

Uddannelsens titel: Assistenten i det tværgående samarbejde

Inspirationsmaterialet er udviklet af: Bitten Salomonsen, Mechelina Dreyer, Århus Social- og Sundhedsskole.

1. Uddannelsens sammenhæng til jobområde (FKB)

Moder-FKB:

2222 Ældrepleje, sygepleje og sundhed i kommunalt regi

Endvidere tilknyttet følgende af EPOS FKBere:

2223 Socialpsykiatri og fysisk/psykisk handicap

2272 Sundheds- og sygeplejeopgaver i sygehusvæsenet

Arbejdsfunktioner

Politisk, sundhedsfagligt og hos borgere og pårørende er sammenhæng i sundhedsydelser på dagsordenen. Multikompleksitets begrebet har fået en ny dimension og anvendes nu ikke blot om multisyge borgere med multikomplekse plejebestanden, men også om sundhedsvæsenet som system og rækken af sundhedsydelser og tilbud i de enkelte sektorer, på tværs af sektorer og mellem sektorer.

Adskillige undersøgelser peger på, at borger og pårørende oplever sig fortabte i det danske sundhedsvæsen, hvor de selv skal tage sig af koordinering, sammenhæng og overlevering mellem afdelinger, sektorer og tilbud. En opgave som gør dem utrygge og belaster dem væsentligt og unødigt i en i forvejen belastende situation som syg eller pårørende til en syg. (Danske patienter: " Mangel på sammenhæng i sundhedsvæsenet – fortalt af patienter og pårørende" (2014), " Er der styr på mig – sammenhængende forløb fra patientens perspektiv" Dansk Sundhedsinstitut (2010).

I rapporten " Ide og udviklingskatalog for det nære sundhedsvæsen" (2012) stilles der skarpt på, at sundhedsvæsenet er under dynamisk forandring. Middellevetiden stiger væsentligt, andelen af kronikere er stigende, andelen af multisyge er stigende, samtidig udvikles der nye behandlingsformer, ny teknologi, ny medicin, accellerede patientforløb og nye strukturer.

Strukturreformen fra 2007 har desuden givet kommunerne langt større ansvar i forhold til centrale opgaver i forhold til forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering.

Ifølge rapporten " Bedre incitamenter i sundhedsvæsenet" (2013), konkluderes det, at en stor patientandel er i gentagende kontakt med både almen praksis, sygehusvæsenet og den kommunale sektor (herunder den sociale). Hvorfor det er essentielt at samarbejdet på tværs af sektorerne fungerer og optimeres.

Hertil kommer at Center for Folkesundhed i artiklen "Fysisk sygdom hos psykisk syge", 2014 påpeger, at en stor andel af psykisk syge er multisyge pga komplicerende somatisk lidelse, samt at en stor andel af denne gruppe underdiagnosticeres og underbehandles på somatisk hospital. Derfor er der behov for at skærpe fokus og udvikle pleje og behandling af denne patientgruppe på tværs af sektorer.

"Det samarbejdende sundhedsvæsen" EPOS (2013) konkluderer, at udviklingen i sundhedsvæsenet stiller øgede kompetencekrav til alle medarbejdergrupper, herunder i særlig grad social- og sundhedsassistenter i forhold til 3 kompetenceområder: formidlingskompetence, samarbejdskompetencer og koordinationskompetence.

For at evne denne øgede opmærksomhed på tværgående samarbejde er det centralt, at den enkelte medarbejder styrker sin forståelse for organisationernes forskellige strukturer, processer og kulturer. Ligesom at social og sundhedsassistentens evne til risikohåndtering ved overgange og etablering af tværgående professionelle samarbejdsrelationer styrkes. Nærværende uddannelse er udviklet at klæde social- og sundhedsassistenten i primærsektor, sekundærsektor og almen praksis på til, at udvikle og implementere netop disse kompetencer i dennes daglige praksis.

Deltagerforudsætninger

Deltagerne er uddannet social og sundhedsassistenter og har relevant erhvervs erfaring eller tilsvarende kompetencer.

Relevante uddannelser at kombinere med

- 44008 Pleje af patient med akut medicinsk sygdom
- 44009 Pleje af patient med kronisk medicinsk sygdom
- 47920 Borgernær forløbskoordination
- 47748 Assistenten som nøgleperson
- 46834 Borgere med kronisk sygdom
- 47971 Patienter med demens på somatisk hospital
- 47990 Patienter med psykisk sygdom/misbrug på somatisk hospital
- 46898 Pleje af patienter på intensiv- og opvågningsafd.
- 42683 Pleje og behandling af diabetikere
- 42682 Pleje og behandling af kræftpatienter
- 40411 Selvstændigt arbejde med pleje af svangre kvinder
- 40412 Selvstændigt arbejde med pleje på føde-barselsafd.
- 40127 Selvstændigt arbejde med rehabilitering
- 47265 Social- og sundhedsassistentens arbejde i FAM
- 40122 Tværfagligt og -sektorielt samarbejde om KOL
- 40128 Tværsektorielt arbejde med rehabilitering
- 46834 Borgere med kronisk sygdom
- 47259 Borgere med misbrugsproblemer
- 47263 Fysisk genoptræning af borgere/patienter
- 40821 Neurorehabilitering af senhjerneskadede

2. Ideer til tilrettelæggelse

Det er vigtigt at holde sig for øje, at uddannelsens mål er udvikling af assistentens fagpersonlige kompetencer til at kvalificere sin daglige praksis indenfor eget kompetenceområde, gennem større forståelse for organisationer, strukturer og processer med henblik på etablering af sammenhængskraft i de daglige patientforløb og kontakter.

Da uddannelsen netop har fokus på tværgående samarbejde opfordres der til at etablere hold med repræsentanter fra så vidt muligt psykiatri, somatik, primær sektor og almenpraksis. Ligeledes opfordres der til, at gruppearbejde, refleksioner mm. i så høj grad som muligt tilrettelægges således, at det foregår i tværgående grupper for at understøtte det at udvikle fælles viden, forståelse, relationer på tværs.

Uddannelsen bør kontinuerligt inddrage deltageres egen praksis og erfaringer og bør vægte refleksion mellem teori og praksis højt for at skabe så stor grad af praksisnærhed som muligt. Deltagerne kan hensigtsmæssigt arbejde med egne praksisfortællinger med henblik på at afdække udviklingspunkter.

Det anbefales i forlængelse heraf, at uddannelsen tilrettelægges som splitforløb, således at deltagerne kan efterprøve ny viden og ideer til udvikling i egen praksis under forløbet.

Nærværende materiale opfordrer til, at der så vidt muligt arbejdes med deltageres egne cases/praksisfortællinger med henblik på at skabe høj grad af praksisnærhed og styrke transfer. Skulle deltageres praksiserfaringer være for sparsomme til at egne praksisfortællinger giver tilstrækkelig nuanceret materiale kan der hentes cases i udgivelserne: " Mangel på sammenhæng i sundhedsvæsenet – fortalt af patienter og pårørende" (2014), " Er der styr på mig" udgivet af Danske Patienter, ligeledes er der gode cases i bogen " Sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet" kapitel 3: Hverdagslivet, sammenhæng og brud som udgangspunkt for rehabiliteringsforløb".

3. Temaer

Temaoversigt

Tema 1: Det tværgående samarbejde

Tema 2: Organisatorisk tværgående rammer og redskaber

Tema 3: Redskaber til tværgående samarbejde

Tema 1: Det tværgående samarbejde

Temaet bør behandle følgende undertemaer med henblik på at indføre deltagerne i strukturer og kulturer nu og fremadrettet forstået ud fra et nationalt, kommunalt/regionalt perspektiv og ikke mindst fra et bruger perspektiv. Temaet bør skabe indsigt i de politiske visioner og konsekvenserne for den sundhedsprofessionelles rammer og forpligtelser i egen daglige praksis samt de krav og vilkår, som borger og pårørende mødes med med henblik på at gøre deltageren i stand til at foretage perspektiv skifte og dermed kvalificere egen daglig praksis.

1.1: Perspektiver på det tværgående samarbejde

- Nationale perspektiver
- Kommunale, regionale og lokale perspektiver
- Fagprofessionelle perspektiver
- Borger perspektiver

1.2: Sundhedsvæsnet nu og i fremtiden

- Sundhedsvæsnets kerneopgave nu og i fremtiden
- Overbliksbillede af det danske sundhedsvæsnens opbygning
- Regioner og kommuner, beslutninger og forpligtelser
- Sektorer, strukturer og informationsflow intern og på tværs

Tema 2: Organisatorisk tværgående rammer og redskaber

Temaet bør til en hver tid beskæftige sig med aktuelle fælles rammer og redskaber i sektorerne. I skrivende stund er nedenstående et kvalificeret bud. Underviseren må dog løbende vurdere indholdet.

Temaets formål er at indføre deltagerne i tværgående rammer og redskaber, dels for at deltagerne skal mestre anvendelse heraf, og dels for at deltagerne skal kunne foretage målrettet kommunikation og overlevering mhp. risikohåndtering ved overgange.

- Sundhedsaftalerne
- Forløbsbeskrivelser
- Genoptræningsplaner
- Medicinskemaer
- ISBAR
- Handleplaner (psykiatrien)
- Dokumentationspraksis

Tema 3: Redskaber til tværgående samarbejde

Temaet kan med fordel inddeles i følgende undertemaer:

- Professionalisme, respektfuldhed og problemløsende adfærd
- Fælles viden, mål og forståelse
- Samarbejdsrelationer formalisering, rettidighed
- Informationsflow (skriftlig og mundtlig kommunikation)
- Risikohåndtering
- Udviklingsbehov og implementering

Temaet har til hensigt at give deltagerne forståelse for essentielle elementer i etablering, gennemførelse og vedligeholdelse af professionelle tværgående samarbejdsrelationer. Faktorerens indbyrdes afhængighed er en afgørende indsigt til fremadrettet anvendelse i egen praksis.

4. Opgaver og undervisningsmaterialer

Generelt bygger dette afsnit på forudsætningen om, at holdet er etableret tværsektorielt, således at så mange sektorer er repræsenteret som muligt. Ligeledes anbefales det som nævnt, at deltagerne under uddannelsen som udgangspunkt arbejder i tværsektorielle grupper.

Tema 1: Det tværgående samarbejde

1.1: Perspektiver på det tværgående samarbejde

Da det er utrolig vigtigt at holde fokus på deltagernes egen praksis, er det oplagt at indlede uddannelsen med, at deltagerne indgår i et erfaringsudvekslingsforum, hvor de deler erfaringer fra deres respektive praksis, der sætter fokus på behovet for tværgående samarbejde. Metodisk kan dette tilrettelægges på mange måder. Som eksempel kan nævnes Historiefortælling, hvor deltagerne tager udgangspunkt i et specifikt patientforløb, som fortælles efter en skabelon (se nedenfor). Denne metode vil bidrage med praksisfortællinger, der kan anvendes til analyse i tema 2.

Alternativt kan der arrangeres Cafemøder, hvor deltagerne cirkulerer mellem 3-4 stationer under overskrifterne: Borgerperspektiv, pårørende perspektiv, medarbejder perspektiv og den politiske dagsorden. Deltagerne har 15 minutter ved hver station og én er skribent og nedfælder væsentlige pointer fra dialogen. Vælges Cafemøder som metode bør der sidenhen produceres praksisfortællinger. Det er vigtigt at de væsentligste pointer opsamles og deles i plenum i forhold til centrale spørgsmål som:

- 1. Hvad skal tværgående samarbejde bidrage med i forhold til Patienten? I forhold til samfundet? I forhold til sektoren? I forhold til den sundhedsprofessionelle?*
- 2. Hvad er sammenhæng? Hvordan kan sammenhæng opleves og tolkes forskelligt afhængig af om man betragter det fra et samfunds-, patient-, sektor- og eller sundhedsprofessionelt perspektiv?*
- 3. Hvad er der behov for i jeres daglige praksis for at styrke oplevelsen af sammenhæng for patient og personale i det tværgående samarbejde?*
- 4. Hvilke konsekvenser har manglende tværgående samarbejde?*

Erfaringsudvekslingen kan oplagt efterfølges af tilegnelse af viden på området. Dette kan indledes med oplæg om de politiske perspektiver og konsekvenser.

Efterfølgende kan deltagerne i grupper fordybe sig i patient og pårørende perspektivet ud fra læsning af de ni fortællinger i "Mangel på sammenhæng i sundhedsvæsenet – fortalt af patienter og pårørende". Hver gruppe kan læse 1-2 af af patientfortællingerne og kortlægge disse ud fra figuren nedenfor.

Fortælling af praksishistorie der demonstrerer behov for tværgående samarbejde:

Historiefortælling

- erfaringsudveksling i grupper om behov for tværgående samarbejde

I skal i grupperne dele jeres erfaringer med tværgående samarbejde i forbindelse med patientforløb

I skal gøre det ved at fortælle hinanden, om jeres erfaringer i forhold til et konkret patientforløb som har gjort indtryk på jer. Det kan være et patientforløb som udfordrede pga. manglende tværgående samarbejde eller det kan være en succeshistorie, som netop lykkedes pga. et usædvanlig velfungerende tværgående samarbejde.

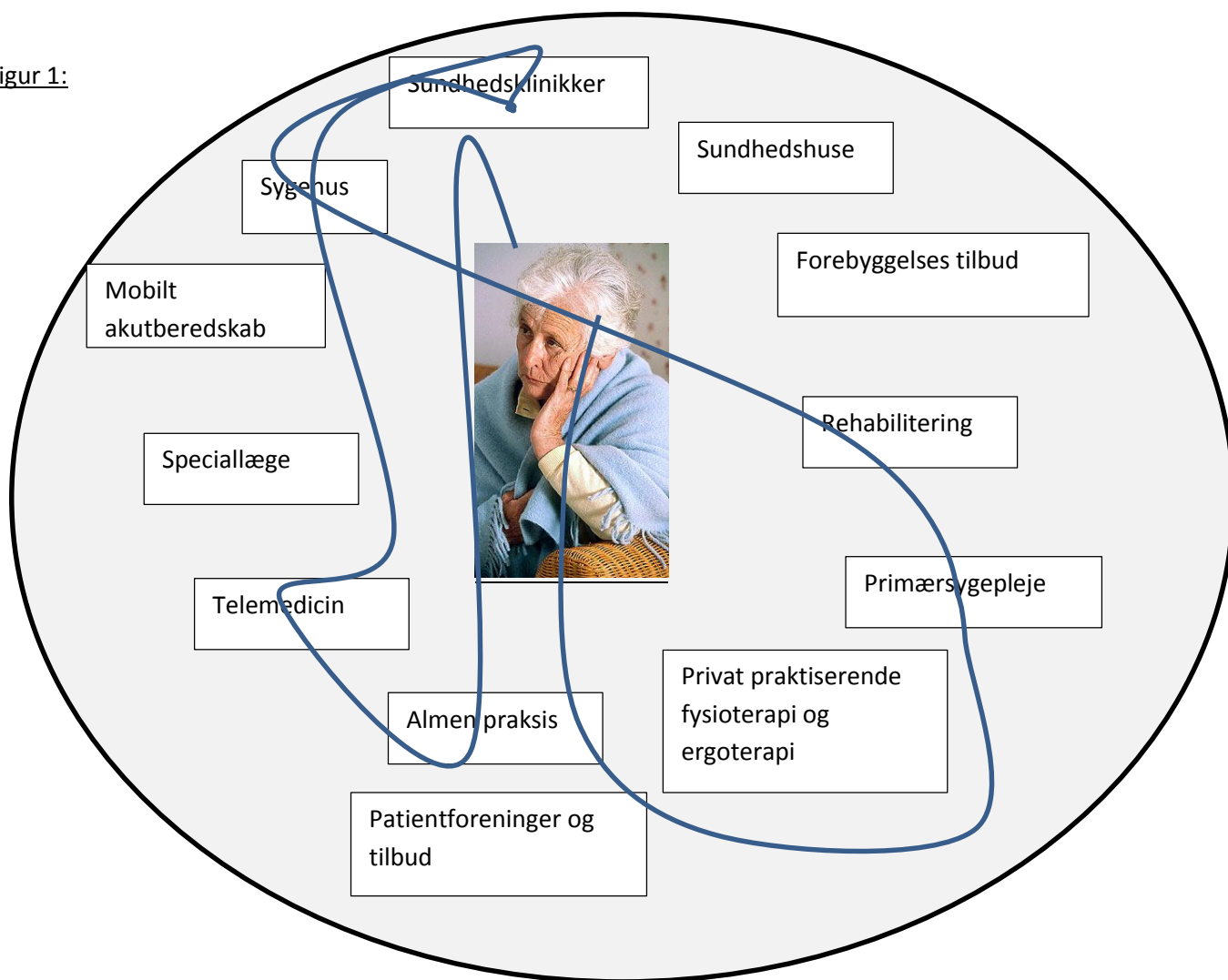
Husk at dem I fortæller til ikke kender jeres praksis så vær detaljerede og præcise!

Forbered jer til på at fortælle jeres historie ved at besvare følgende spørgsmål:

- ***Hvilket patientforløb har gjort særligt indtryk på mig? Hvorfor gjorde det særlig indtryk? - Beskriv kort og præcist hvad der var udfordringen eller succesen!***
- ***Hvilke data kender du om patienten, alder, diagnose, sygehistorie, pårørende, følelsesmæssige belastninger og ressourcer ?***
- ***Hvordan var forløbet – prøv at beskrive det så kronologisk som muligt. Hvilke samarbejdsparter var involveret, hvilke prøver, undersøgelser, behandling, plan ?***
- ***Hvad var den særlige udfordring, ex. Manglede du informationer, var overlevering mangelfuld, var det svært at komme til at overlevere, var kompleksiteten høj osv. ? hvordan arbejdede I med udfordringen ? Highlight succeser og fiaskoer i opgaveløsningen.***
- ***Foretag en konklusion på patientforløbet. Hvad betød det for dig som sundhedsprofessionel? Har du gjort dig nogle væsentlige erfaringer som du kan og vil bruge fremover i din praksis ?***

En fortæller ad gangen. Gruppen lytter. Efter hver fortælling skriver de øvrige gruppemedlemmer spørgsmål og kommentarer (2 – 3) til fortælleren. Denne hverken svarer eller kommenterer medmindre, der er noget, hun eller han ikke forstår. Ideen er, at spørgsmålene og kommentarerne sætte en refleksiv proces i gang, som ikke skal forstyrres af dialog.

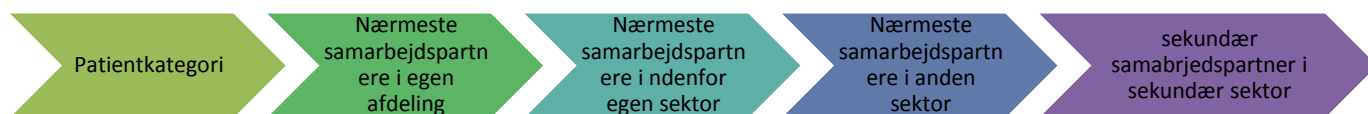
Figur 1:



Afsluttende kan der ud fra et oplæg om tema **1.2: Sundhedsvæsenet nu og i fremtiden** (kerneopgave, overblik over sundhedsvæsenets opbygning, beslutninger i regioner og kommuner og sektorenes informationsflow), arbejdes med kortlægning af egen praksis ud fra flowdiagram for de almindeligste patientkategorier. Herunder identificering af konkrete udfordringer i daglig praksis.

Dette oplæg kan baseres på kapitler fra bogen "Sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet" (2010) redigeret af Helle Timm. Her skal fremhæves kapitel 1: Uffe Juul Jensen: Striden om sammenhæng i behandling, sundhedspraksis og sundhedsvæsen; kapitel 2: Kristian Larsen: Det behandlende hus er blevet sygt; Kapitel 5: Frede Olesen: Om behovet for evidens i udviklingen af et sammenhængende sundhedsvæsen.

Kortlægningen af deltagerens egen praksis kan tage udgangspunkt i nedenstående figur 2:



Tema 2. Organisatorisk tværgående rammer og redskaber

- Sundhedsaftalerne
- Forløbsbeskrivelser
- Genoptræningsplaner og rehabiliteringsplaner
- Medicinskema
- ISBAR med SALSA
- Handleplaner (psykiatri)
- Dokumentationspraksis

Temaet bør læses med fokus på overlevering og risikohåndtering.

Det må løbende vurderes hvilke redskaber temaet primært bør beskæftige sig med. Der kan udvælges 2-3 redskaber som bearbejdes i dybden og andre redskaber som deltagerne vælger at arbejde med i grupper.

Det er oplagt at kigge overordnet på pakkeforløb og sundhedsaftaler i de enkelte regioner.

I forhold til **ISBAR** sikker kommunikation ligger der udmærket undervisningsmateriale på Patient sikkert sygehus. Deltagerne bør træne Isbar med salsa som simulation. Da dette redskab netop er udviklet med henblik på overgange/ overlevering. Simulationstræningen kan tage udgangspunkt i deltagerens praksisbeskrivelser fra erfaringsudvekslingen i tema 1 eller inspireres af de 9 patientfortællinger.

Desuden bør deltagerne indføres i relevante dokumentationsmetoder i forbindelse med overlevering anvendt i mellem og indenfor sektorer. Fokus er her på, hvor og hvordan finder den sundhedsprofessionelle al relevant information om patienten.

Eksempelvis kan deltagerne udarbejde et flowchart på baggrund af en konkret praksisfortælling. Flow chartret skal synliggøre, hvilken type informationer der overleveres hvordan og dermed muliggøre identifikation af risikoområder. Efterfølgende kan deltagerne arbejde med reflektion over, hvordan nogle af disse risikoområder kan minimeres i egen praksis indenfor eget kompetencefelt.

Afslutningsvis kan deltagerne fordybe sig i et selvvalgt redskab af særlig relevans for deres praksis. Fordybelsesarbejdet fremlægges med henblik på videndeling.

Tema 3: Redskaber til tværgående samarbejde

Det er oplagt at bearbejde dette tema ud fra seneste evidensbaserede redskab til etablering af tværgående samarbejde: **Relationel koordinering**.

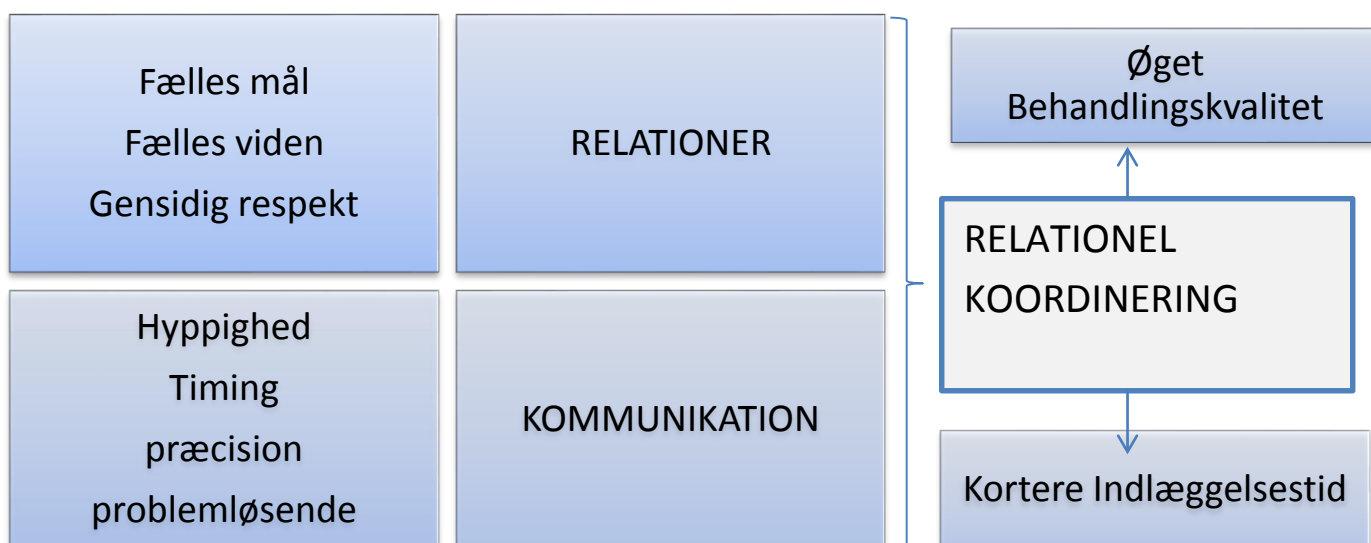
Relationel koordinering er indgående beskrevet i bogen ” Effektivitet i sundhedsvæsenet – samarbejde, fleksibilitet og kvalitet” (2014) af Jody Hoffer Gittel. Alternativt kan der søges indsigt i metoden via artiklen ” Når det relationelle gør en forskel” (2014) af Mette Therkelsen.

Deltagerne kan indføres i metoden via oplæg og/ eller faglig læsning suppleret med videomateriale herom produceret af Region Nordjylland (www.Velfaerdsledelse.dk) eller video fra BAR om samarbejde i ældreplejen.

Efterfølgende kan deltagerne arbejde med begrebsafklaring i forhold til figur 3. *I følge teorien:*

- *Hvad vil det sige at have fælles mål?*
- *Hvad vil det sige at have fælles viden?*
- *Hvad betyder gensidig respekt?*
- *Hvordan ser det ud i praksis?*
- *Hvad betyder hyppighed?*
- *Hvad betyder timing og præcision?*
- *Hvordan viser det sig i praksis?*
- *Hvad er problemløsende adfærd – hvordan viser det sig ?*

Figur 3:



Deltagerne kan nu oplagt vende tilbage til deres kortlægning af egen praksis fra tema 1.2 og nu kan de, med udgangspunkt i kortlægningen forholde sig til og beskrive relationer og kommunikation i forhold til den aktuelle patientgruppe ud fra figuren ovenfor (figur 3).

Herefter kan deltagerne identificere og dernæst prioritere udviklingspunkter. Alternativ kan deltagerne vende tilbage til praksisfortællingerne fra 1.1 og kortlægge den relationelle koordinering i den aktuelle case og herudfra identificere udviklingsbehov.

På baggrund heraf kan der arbejdes med konkrete forslag til forbedring af egen praksis. Forslagene deles eventuelt via produktion af en lille præsentationsfilm.

Uddannelsen bør for at højne transfer afsluttes med at deltagerne udarbejder individuel handleplan for implementering af ny indsigt og viden når de vender tilbage til deres arbejdsplads.

5. Litteraturliste mv.

Gittel, Jody Hoffer, Effektivitet i sundhedsvæsenet – samarbejde, fleksibilitet og kvalitet, Munksgaard, København: 2014

Timm, Helle, red., Sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet, Videnscenter for sammenhængende forløb, professionshøjskolen Metropol, København: 2010

Rapporter:

Albertsen, Karen, Wiegman, Inger-Marie, Limborg, Hans-Jørgen, Hverdagsrehabilitering og relationel koordinering, Afsluttende rapport fra ReKoHver-projektet, Team arbejdsliv, september 2014

Det samarbejdende sundhedsvæsen, EPOS 2013

Gittel, Jody Hoffer; Relational coordination: guidelines for Theory, Measurement and Analysis, February 2012

Martin HM, Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv. Dansk Sundhedsinstitut, 2010

Ide og udviklingskatalog for det nære sundhedsvæsen, Region Midtjylland 2012

Mangel på sammenhæng i sundhedsvæsenet – fortalt af patienter og pårørende: Danske patienter 2014

Artikler:

Duric, Nevena: At opnå mere med færre ressourcer – interview med professor Jody Hoffer Gittel, Type2 Dialog, Lyngby: 2014

Larsen, Finn Breinholt: Fysisk sygdom hos psykisk syge; Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, Nr. 4, januar 2008

Therkelsen, Marianne: Når det relationelle gør en forskel, Region Nordjylland sætter fokus på relationer i ledelse og relationel koordinering mellem patienter og personale, mellem faggrupper og mellem afdelinger, Sundhedsvæsenet lige nu: 2014

www.patientsikkerhedsygehus.dk

www.bar-sosu.dk

www.velaerdsledelse.dk