette var ikke muligt, da Sundhedsstyrelsens projekt kørte efter en fastlagt tidsplan. Lederne konkluderede, at dette havde medført et øget resurseforbrug for medarbejderne.

I samme kommune valgte lederne at afprøve et samarbejde mellem genoptræningscenter og hjemmeplejedistrikt, hvor medarbejderne på genoptræningscenteret lavede den første screening, og hjemmeplejen de efterfølgende to screeninger efter hhv. tre og seks måneder. De ansvarlige medarbejdere på genoptræningscenteret sendte efter hver screening skemaet videre til hjemmeplejedistriktet for opfølgning. På evalueringstidspunktet havde de imidlertid ikke hørt noget fra hjemmeplejen, så de var ikke sikre på, om der reelt var sket en op-



følgning. I denne kommune savnede medarbejderne en tættere kontakt til hjemmeplejen i forbindelse med projektet samt en fast struktur for vidensudveksling undervejs i projektet.

En generel udfordring for samtlige implementeringsenheder på tværs af kommunerne var medarbejdernes mulighed for at prioritere instruksen. Som en sygeplejerske forklarede: *”Man kan godt have det med i sin tidsplan, men så kommer der noget andet i vejen. Man ser det [instruksimplementeringen] ikke som ligeså vigtigt som det andet, man skal – f.eks. besøge en borger eller skifte kateder.”*

Et vigtigt forhold som både medarbejdere og ledere fremhævede som en central betingelse for at fastholde medarbejdernes motivation var ledelsesmæssig opbakning. Hovedparten af lederne beskrev det som deres ansvar at påminde medarbejderne om instruksen ved f.eks. at spørge til brugen heraf på faste møder.

*”Dét, der virker, er at have fokus på det hele tiden, gentage det og spørge til det på møder. Jeg har snakket med ergoterapeuten om at have det på det ugentlige afdelingsmøde og planlægge, hvem der skulle screenes næste uge og så følge op på dem, der er blevet screenet.”*

*(Leder)*


Evalueringen viser, at medarbejderne savnede mere konsekvent opfølgning på projektet undervejs i implementeringsprocessen. Enkelte medarbejdere oplevede endvidere, at lederne var fraværende i hele implementeringsprocessen og overlod hele ansvaret til tovholderen. Den manglende opfølgning gjorde medarbejderne usikre på deres opgave og projektets status, og de efterspurgte en mere løbende interesse for brugen af instruksen og statusmøder med lederen om projektets fremdrift. I en kommune valgte leder og tovholder at holde et opfølgende møde med medarbejderne om instruksen, da det kun var tovholderen, der havde anvendt instruksen i praksis.

Kommunerne så meget forskelligt på, hvorvidt instruksen havde medført flere eller færre ydelser. I hovedparten af kommunerne anså ledere og medarbejdere at antallet af screenede borgere som værende for lille til at vurdere en eventuel virkning. I en kommune vurderede lederen dog, at de ydelser, der blev igangsat, var mere målrettede end før implementeringen af instruksen. Implementeringen havde desuden affødt et fælles sprog med køkkenet for konsistenser af mad, således at man sikrede, at borgerens mad blev tilberedt i den rette konsistens. I de kommuner, hvor SSA og SSH deltog i implementeringen, blev det fremhævet, at projektet havde højnet deres opmærksomhed på spiseområdet og derved også deres faglighed i mere generel forstand.

Af de syv kommuner, der implementerede instruksen, havde kun én kommune planlagt en intern evaluering. De resterende seks kommuner havde planer om individuelle eller kommunale erfaringsopsamlinger af implementeringen. Dette kunne eksempelvis være en hændelsesanalyse på de borgere, der var blevet screenet eller drøftelse mellem leder og tovholder af projektets forløb med henblik på vurdering af, om projektet skulle fortsætte.

## **Medarbejdere og ledes vurdering af instruksens**

Medarbejdere og ledes vurdering af instruksens anvendelighed afhang af, om den gav mening i forhold til de vilkår, de arbejdede under, deres gængse arbejdsmetoder og deres



faglige tilhørsforhold. Således mente plejepersonalet – SSA/SSH – generelt, at instruksen bidrog til at højne deres faglighed og skærpe deres opmærksomhed på spisevanskeligheder. Flertallet af ergoterapeuter mente, at MEOFII-skemaet satte fokus på borgernes ergoterapeutiske behov og synliggjorde ergoterapeuternes faglighed over for kollegaer fra andre faggrupper. Dog henviste ergoterapeuter i flere kommuner til andre screeningsredskaber, som de allerede anvendte, og som de mente var mere nuancerede end MEOFII – f.eks. GUSS. Sygeplejerskerne lagde typisk mere vægt på sygeplejefagligheden som en forudsætning for at kunne identificere borgerens behov, og i den forbindelse blev MEOFII-skemaet i højere grad opfattet som et supplement. Som en sygeplejerske forklarede: *”Hvis vi havde brug for et værktøj for at finde ud af, om borgeren er dårlig, så ville vi være rigtig dårlige sygeplejersker, for vi skal nok finde ud af at finde den hjælp, som borgeren har behov for.”*

I et flertal af kommunerne blev instruksens målgruppe vurderet som for smal i forhold til de borgere, som lå inden for deres arbejdsfelt. Instruksen blev også betragtet som relevant for borgere med f.eks. KOL eller kræft, som ligeledes kunne opleve spise- eller synkevanskeligheder. På tre implementeringsenheder blev instruksen derfor anvendt på andre borgere end de tiltænkte.

## Kontekstuelle forhold

På baggrund af implementeringen af instruksen i tre forskellige organisatoriske sammenhænge – hjemmepleje, plejecenter og genoptræningscenter – var det muligt at afdække instruksens egnethed og relevans i forhold til de kontekstuelle rammer. I forhold til denne instruks var der to kontekstuelle niveauer, der havde en fremtrædende indflydelse på implementeringsprocessen: 1) teamet af medarbejdere, der skulle udføre opgaven, og 2) den større organisatoriske sammenhæng.

I hjemmeplejen og på plejecentrene oplevede medarbejderne, at de i implementeringsprocessen kun var i kontakt med få borgere inden for målgruppen. Borgere med apopleksi var ofte i et form for rehabiliteringsforløb eller havde tidligere været det på et genoptræningscenter, og medarbejderne så derfor gerne, at MEOFII-skemaet blev udfyldt tidligere i borgerens forløb – f.eks. i den sekundære sektor, således at man i denne kontekst foretog den opfølgende screening. På den anden side var det primært SSA og SSH, der skulle bruge instruksen i denne kontekst, og derfor blev instruksen samtidig opfattet som faglig relevant for denne gruppe.

På genoptræningscentre kom medarbejderne oftere i kontakt med apopleksiramte borgere end i de to andre kontekster, men her oplevede medarbejderne, at MEOFII-redskabet var for unuanceret i forhold til de redskaber, som personalet i forvejen anvendte. Det tilførte derfor ikke nogen ny viden for personalet.

Ikke desto mindre var der på tværs af kommunerne enighed om, at MEOFII-skemaet burde følge borgeren i dennes forløb gennem sundhedssystemet. Således efterspurgte medarbejderne i en kommune, at man i den sekundære sektor – f.eks. hospitalet – anvendte samme screeningsredskab for spisevanskeligheder som i den primære sektor. Ydermere blev det i flere kommuner fremhævet som en nødvendighed i forhold til at benytte instruksen i hjemmepleje- og plejecenterregi, at visitationen blev involveret, da denne spiller en central rolle i forhold til at opspore hvilke borgere, der er relevante at screene.



### 3.4 Instruksen for systematisk målsætning i rehabilitering

Instruksen for *Systematisk målsætning i rehabilitering* blev implementeret i fem kommuner. Implementeringen foregik i tre kommuner på udvalgte enheder – tre hjemmeplejer, tre rehabiliteringsteams og et genoptræningscenter. I de to andre kommuner valgte man at implementere instruksen i hjemmeplejen i hele kommunen. Alle fem kommuner havde anvendt instruksen på evalueringstidspunktet – dog i varierende omfang.

Table 5: Oversigt over valgte implementeringsenheder og faggrupper fordelt per kommune


	Implementeringsenhed	Faggruppe
Kommune A	Hjemmepleje Rehabiliteringsteam	Ergoterapeut/fysioterapeut SSA/SSH
Kommune B	Hjemmepleje Genoptræningscenter	Ergoterapeut/fysioterapeut SSA/SSH Sygeplejersker
Kommune C	Hjemmepleje Rehabiliteringsteam	Ergoterapeut/fysioterapeut SSA/SSH Sygeplejersker
Kommune D	Hjemmepleje Genoptræningsteam Genoptræningscenter	Ergoterapeut/fysioterapeut SSA/SSH
Kommune E	Hjemmepleje Genoptræningsteam	Ergoterapeut/fysioterapeut SSA/SSH Sygeplejersker

Formålet med instruksen er at sikre en systematisk målsætning i rehabilitering til borgere fra 65 år og opefter med behov for personlig pleje og/eller praktisk hjælp. Målgruppen for instruksen er borgere med behov for praktisk hjælp eller pleje, og som modtager rehabilitering hjemme. Borgeren kan have en let til moderat nedsat funktionsevne – det vil sige have behov for hjælp til én eller flere daglige aktiviteter – men må kun have diskrete kognitive problemstillinger og skal være i stand til at indgå i en samtale. Instruksen henvender sig til hjemmeplejepersonale – det vil sige sygeplejersker, SSA, SSH, ergo- og fysioterapeuter samt andre sundhedsprofessionelle, der er ansvarlige for planlægning og udførelse af rehabilitering for borgere inden for målgruppen. Instruksen anbefaler, at man i rehabiliteringsforløb for borgere i eget hjem inkluderer systematisk målsætning, som udarbejdes i et samarbejde mellem borger og fagpersoner. I instruksen anbefales det, at målsætningen indeholder følgende elementer: systematisk identifikation af borgeroplevede problemområder, forhandling af målsætning over flere møder med borgeren, kortsigtede og langsigtede mål, inddragelse af pårørende, tværfaglig kommunikation omkring borgerens mål, individualiseret handleplan ud fra aftalte mål samt løbende justering af mål og handleplan efter behov. Herudover anbefales det i instruksen, at man beskriver den lokale handlingsanvisning, der knytter sig til den pågældende kommune eller implementeringsenhed.<sup>10</sup>

I modsætning til de tre øvrige instrukser er der ikke anbefalet noget konkret redskab til at fastsætte de individuelle mål for rehabiliteringsindsatsen. Derfor var det op til den enkelte kommune selv at finde frem til den metode eller det redskab til at udfærdige og opfylde målsætningen. Instruksen indeholder heller ingen anbefalinger til dokumentation, og det blev derfor bestemt lokalt, hvorledes dette skulle foregå. I alle fem kommuner blev instruk-

<sup>10</sup> Instruksen for systematisk anvendt målsætning i rehabilitering til borgere +65 år med behov for hjælp til personlig pleje og/eller praktisk hjælp i hverdagen.





sen anvendt tværfagligt i et samarbejde mellem plejepersonale – SSA/SSH – ergoterapeut og/eller fysioterapeut og sygeplejerske efter behov.

### **Introduktions- og forankringsaktiviteter**

Implementeringen af instruksen blev i tre af de fem kommuner organiseret som et projekt med en dertilhørende styre- og projektgruppe. Her foregik implementeringen af instruksen med henblik på udbredelse i hele kommunen. I to af disse kommuner blev der deslige nedsat arbejdsgrupper, hvor udpegede medarbejdere fra forskellige faggrupper i fællesskab udformede den lokale handleanvisning. I disse kommuner indgik to andre instrukser også i projektorganiseringen. De to andre kommuner organiserede implementeringen i en projektgruppe med en tovholder, og her blev implementeringen opfattet som en afprøvning af instruksens relevans for de øvrige arbejdsgrange. I begge kommuner havde lederne derfor valgt nogle implementeringsområder ud, som bestod af hjemmeplejedistrikt og genoptræningsteam eller genoptræningscenter. I den ene kommune var der af samme årsag heller ikke udviklet en lokal handleanvisning, da dette ikke blev opfattet som en del af en afprøvning.

Projekt- eller arbejdsgruppens medlemmer blev alle udpeget af deres lokale leder (eller udviklingskonsulent) og informeret om projektet og instruksen af denne ved et introduktionsmøde. De medarbejdere, der havde en tæt kontakt til en leder, der var involveret i implementeringen, følte sig bedre forberedt end medarbejdere, der havde en mindre tæt kontakt til ledelsen. For medarbejderne i arbejds- og projektgrupperne var organiseringen af implementeringen ofte uklar, og det skabte usikkerhed om deres rolle og den konkrete betydning af implementeringen for deres dagligdag.

Introduktionsaktiviteterne for de øvrige medarbejdere bestod i, at den lokale tovholder eller leder på implementeringsenheden informerede om projektet og instruksens typisk ved et fast skemalagt møde. I to kommuner foregik introduktionen ved, at ergoterapeuter, sygeplejersker og udvalgte resursepersoner fra hjemmeplejen – SSA/SSH – blev informeret ved store møder. I den ene kommune kombinerede man information om andre KR, der skulle implementeres, mens man i den anden kommune kombinerede informationen med igangsættelsen af et nyt større hverdagsrehabiliteringsprojekt. I samme kommune kom alle resursepersoner (udvalgte SSA, SSH og sygeplejersker), distriktsledere, hverdagsrehabiliteringsterapeuter og visitatorerne på et tredages kompetenceudviklingskursus, hvor der blandt andet blev gennemgået *Canadian Occupational Performance Measure (COMP)*, systematisk målsætning, klassifikationssystemet ICF, det nye hverdagsrehabiliteringsprojekt som ramme og aktiviteterne forbundet hermed samt KR og den politiske dagsorden. Kurset blev modtaget blandet af medarbejderne, som bl.a. efterlyste en konkretisering af arbejdsopgaven og fordelingen mellem de forskellige aktører og faggrupper. Efterspørgsel på en konkretisering af arbejdsopgaven var også til stede i de andre kommuner, hvor der ikke var blevet afholdt kursus. Samtidig savnede flere medarbejdere mere viden om baggrunden for projektet, hvad formålet med det var, og hvornår det skulle igangsættes.

*”Vi har været til undervisningsdagene. Jeg synes faktisk ikke, at jeg fik så meget med derfra. Jeg synes, at det var rigtig svært, fordi det var så ukonkret. [...] Jeg har brug for at vide, hvordan forløbet er, og hvad jeg skal gøre, og hvem der har ansvaret. Fordi ellers er der måske nogle ting, som er vigtige, der ikke bliver gjort. I betragtning af, hvor meget tid vi brugte på det, så var det for ukonkret. Jeg følte mig ikke klædt på til den praktiske opgave.”*

*(Sygeplejerske)*

I lighed med de andre instrukser var detaljeringsgraden i introduktionen til projektet varierende fra kommune til kommune. I alle fem kommuner valgte ledelsen at kombinere implementeringen af instruksens med igangsættelsen af et eksisterende hverdagsrehabiliteringsprojekt. Her var informationen ofte knyttet til hele projektet og mindre detaljeret omkring instruksens. Det var også de færreste af medarbejderne, der havde en erindring om at have set eller læst instruksens. Den lokale handleanvisning, der blev udarbejdet i projekt- eller arbejdsgruppen, blev enten udleveret til medarbejderne ved et møde eller beskrevet mundtligt.


Generelt var SSH og SSA de faggrupper, der blev informeret senest i implementeringen. Nogle steder hang dette sammen med, at lederne kun udvalgte resursepersoner fra SSH og SSA til at deltage i møder fremfor hele gruppen af medarbejdere. Resursepersonerne havde efterfølgende til opgave at informere deres kolleger om projektet, således at viden skulle ”sprede sig som ringe i vandet”.

For ergo- og fysioterapeuter lå instruksens i naturlig forlængelse af deres eksisterende praksis, og disse faggrupper oplevede derfor ikke, at instruksens fik stor indflydelse på deres arbejdsrutiner. Sygeplejerskernes rolle var ofte mindre end plejepersonalets og ergo- og fysioterapeuters, da denne faggruppe kun blev involveret, hvis der var konkrete sygeplejefaglige opgaver forbundet med borgeren og ikke i forbindelse med den mere trænende del af indsatserne. Visitationen, som i modsætning til ved de andre instrukser tidligt blev involveret i implementeringen, blev typisk informeret om instruksens på møder med de øvrige samarbejdspartnere såsom f.eks. hjemmeplejen.

## **Brug af instruksens i praksis**

I samtlige fem kommuner var instruksens blevet anvendt på evalueringstidspunktet. I de to kommuner, hvor implementeringen foregik i hele kommunen, var det ikke alle implementeringsenheder, der brugte instruksens på evalueringstidspunktet. Instruksens blev i alle fem kommuner anvendt sammen med et kommunalt hverdagsrehabiliteringsprojekt. Selvom projekterne var forskelligt organiseret på tværs af kommunerne, var den overordnede ramme og formålet om at ”gøre borgeren selvhjulpens” ens. Således bestod projekterne typisk af et samarbejde mellem ergo- og fysioterapeuter i et rehabiliteringsteam, hjemmeplejen (SSA, SSH og sygeplejersker) og visitationen. Sammen med borgeren samt eventuelle pårørende lavede de en handleplan for borgerens hverdagsrehabilitering ud fra en systematisk målsætning. I nogle kommuner anvendte ergo- og fysioterapeuter et redskab som COPM til at identificere problemområder, mens andre kommuner benyttede lokalt udviklede funktionsvurderingsredskaber eller målsamtaler med borgeren.

For fire af kommunerne bidrog instruksens kun med små ændringer i forhold til medarbejdernes eksisterende praksis. Det kunne være at udarbejde en tværfaglig i stedet for en monofaglig handleplan, at arbejde systematisk efter en funktionsvurdering som f.eks. ICF til at



opstille mål, at arbejde systematisk med ét mål ad gangen i stedet for flere og at invitere pårørende og plejepersonale med til målsamtaler. I én kommune var der sat lidt flere ændringer i gang end i de andre kommuner. Her var der ikke på samme måde en struktur for samarbejde på tværs af enheder omkring borgere med hverdagsrehabiliteringsbehov. I denne kommune var der blevet udarbejdet lokale arbejdsgrupper for samarbejdet mellem træningscenter, hjemmepleje og visitation samt et forum for kommunikation mellem de tre enheder omkring borgerens rehabiliteringsforløb.

Anvendelsen af instruksen foregik ved, at de involverede medarbejdere afholdt et møde – et sted uden borgerens tilstedeværelse – f.eks. efter udskrivelse fra genoptræningscenter eller efter henvisning fra visitationen, med henblik på at diskutere den videre indsats over for borgeren. Til sådanne møder deltog borgeren, visitator, hverdagsrehabiliteringsterapeut, hjemmeplejepersonale og eventuelt pårørende og repræsentanter fra genoptræningscenter. Der blev enten ved mødet eller efterfølgende fastsat nogle kortsigtede og langsigtede mål, som indgik i en handleplan for borgeren, og som oprettedes elektronisk, sådan at alle samarbejdspartnere kunne se den. Derved kunne hverdagsrehabiliteringsterapeuter, plejepersonale og sygeplejersker se deres opgaver og de mål, som borgeren skulle arbejde henimod. Målene kunne f.eks. bestå i 'at færdes uden rollator indendørs' eller 'klare morgentoilet og bad uden hjælp'.

Hver borger fik typisk tildelt en fagkoordinator (terapeut eller sygeplejerske), som var ansvarlig for lave den elektroniske handleplan og koordinere samarbejdet på tværs af samarbejdspartnere. I et par kommuner blev målene deslige skrevet ned i borgerens personlige mappe, der var placeret i vedkommendes hjem. Der blev arbejdet med målene inden for en fastlagt periode – f.eks. to uger – som i nogle kommuner blev bestemt af visitationen. I andre kommuner var det op til terapeuterne at fastsætte tiden i samarbejde med borgeren og plejepersonalet.

I rehabiliteringsforløbet var terapeuternes opgave at lave målrettet træning på aftalte tidspunkter med borgeren, mens plejepersonalets rolle var at bidrage hertil – f.eks. ved at støtte borgeren i de målsatte aktiviteter. Borgerens situation blev typisk drøftet på tværfaglige møder, hvor alle samarbejdspartnere deltog og i nogle tilfælde også visitationen. Borgerens arbejde med at nå målene blev løbende evalueret i handleplanen, hvilket nogle af terapeuterne fremhævede som en udfordring for plejepersonalet, da de ikke altid evaluerede i handleplanen som aftalt eller evaluerede på en måde, som ikke gav mening i forhold til det fastsatte mål. Årsagerne hertil var eksempelvis, at SSA og SSH ikke følte, at de havde tid til at skrive i journalen, at de var usikre på, hvordan målene skulle evalueres, eller hvordan de skulle formulere sig.

Det var ikke altid, at instrukserne blev anvendt som foreskrevet. En årsag kan være, at der ikke blev anbefalet et specifikt værktøj i instruksen i modsætning til ved de tre andre instrukser. For eksempel valgte en implementeringsenhed at arbejde med ét mål ad gangen i modsætning til instruksen, som foreskrev både kortsigtede og langsigtede mål. Instruksen anbefaler, at borgere og pårørende inddrages, men det var ikke altid tilfældet i praksis. På de fleste enheder deltog borgeren, men ofte uden en pårørende til stede. En årsag var, at medarbejderne ikke altid fandt det relevant at inddrage pårørende. I andre tilfælde havde de pårørende ikke mulighed for at deltage i møder, eller der var ikke pårørende.

Sammenlignet med de andre instrukser var der meget fokus på det tværfaglige samarbejde i forbindelse med implementeringen af denne instruks. Evalueringen viser, at samarbejdet på tværs af faggrupper og enheder blev omtalt både positivt og som udfordrende. Medarbejderne på tværs af faggrupperne fremhævede, at instruksen – og i særdeleshed det kommunale rehabiliteringsprojekt – satte fokus både på egen faglighed og på anerkendelse af, hvad de andre faggrupper kunne bidrage med. De fleste ergoterapeuter fremhævede, at instruksen fik sat den ergoterapeutiske tilgang i plejen på dagsordenen – det vil sige ”hjælp til selvhjælp”. En medarbejder påpegede f.eks., at ergoterapeuterne fungerede som en slags konsulenter i hjemmeplejen, så de øvrige faggrupper kunne lære af deres trænende tilgang. Samtidig blev det også fremhævet, at instruksen fremmede en tværfaglig forståelse og sprog, sådan man undgik misforståelser på tværs af faggrupper.

*”Fordelen er nu, at alle faggrupper kan være med. Tidligere trænede vi [ergoterapeuter] måske at tage en støttestrømpe på om morgenen, og så kom hjælperen måske og hev den af om aftenen. Nu er vi garderet ved, at alle [faggrupper] kan være med til at træne hele døgnnet, hvis det er det, vi er blevet enige om.”*

*(Ergoterapeut)*


Samtidig beskrev nogle ergoterapeuter også, at det kunne være en udfordring at skulle overlade træningsopgaver til andre faggrupper, fordi de dermed gav afkald på nogle af de opgaver, de almindeligvis varetog.

Plejepersonalet og sygeplejerskerne lagde vægt på, at de nu kunne se, at de i fællesskab arbejdede sammen mod målene. Sammenlignet med plejepersonalet var det vanskeligere for sygeplejerskerne at se, hvordan de med afsæt i den ”sygeplejefaglige indgangsvinkel” kunne bidrage til at opnå borgerens målsætning. Som en sygeplejerske forklarede: *”Der er rigtig mange kokke ind over, og ting der skal sættes i gang, og det, synes jeg, er svært. Vi øver os rigtig meget i; at det ikke skal blive en fagkamp. Der er jo misforståelser – f.eks. præcis hvem gør hvad.”*

Ergoterapeuterne fremhævede, at de generelt havde observeret en øget observans blandt SSA og SSH, når de var hos borgeren. For eksempel hvis plejepersonalet kom senere end de plejede, og borgeren selv havde klaret gøremål, som de normalt fik hjælp til. De henvendte sig i højere grad til såvel terapeuter som sygeplejersker, hvilket blev opfattet som en skærpeelse af plejepersonalets faglighed. Men det tværfaglige samarbejde var også en udfordring for SSA, SSH og sygeplejersker. Medarbejderne gav udtryk for, at den rehabiliterende tankegang var ny for dem, og at det derfor krævede tilvænning at skulle indtage en mere støttende rolle.

*”Jeg tror, det giver mening for hjælperne, både de ufaglærte og så hjælperne, som jo har en relativt kort uddannelse. De får en større viden, og der sker også noget. De [borgerne] bliver ikke kun dårlige, nu kan de rent faktisk gå hen og blive bedre på grund af det, de [plejepersonalet] laver. [...] Det er hele synet, der skal revideres lidt for hjælpere, assistenter og sygeplejersker. Vi skal åbne op og tænke, ’jamen, kan de [borgerne] lære at klare det selv.’ Det er jo nyt. Det er en kunst at stå med armene ned langs siden og vente og have tålmodighed.”*

*(Sygeplejerske)*



Organiseringen enhederne imellem var en udfordring for implementeringen. I hjemmeplejen kunne der opstå akutte ændringer i plejepersonalets kørelister, der gjorde det svært at holde fastlagte aftaler på tværs af faggrupperne. Overlevering af viden mellem dag-, aften- og nattevagter var også en udfordring i hjemmeplejen i forhold til at sikre, at plejepersonalet uanset tidspunkt på dagen arbejdede efter samme mål for borgeren. I nogle kommuner var medarbejderne afhængige af visitationens afgørelse, og her oplevede medarbejderne, at der kunne være forskellige opfattelser af, om borgeren havde behov for hverdagsrehabilitering eller ej. Ergoterapeuterne så det derfor som en styrke, at de havde mulighed for i dialog med plejepersonalet at tage på besøg hos borgeren med henblik på at vurdere behovet for hverdagsrehabilitering inden visitationens involvering.

Medarbejderne fremhævede ledelsens opbakning til projektet som væsentlig for deres vurdering af projektets status og deres motivation. I samtlige kommuner var det medarbejdernes oplevelse, at lederne bakkede op omkring projektet f.eks. ved at være synlige til tværfaglige møder eller ved at spørge tovholderne om projektets fremdrift ved fastlagte møder. Nogle medarbejdere understregede, at det havde en afsmittende effekt på dem og deres kollegaer, når lederen udviste en positiv indstilling til projektet. En ergoterapeut forklarede det således: *”Det her er et hjertebrud for vores leder, for hun går meget op i det og har været topmotiveret. Det har smittet af på vores motivation. Hun har været meget rundt og opsat på, at alle bliver hørt. Hver gang, man kommer med noget, så bliver der handlet på det.”* Evalueringen viser også, at nogle medarbejdere på trods af den generelle opfattelse af ledelsesmæssig opbakning til projektet savnede mere konkret information om, hvad deres rolle i projektet var, og hvordan projektet hang sammen med deres øvrige arbejdsrutiner.

Medarbejdere og ledere mente ikke, at de kunne vurdere, hvorvidt instruksens bidrog til flere eller færre ydelser i systemet på evalueringstidspunktet. Dog vurderede enkelte medarbejdere på en implementeringsenhed, at instruksens havde gjort borgerens rehabiliteringsforløb mere effektive, fordi der blev arbejdet systematisk med målene.


*”Det giver et fagligt løft, borgerforløbene bliver faktisk effektiviseret ude ved os. [...] det har tvunget mig til at overveje, hvornår og hvordan jeg bruger mine fagredskaber. Hvordan og hvornår i borgerforløbet jeg bruger dem. Det har jeg også haft diskussioner om med min kollega, og det giver da et fagligt løft.”*

*(Ergoterapeut)*

I samtlige fem kommuner var der planer om at vurdere instruksens virkning og anvendelighed efter projektets afslutning. Kun én kommune havde planer om at gennemføre en decideret evaluering ud fra fastsatte succeskriterier (at anbefalingerne for systematisk målsætning i rehabilitering blev fulgt, samt at det tværfaglige kommunikationsforum afvikledes minimum én gang i ét team i hver hjemmeplejegruppe). I en anden kommune viste den lokale erfaringsopsamling, at instruksens ikke bidrog med noget nyt i forhold til den gængse praksis, og den blev derfor vurderet som overflødig i forhold til fremtidig brug.

## **Medarbejdere og leders vurdering af instruksens**

Medarbejderne var generelt positive over for instruksens. De fremhævede den systematiske fremgangsmåde som en måde at sikre, at alle områder og aspekter hos borgeren blev taget i betragtning. Ligeledes vurderede enkelte medarbejdere, at den systematiske fremgangsmåde i målsætningen bidrog til nogle mere effektive hverdagsrehabiliteringsforløb. Blandt ple-



jepersonalet blev det også fremhævet, at de så en forbedring af borgerens kognitive evner og fysiske mobilitet.

Ledernes vurdering af KR og instrukser var generelt set positiv. Projektet blev blandt andet set som en måde at øve den systematiske fremgangsmåde, der ligger i instruksens anbefalinger. Ikke alle var udelukkende positive over for anvendelsen af KR. Enkelte fremhævede, at evidens er afhængig af kontekst og tid, og at det derfor kræver løbende opdatering at sikre, at evidensen er tidsvarende. Enkelte var også bange for, at KR kunne medføre, at rammerne for deres arbejdsmetoder blev for snævre i forhold til borgerens behov.

Medarbejdere og ledere lagde vægt på, at instruksens passede i det kommunale hverdagsrehabiliteringsprojekt. Det var således afgørende for vurderingen af instruksens anvendelighed, at den gav mening i forhold til de eksisterende arbejdsmetoder. I en kommune endte lederne med at vurdere instruksens som overflødig, fordi de anså deres gængse fremgangsmåde som mere udbytterig, end det instruksens anbefalede.

### **Kontekstuelle forhold**

Denne instruks viste sig at passe godt sammen med igangværende eller nystartede hverdagsrehabiliteringsprojekter i kommunerne. En udfordring for implementeringen var dog, at samarbejdet på tværs af områder og enheder var organiseret forskelligt. Som en medarbejder forklarede: *”Områderne er meget forskelligt organiseret – f.eks. mødestruktur og kutymer. Kulturen er meget forskellig fra sted til sted.”* Desuden oplevede medarbejderne, at implementeringen blev udfordret af ændringer i de organisatoriske forhold f.eks. ledelseskift, nye projekttiltag eller nyt IT-system.

Et organisatorisk forhold, som udfordrede brugen af instruksens, var praksis omkring visitering af hverdagsrehabilitering. Ergo- og fysioterapeuter gav således eksempler på, at der ikke altid var kongruens mellem det udviklingspotentiale, de identificerede hos borgeren, og hvad der blev visiteret af ydelser. I modsætning til sygeplejerskerne var ergo- og fysioterapeuternes tid hos borgeren visiteret, og de havde derfor ikke altid mulighed for selv at igangsætte hverdagsrehabiliteringsydelser. I lighed hermed kunne plejepersonalet, hvis tid også var visiteret, opleve, at det tog længere tid, når borgeren skulle støttes til selv at udføre aktiviteter.

Et andet forhold af betydning for implementeringen var det team af medarbejdere, der involveredes. Her viser evalueringen, at det især var sygeplejersker og plejepersonale, der fandt instruksens svær at anvende. Det hang hovedsageligt sammen med, at den rehabiliterende arbejdsstilgang – *”hjælp til selvhjælp”* – ikke var et område, som de beskæftigede sig med på samme måde som ergo- og fysioterapeuter. Det krævede derfor en større tilvæning blandt disse faggrupper at sætte sig ind i deres roller i hverdagsrehabiliteringsprojektet og instruksens.

Borgermotivation var et andet forhold i den sociale kontekst, der havde betydning for hverdagsrehabiliteringsprojekterne, og som blandt medarbejderne også blev set som en udfordring for brugen af instruksens. Som instruksens foreskriver, skal den systematiske målsætning *’foregå i et samarbejde mellem borger og fagpersoner’* og tage udgangspunkt i borgerens ønsker for at blive selvhjulpne og de udviklingspotentialer, som f.eks. ergoterapeuten ser. På tværs af kommunerne fremhævede medarbejderne – i særdeleshed ergo- og fysioterapeu-



ter – at der kunne være en uoverensstemmelse mellem fagpersonernes identifikation af et udviklingspotentiale og de ting, borgeren selv ønskede at blive selvhjulpen i. Et fremtrædende eksempel var, at borgere kunne være svære at motivere til at rehabiliteres til selv at udføre rengøringsopgaver.

*”Folk er meget bevidste om, hvad de kan kræve af systemet. Vi får en del henvendelser fra børn til borgerne, der siger: ’min mor skal have hjælp til det og det.’ De [borgerne] føler, at nu har de betalt skat, og så har de ret til at få gjort rent på det offentlige regning. Men sådan fungerer det jo ikke, for hvis de selv kan gøre det, så skal de jo det.”*

*(Ergoterapeut)*

Nogle medarbejdere forklarede, at modvilje over for rehabilitering også kunne skyldes, at plejepersonalet eller terapeuterne var den eneste sociale kontakt, som borgeren havde. Hvis borgeren blev selvhjulpen, ville det betyde, at de fik færre besøg fra hjemmeplejen.



## Litteratur

Clark, T. (2008), "We're Over-Researched Here!": Exploring Accounts of Research Fatigue within Qualitative Research Engagements, *Sociology*, Vol. 42: 953-970

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. & Lowery, J. C. (2009), Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, Vol 4: 50

Dulak, J. A. & DuPre, E. P. (2008), Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation, *American Journal of Community Psychology*, Vol. 41: 327-350

Fixsen, D., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. & Wallace, F. (2005), *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*, Tapa, Florida: University of South Carolina

Francke, A., Smit, M. S., de Veer, A. J. E. & Mistiaen, P. (2008), Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, Vol. 8: 38-48

Guldbrandsson, K. (2008), *From news to everyday use. The difficult art of implementation*. The Swedish National Institute of Public Health, 2008:09

Hall, P. (2005), Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers, *Journal of Interprofessional Care*, (May 2005) Supplement 1: 188 – 196

Høgsbro, K. (2011), Evidensbaseret praksis – forhåbninger, begrænsninger og muligheder. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, Vol. 15: 11-29

Justesen, L., Mik-Meyer, N. (2010), *Kvalitative metoder i organisations- og ledelsesstudier*. København: Hans Reitzels Forlag


Kræmmer, M. & Divert, H. (2009), *Change & Effect. Five Principles for Implementing Real Organizational Change*. Frederiksberg: Implement Press

Kvale, S. (1994), *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzel Forlag

May, C. & Finch, T. (2009), Implementing, Embedding, and Integrating Practices: An Outline of Normalization Process Theory. *Sociology*, Vol. 43: 535-553

May, C. (2013), Towards a general theory of implementation. *Implementation Science*, Vol. 8: 18

Nielsen, K., Randall, R. & Albertsen, K. (2007), Participants' appraisals of process issues and the effects of stress management interventions. *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 28: 793-810.



Patton, M. Q. (2002), *Qualitative Research and Evaluation Methods*, 3<sup>rd</sup> edition, London: Sage Publications

Pawson, R. & Tilley, N. (1997), *Realistic Evaluation*. London: Sage Publications

Poland, B., Frohlich, K. L. & Cargo, M. (2008), Context as a Fundamental Dimension of Health Promotion Program Evaluation. I: *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas*, L. Potvin & D. McQueen (red.), Springer Science & Business Media

Randall, R. & Nielsen, K. (in press), Does the Intervention fit? An explanatory model of intervention success and failure in complex organizational environments. I: *Improving organizational interventions on stress and well-being: Addressing process and context*, C. Biron, M. Kranika-Murray & C. L. Cooper (red.), London: Psychology Press

Raunkiær, M. (2013), *Udvikling af den kommunale palliative indsats. Evaluering af projekt palliation i Nyborg kommune* (PINK), København: Palliativt Videncenter

Rosendahl, M. & Vedsted, P. (2009), Gennembrudsmetoden: En metode til at skabe forandring og kvalitetsudvikling. *Månedsskrift Praktiserende Lægegering*, August 2009: 741-749

Stenager, K. & Stevenson, G. (2013), *Voksne, som lever med vold I nære relationer – sociale indsatser, der virker*. Socialstyrelsen

Sundhedsstyrelsen (2011), *Anbefalinger for den Palliative Indsats*, København: Sundhedsstyrelsen

Thorgaard, C. & Hougaard, I. B. (2008), Metoder til kvalitet I ældreplejen. Evaluering af et metodeudviklingsprojekt. Det Nationale Center for Velfærd

Videnscenter Gennembrud, En guide til fastholdelse af praksis - vejledning og måleredskab. <http://www.videnscentergennembrud.rm.dk/files/Sundhed/Sundhedsstaben/Center%20for%20Kvalitetsudvikling/Gennembrud/generelt/vejledning%20og%20maaleredskab.pdf>

Wackerhausen, S. (2009), Collaboration, professional identity and reflection across boundaries, *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 23(5): 455–473



## Bilag 1: Begrebsafklaring

KL og SHK definerer KR som ”evidensbaserede anbefalinger, som bruges af fagpersonale, der skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglige ydelser i specifikke kliniske situationer” (SHK & KL nyhedsbrev juni 2013). I kommunerne benyttes allerede retningslinjer, standarder og instrukser, men det varierer, om de er udviklet lokalt i de enkelte kommuner, kommer fra centralt hold – f.eks. Sundhedsstyrelsen – og om de bygger på et forudgående evidensbaseret litteraturstudie, som er det krav, der stilles til en klinisk retningslinje fra Center for Kliniske Retningslinjer. I evalueringen benyttes *kliniske retningslinjer* udelukkende om de fire KR, som KL og SHK har udviklet, ellers benyttes betegnelsen retningslinjer. Kliniske retningslinjer forkortes KR. *Instrukser* benyttes om de fire afledte generiske instrukser, som er afledt af hver af de fire KR. *Handlingsanvisninger* benyttes som de specifikke, beskrevne anvisninger, som anbefales i instrukserne. *Lokal handlingsanvisning* benyttes om de lokalt beskrevne arbejdsgange, som hver kommune forventes at udvikle og tilføje til hver enkelt instruks (KL og SHKs projektbeskrivelse, marts 2013).

Vi har i evalueringen valgt at anskue begrebet implementering ud fra et organisations-teoretisk perspektiv som *‘all activities contributing to both the design and realization of the immediate desired effects and the growth of organizational learning, capability, and adaptability’* (Kræmmer & Divert 2009). Implementeringsprocessen, som er evalueret i denne rapport, begyndte før projektet formelt blev annonceret til medarbejderne i kommunerne, og forsætter efter den tidsbegrænsede projektperiode. Implementeringen omfatter derved alle de aktiviteter og forandringer, der sættes i værk for at omsætte viden fra KR til praksis. Derfor har vi også inkluderet korrespondance og andet materiale, som KL og SHK har haft med kommunerne før det indledende kick-off arrangement. Men vi har ikke haft lejlighed til at inkludere processen med selve udviklingen af KR og instrukser.

## Bilag 2: Metode og analyse

### Evalueringdesign

Evalueringen er tilrettelagt med afsæt i realistisk evalueringsteori og nyere implementeringsteori (Pawson & Tilley 1997). En realistisk evaluering fokuserer bl.a. på de betingelser, hvorunder en indsats implementeres. Det vil f.eks. sige de institutionelle og organisatoriske forhold samt de involverede aktørers ræsonnementer, praksis og sociale interaktioner. Nyere implementeringsteori forsøger ligeledes at præcisere og forstå de mekanismer, der har betydning for implementering af forskellige indsatser. Et metareview af Francke *et al.* (2008) peger på, at implementeringen af KR generelt påvirkes af følgende fem forhold:

- Retningslinjernes særlige beskaffenhed (f.eks. graden af deres kompleksitet)
- Implementeringstilgangen
- De sundhedsprofessionelles/medarbejdernes karakteristika
- Patienterne/borgernes karakteristika
- Omgivelsernes karakteristika

I evalueringen har vi fundet en undersøgelse af disse forholds betydning særlig vigtig – ikke mindst fordi implementeringen påvirkes af et komplekst samspil mellem fire forskellige indsatsområder, fire forskellige typer af anbefalinger, forskellige faggrupper, forskellige ledelses- og medarbejderniveauer, forskellige typer af implementeringsenheder og forskellige kommunale rammer.

For at undersøge og forstå, hvordan ledere og frontpersonalet tog imod KR og instrukser, benytter vi det analytiske begreb *appraisal*, som på dansk kan oversættes med 'vurdering'. Nielsen *et al.* (2007) peger på, at centrale aktørers *appraisal* af en intervention, og det vil sige deres vurdering af dens kvalitet, bæredygtighed, anvendelighed og relevans, har stor betydning for deltagernes engagement i implementeringen og dermed også den opnåede virkning.

Til at undersøge de kontekstuelle rammer for implementeringen har vi fundet begrebet *environment-intervention fit* (Randall & Nielsen, *in press*) centralt. Begrebet vedrører, hvordan interventionen – eller i dette tilfælde de fire KR og instrukser – passer ind i forskellige kontekstuelle niveauer. Disse niveauer udgøres af: 1) det umiddelbare arbejdsmiljø for en enkelt medarbejder, 2) det team af medarbejdere der skal udføre arbejdet, 3) den større organisatoriske sammenhæng, og 4) den overordnede økonomiske og sociale kontekst, som organisationen arbejder inden for. I nærværende evaluering har vi fokuseret på de tre første af disse kontekstuelle niveauer, da de har været mest relevante for implementeringen i de enkelte kommuner.

### Dataindsamlingsmetoder

For at besvare de opstillede evalueringsspørgsmål har vi fundet det nødvendigt at kombinere fire forskellige kvalitative dataindsamlingsmetoder. Disse metoder er dokumenter, individuelle semistrukturerede interviews, fokusgruppeinterviews og observationer.

## Oversigt over datamateriale

Metode	Dataindsamlingsaktiviteter	
	FASE 1: Forberedelse	FASE 2: Implementering
Dokumenter	62	35
Individuelle interview med ledere	9	8
Fokusgruppeinterview med frontmedarbejdere		8
Observationer af forberedelsesaktiviteter	5	1
Observationer af arbejdsdag med medarbejdere		18

I evalueringen har vi indsamlet dokumenter som KL, SK, de fire arbejdsgrupper, CKR og de enkelte kommuner har produceret. Dokumenterne består af projektbeskrivelse, KR og instrukser med lokale handlingsanvisninger, mødereferater og interne notater, projektstyringsdokumenter samt indlæg på KLs elektroniske portal DialogForum for de involverede kommuner. Dokumenterne har givet os et indblik i de konkrete aktiviteter, overvejelser og udfordringer, som kommunerne har stået over for i implementeringsforløbet, samt rationalet bag udviklingen af KR og instrukser. Dokumenterne har ligeledes givet os en central viden om, hvordan kommunerne har tilrettelagt implementeringen.

Der er gennemført individuelle semistrukturerede interview med ledere i samtlige ni pilotkommuner både i den indledende forberedelsesfase og i den efterfølgende implementeringsfase. Formålet med lederinterviewene var at afdække deres begrundelser for at deltage i projektet, deres opfattelse af evidensbaseret praksis, deres organisering af implementeringen, deres egen rolle i implementeringen og forventninger til medarbejderne, deres planlagte og gennemførte aktiviteter, deres oplevelser af hele implementeringsforløbet og vurdering af projektets bæredygtighed og eventuelle effekt. Lederne blev også anmodet om at komme med råd til andre kommuner og KL og SHK i forhold til en lignende proces.

Lederne blev udvalgt således, at de repræsenterer forskellige implementeringsenheder. Flest er på mellemliderniveau, da vi erfarer, at det var på dette niveau, at lederne havde mest indsigt i de konkrete implementeringsaktiviteter og processen med at omsætte instrukserne i praksis. Det semistrukturerede interviewformat blev valgt, da det er fleksibelt i sin form og derved giver mulighed for at forfølge tematikker, som interviewpersonen selv drager frem under interviewet (Kvale 1994). Vi har så vidt muligt forsøgt at interviewe de samme ledere i forberedelses- som i implementeringsfasen. Dette var ikke muligt i fire af kommunerne, hvilket skyldes, at nogle ledere ikke længere var ansat i kommunen, eller at de ikke havde tid eller ikke længere var involveret i projektet. I en enkelt kommune var det ikke muligt at interviewe lederen i implementeringsfasen, og derfor blev der kun interviewet otte ledere i fase 2.

I implementeringsfasen gennemførte vi fokusgruppeinterview med det social- og sundhedsfaglige personale, der arbejdede med instrukserne i praksis. Formålet med fokusgruppeinterviewene var at give os indsigt i de variationer og ligheder, der er mellem holdninger og erfaringer medarbejderne imellem og i særdeleshed på tværs af faggrupper (Justesen & Mik-Meyer 2010). I fokusgruppeinterviewene afdækkede vi medarbejdernes oplevelser af introduktionen til projektet, af eventuel undervisning i forbindelse med projektet, egen rolle i implementeringen, erfaringer med at bruge instruksens indflydelse på faglighed og samarbejde internt og på tværs af faggrupper, tværfagligt og tværsektorielt samarbejde generelt, forhold til ledelsen og organisering af implementeringen, forhold til

borgere/borgergrupper, forhold til evidensstilgangen og vurdering af projektets bæredygtighed og eventuelle effekt for borgere. Medarbejderne blev desuden bedt om at videregive vigtige læringspointer og råd til andre kommuner.

Lederne blev anmodet om at rekruttere medarbejdere til interviewet på baggrund af tre parametre: Faggrupper, enheder og instrukser. Der deltog mellem to og seks medarbejdere til hvert fokusgruppeinterview. Ofte var der medarbejdere, der meldte fra til interviewet på selve dagen, fordi de var syge, ikke var blevet informeret om interviewet, var optaget af hasteopgaver eller ikke ønskede at deltage. Det var derfor generelt en udfordring at sikre medarbejdere fra alle faggrupper, enheder og instrukser. Der deltog generelt enten ingen eller kun få SSA, SSH og fysioterapeuter på trods af anmodning om deltagelse fra samtlige involverede faggrupper. I én kommune vurderede ledelsen, at medarbejderne ikke kunne afsætte tid til at stille op til et fokusgruppeinterview, og derfor blev der ikke gennemført fokusgruppeinterview med medarbejderne i denne kommune.


#### Oversigt over deltagere i fokusgruppeinterview fordelt på faggruppe og enhed

	Hjemmepleje/ Hjemmesygeplejen	Plejecenter/ Plejhjem	Genoptræningscenter/ Rehabiliteringscenter	I alt
Sygeplejersker	10	3		13
SSA	1	3		4
SSH	1	1		2
Ergoterapeuter		2	5	7
Fysioterapeuter			1	1
Sygehjælper		1		1
I alt	12	10	6	28

Både i den indledende forberedelsesfase og den efterfølgende implementeringsfase blev der gennemført observationer blandt det sundhedsfaglige personale. I den indledende fase 1 var observationerne af nogle få møder og uddannelsesaktiviteter, der blev afholdt for at forberede medarbejderne på at bruge instrukserne i praksis.

#### Oversigt over deltagere i observationer i fase 2 fordelt på faggruppe og enhed

	Hjemmepleje/ Hjemmesygeplejen	Plejecenter/ Plejhjem	Genoptræningscenter/ Rehabiliteringscenter	I alt
Sygeplejersker	6	2		8
SSA	2			2
SSH	1	2		3
Ergoterapeuter		2	4	6
Fysioterapeuter			4	4
Andet (f.eks. afdelingsleder)	7	1	5	13
I alt	16	7	13	36



I implementeringsfasen – fase 2 – fulgte vi en medarbejder i 2-4 timer i hver kommune for hver af de instrukser, som kommunen havde valgt at afprøve. Når vi fulgte medarbejderne, forsøgte vi også så vidt muligt at tale med andre medarbejdere eller ledere det pågældende sted. I én kommune var observationer for en af instrukserne ikke mulig; samme kommune havde heller ikke grundet tid og resurser mulighed for at stille op til et fokusgruppeinterview. Observationerne har givet værdifuld viden om, hvordan omsætningen af en instruks sker i praksis, hvilke betingelser og kontekstuelle forhold der er af betydning for implementeringen, og hvordan medarbejderne vurderer anvendeligheden og relevansen af instrukserne. Observationerne har ydermere givet en væsentlig indsigt i medarbejdernes vurdering af ledelsens rolle i implementeringen og de forankringsaktiviteter, der blev søsat undervejs i forløbet.

## Analyse

Datamaterialet består af transskriberede individuelle interview, transskriberede fokusgruppeinterview, feltnoter fra observationer og dokumenter, som kommunerne eller KL og SK har produceret eller henvist til. Samtlige individuelle lederinterview blev transskriberet ordret, mens fokusgruppeinterviewene blev transskriberet undervejs i interviewet. Efterfølgende er udvalgte passager skrevet ordret. Interview- og observationsmaterialet er derefter læst igennem og analyseret ud fra følgende temaer, der tager udgangspunkt i de seks evalueringsspørgsmål:

- Tilrettelæggelse af implementeringen
- Erfaringer med at benytte instruksen i praksis
- Medarbejderes karakteristika (rolle, professionelle identitet, indbyrdes relationer)
- Tværfagligt samarbejde
- Medarbejdernes forhold til ledelsen
- Medarbejdernes forhold til borgere/borgergrupper
- Kontekstuelle forhold (f.eks. organisatorisk ramme)
- Ledere og medarbejderes forhold til KR, evidens og standardisering
- Ledere og medarbejderes vurdering af projektets relevans og effekt for borgere
- Læringspotentialer til KL, SHK og andre kommuner

Temaerne blev diskuteret i projektgruppen, og på baggrund heraf er der blevet identificeret en række centrale undertemaer. Vores analyse fremgangsmåde har derfor både været deduktiv og induktiv, idet den har taget afsæt i realistisk evalueringsteori og nyere implementeringsteori, men samtidig har identificeret undertemaer, som ikke på forhånd var givet inden for denne teoretiske ramme (Patton 2002).

KR og instrukserne er gennemlæst med henblik på at undersøge formuleringer og konkrete anbefalinger for at kunne sammenholde dette med vores fund i interview- og observationsmaterialet. De resterende dokumenter er blevet læst som en form for dokumentation af de aktiviteter, overvejelser og antagelser, som KL, SHK og kommunerne har gjort sig undervejs.



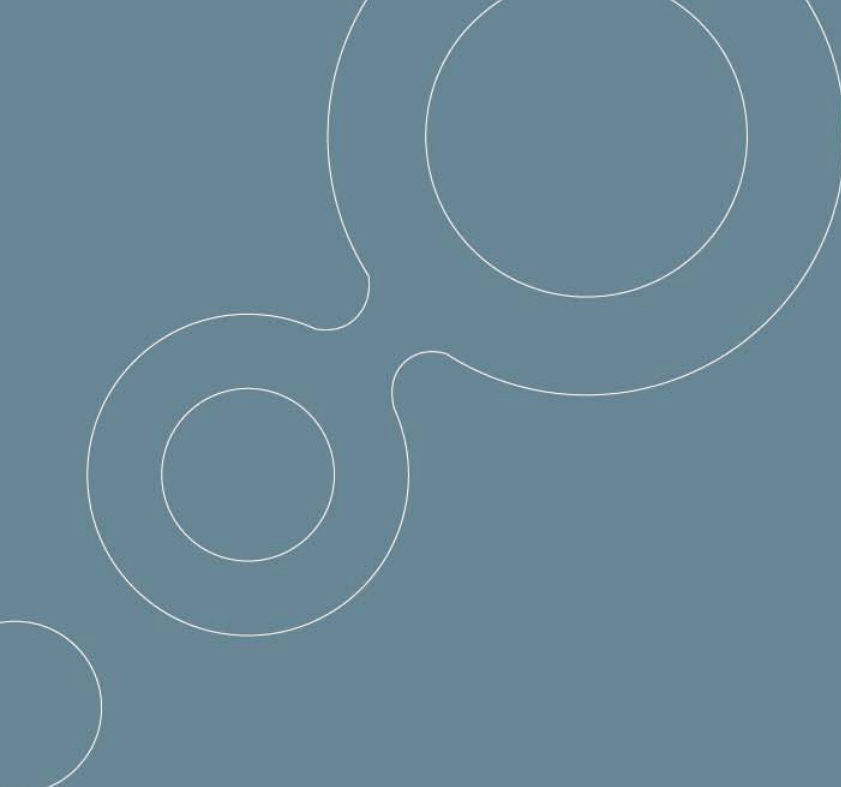


## Bilag 3: KL og SHKs rolle

Baseret på KL og SHKs projektbeskrivelse fra marts 2013 kan KL og SHKs rolle præsenteres visuelt i følgende figur:

### KL og SHKs aktivitetsoversigt





## Center for Interventionsforskning

Statens Institut for Folkesundhed  
Syddansk Universitet  
Øster Farimagsgade 5 A,  
1353 København K.  
[www.interventionsforskning.dk](http://www.interventionsforskning.dk)

