

Læringskapacitet i hjemme- og sygeplejen

Barrierer og muligheder for at omsætte ny viden til praksis



Vibeke Kristine Scheller, Mette Brehm Johansen, Elisabet Danielsen Kass
og Martin Sandberg Buch

VIVÉ

*Læringskapacitet i hjemme- og sygeplejen
– Barrierer og muligheder for at omsætte ny viden til praksis*

© VIVE og forfatterne, 2024

e-ISBN: 978-87-7582-409-0

Projekt: 302894

Finansiering: Steno Diabetes Center Odense

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



VIVE støtter FN's verdensmål og angiver her, hvilket eller hvilke verdensmål der knytter sig til publikationen.



Forord

Idet flere og flere borgere lever med en eller flere kroniske sygdomme, er det væsentligt, at medarbejderne på alle niveauer i hjemme- og sygeplejen får den nødvendige viden og kompetencer til at være klædt på til opgaven.

Denne rapport handler om, hvordan kompetenceudvikling generelt og specifikt for store kroniske sygdomme som diabetes, hjertesygdom og KOL udfolder sig i den kommunale ældrepleje. Vi undersøger samtidig, hvilke muligheder og barrierer der er for kompetenceudvikling – både formelt rammesat og mere uformelt i det daglige arbejde.

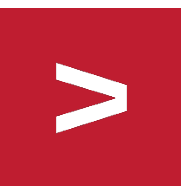
Undersøgelsen er rekvireret af Steno Diabetes Center Odense og er målrettet udbydere af kompetenceudvikling samt kommunale ledere og fagpersoner med ansvar for kompetenceudvikling i det kommunale ældreområde.

Stor tak til Steno Diabetes Center Odense for hjælpen med at sikre en dataindsamling, der inkluderer et bredt udsnit af kommuner, ledere og fagpersoner fra Region Syddanmark. Også stor tak til de ledere og medarbejdere i de deltagende kommuner, der har taget sig tid til at deltage i interview.

Endelig tak til de to eksterne reviewere, der har bidraget til kvalitetssikring af rapporten.

Sanne Schioldann Haase

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed



Indholdsfortegnelse

Hovedresultater	7
-----------------	---

Afrapportering	13
----------------	----

1	Indledning	14
1.1	Baggrund	14
1.2	Formål	14
1.3	Undersøgelsens teoretiske afsæt og design	15
1.4	Undersøgelsens metode og datagrundlag	17
1.5	Læsevejledning	19

2	Organisering af kompetenceudvikling	21
2.1	Tre typiske modeller for intern kompetenceudvikling i kommunerne	21
2.2	Udviklingen går i retning af bredt favnende kompetenceudviklingsaktiviteter for flere medarbejdere	24
2.3	On-boarding beskrives som et centralt element i kompetenceudvikling	26
2.4	Årshjul og kompetenceplaner forbindes med systematik i arbejdet med kompetenceudvikling	27
2.5	Eksterne aktører spiller en rolle både som kursusudbydere og som ad hoc undervisere	30
2.6	Emner for kompetenceudvikling udvælges i samarbejde mellem ledere og medarbejdere	32
2.7	Prioritering af kompetenceudvikling i den daglige drift har vanskelige betingelser	34
2.8	Manglende struktur og overblik er en barriere for kompetenceudvikling	35
2.9	Opsamling	36

3	Ledelse af kompetenceudvikling: prioritering, fastholdelse og økonomi	38
3.1	Ledere afvejer behov for generalister vs. specialister	38
3.2	Vanskeligheder med rekruttering og fastholdelse af medarbejdere påvirker kompetenceudvikling	40

3.3	Økonomiske rammer gør ledere til "gatekeepere" for kompetenceudvikling	41
3.4	Flere komplekse borgerforløb skaber både større behov og sværere betingelser for kompetenceudvikling	44
3.5	Ledere oplever stigende krav til kompetenceudvikling på tværs af arbejdsområder	45
3.6	Opsamling	46
<hr/>		
4	Vidensdeling: mødeaktivitet, tværfaglighed og digitale redskaber	48
4.1	Vidensdeling foregår i mangfoldige mødestrukturer og organiseringsstyper	48
4.2	Vidensdelingsmøder er tidspressede og går ikke på tværs af vagtlag	52
4.3	Arbejdet med faste og tværfaglige teams kræver nye tilgange til vidensdeling	53
4.4	Digitale redskaber til vidensdeling kan give overblik, men kræver tid	55
4.5	Ansvar for at bringe viden videre kan være utydeligt	58
4.6	Opsamling	59
<hr/>		
5	Forankring i praksis: relevans, metoder og implementering	60
5.1	Kompetenceudvikling kan lede til forandringer, hvis det forankres i arbejds gange	60
5.2	Praksisorienteret og casebaseret undervisning bidrager til at opnå forankring i hverdagen	62
5.3	Strategier og systematik kan styrke lokal forankring	64
5.4	Ressourcepersoner sikrer forankring, men har meget forskellige rammer	66
5.5	At tilegne sig ny viden er ikke nødvendigvis det samme som at kunne lære fra sig	68
5.6	Det kan være svært at få viden ud til relevante medarbejdere	69
5.7	Manglende systematik i implementering gør det vanskeligt at ændre vaner	70
5.8	Opsamling	72
<hr/>		
6	Konklusion og anbefalinger	74
6.1	Mange og samtidige udfordringer sætter organisatorisk læringskapacitet under pres	74

6.2	Fremadrettede muligheder og potentialer	75
7	Perspektivering	84
7.1	Udvikling af organisatorisk læringskapacitet i kommunerne	84
	Dokumentation	87
8	Metode	88
8.1	Todelt kvalitativ interviewundersøgelse	88
	Litteratur	92

Hovedresultater

Denne undersøgelse belyser, hvilke forhold der fremmer og hæmmer kompetenceudvikling i den kommunale hjemme- og sygepleje i relation til borgere med kroniske sygdomme. Vi har et teoretisk afsæt i litteratur om organisatorisk læringskapacitet og fokuserer på, hvordan udbydere af kompetenceudvikling samt kommunerne kan forbedre udbyttet af kompetenceudvikling.

Flere samtidige udfordringer sætter organisatorisk læringskapacitet under pres

Undersøgelsen viser overordnet, at arbejdet med kompetenceudvikling i hjemme- og sygeplejen står over for en række udfordringer, der har rødder i både organisatoriske og strukturelle forhold. Udfordringerne handler om rekruttering, øget opgavekompleksitet, store omstillinger, en stram økonomi og manglende strukturer for kompetenceudvikling.

Det er et generelt fund, at de enkelte kommuners organisatoriske læringskapacitet er under pres. Vi finder en generel bevægelse i retning af, at kortere og mere uformelle kompetenceudviklingstiltag erstatter længerevarende og formaliseret kompetenceudvikling. Det gælder både kompetenceudvikling generelt og specifikt for den kompetenceudvikling, der har fokus på de store kronikerområder som diabetes, KOL og hjertesygdom. Der ses samtidig en orientering i retning af aktiviteter, der favner flere medarbejdere, og at fokus flyttes fra individuelle medarbejders ønsker til i højere grad at være på, hvad organisationen som helhed har brug for. Det er et led i større overvejelser, hvor kommunerne må balancere behovet for generalister over for specialister.

Fremadrettede potentialer og opmærksomhedspunkter

Undersøgelsen afdækker en række løsninger og potentialer for at øge udbyttet af kompetenceudvikling i den kommunale hjemme- og sygepleje. Disse potentialer er illustreret i Figur 1, der sammenfatter interviewdeltagernes samlede vurderinger af virksomme tiltag. Disse udfoldes sammen med de tilhørende opmærksomhedspunkter i de følgende afsnit:

Figur 1 Interviewdeltagernes vurderinger af virksomme tiltag og fremadrettede ønsker til kompetenceudvikling



Kilde: VIVE med afsæt i interviews.

Ad 1: Vigtigt at vælge en model for kompetenceudvikling, der matcher kommunens rammevilkår

Vi finder i undersøgelsen, at det i en travl hverdag er vanskeligt for mange kommuner at prioritere kompetenceudvikling, hvilket gør det afgørende, at kommunerne vælger en model, der matcher deres behov og kapacitet.

Undersøgelsen identificerer nedenstående tre typiske "modeller" for intern kompetenceudvikling i kommunerne:

Figur 2 Niveauer i kommunernes arbejde med kompetenceudvikling

Figuren illustrerer niveaudelingen i kommunernes arbejde med kompetenceudvikling som tre "modeller". Nogle kommuner vil have alle tre niveauer, mens andre vil have kompetenceudvikling på ét eller to af de nederste niveauer.



Anm.: Modellerne er navngivet af VIVEs projektgruppe.

Kilde: VIVE med afsæt i interview.

Modellerne har hver deres fordele og ulemper, og hvilken tilgang der fungerer bedst i den enkelte kommune, afhænger af faktorer som kommunens størrelse, organiseringsform, borgersammensætning og organisatoriske modenhed. Valget af model bør primært baseres på, hvordan den enkelte kommune bedst kan sikre en løbende aktivering af medarbejdernes faglige viden og understøtte deres kontinuerlige professionelle udvikling.

For kursusudbydere kan de identificerede modeller for kompetenceudvikling bruges til at matche undervisningstilbud med hver enkelt kommunes behov og ressourcer.

Ad 2: Årshjul og kompetenceplaner understøtter systematik

En væsentlig barriere for kompetenceudvikling er manglen på struktur og overblik, hvilket betyder, at medarbejdere ikke kan efterspørge relevant viden, og at der ikke er tydeligt rammesatte aktiviteter eller fokusområder.

Mange af de deltagende kommuner peger på brugen af årshjul og kompetenceplaner som et redskab til at imødegå denne barriere. Der peges på, at systematisk planlægning af kompetenceudvikling potentielt kan sikre løbende prioritering og dermed, at ressourcer bliver udnyttet bedst muligt. Det kan også være en fordel at inddrage eksterne aktører, såsom vidensinstitutioner eller professionshøjskoler, for at få hjælp til planlægningen og gennemførelsen af udviklingsaktiviteter. Ved at sætte kompetenceudvikling i system kan kommunerne synliggøre fremtidige planer og give medarbejderne mulighed for aktivt at efterspørge deltagelse, når de har indsigt i, hvilke aktiviteter der er planlagt.

Dog er det afgørende at være opmærksom på, at årshjul og kompetenceplaner kun har den ønskede effekt, hvis de anvendes løbende og systematisk. Uden en vedvarende indsats for at sikre, at disse værktøjer faktisk bliver brugt i praksis, risikerer de at miste deres effekt og blot blive formelle dokumenter uden reel værdi for den daglige kompetenceudvikling.

Ad 3: Vidensdeling via møder og tværfaglig dialog

Vidensdeling i kommunerne foregår i mange forskellige mødestrukturer og organiseringsformer, lige fra længere personalemøder til korte, daglige tavlemøder. Vidensdeling sker ofte også uformelt kollegaer imellem og påskønnes af medarbejdere på tværs af faggrupper. Men selvom den uformelle vidensdeling er vigtig, kan den til tider være for kortfattet til, at ny viden "lander" hos medarbejdere på en måde, så de bliver i stand til at ændre praksis. Digitale værktøjer til vidensdeling kan være nyttige og skabe overblik, men de kræver, at der afsættes tid til at bruge dem.

Centrale barrierer i forhold til vidensdeling i hverdagen er, at mødeformaterne ofte er for tidspressede til at kunne rumme vidensdeling i dybden, og at de ofte ikke inkluderer medarbejdere på tværs af vagtlag. Derudover er ansvaret for at bringe viden videre – særligt til social- og sundhedsassistenter og -hjælpere – utydeligt i mange kommuner og har derfor svære betingelser.

Ad 4: Digitale redskaber og understøttelse

Brugen af digitale redskaber kan afhjælpe udfordringer med at dele viden på tværs af faggrupper og vagtlag, da de tilbyder let tilgængelighed og fleksibilitet, hvilket potentielt gør det lettere for medarbejdere at få adgang til relevant viden, når det passer ind i andre opgaver.

For at disse digitale værktøjer skal være effektive, peger interviewundersøgelsen på vigtigheden af, at de er brugervenlige og intuitive. Hvis medarbejdere føler sig overvældet af en strøm af informationer, risikerer kommunerne, at værktøjerne ikke bliver anvendt optimalt. I værste fald kan det resultere i, at viden stadig ikke når frem

til de rette medarbejdere, men at det bliver mere tilfældigt, hvem der får brugt de digitale redskaber.

Ad 5: Ressourcepersoner er virksomme, hvis de sikres tid og redskaber

Ressourcepersoner (sygeplejersker eller social- og sundhedsassistenter med fagligt ansvarsområde, fx diabetes eller sårpleje) i kommunerne fungerer som centrale facilitatorer for forankring af ny viden i hverdagen, men de har meget forskellige arbejdsbetingelser i kommunerne. Interviewdeltagerne beskriver i den forbindelse anvendelsen af ressourcepersoner som centrale i at understøtte udviklingen og aktivering af medarbejdernes faglige viden.

Ressourcepersoner fremstår som et redskab, der kan sikre, at ny viden ikke blot introduceres, men også bliver implementeret i det daglige arbejde, især i forhold til kroniske sygdomme. Det er dog vigtigt at bemærke, at videreformidling af viden også er en pædagogisk og didaktisk kompetence, der skal udvikles. Dette har kommunerne, ifølge vores interviewundersøgelse, haft systematisk fokus på i forbindelse med undervisning af superbrugere af teknologi, men mindre inden for kroniske sygdomme.

Da ressourcepersoner ofte også er en del af den daglige drift, kan det være svært at afsætte tid til at facilitere vidensdeling og planlægge undervisning. For at løse dette kan kommunerne overveje forskellige modeller for tidsstyring. Hvis en ressourceperson har en central rolle i at planlægge og facilitere vidensdeling, er det afgørende at afsætte beskyttet tid til dette. Alternativt kan ressourcepersonens rolle primært være at være tilgængelig som kontaktperson for kollegerne, hvilket kræver mindre planlægningstid, men stadig kræver en vis grad af selvtilrettelæggelse af deres arbejde.

Ad 6: Brug af lokale cases indleder forankring i undervisningssituationen

Vi finder i undersøgelsen, at træning af konkrete arbejdsgange og metoder i selve undervisningssituationen er værdsat af de interviewede fagpersoner og ledere. Praksisorienteret og casebaseret undervisning fremstår ligeledes som virksomme metoder til at opnå forankring i praksis.

En vigtig faktor, som fremhæves af de deltagende kommuner, er muligheden for at skabe rum for praksisorienteret dialog, hvor medarbejdere kan udvikle fælles forståelser og arbejdsgange. Når medundervisere og borgereksempler – som kommer fra medarbejdernes egen hverdag – inddrages i eksternt organiserede undervisningsforløb, styrkes relevansen for og overførbarheden til deres konkrete arbejdssituation.

For at sikre, at ny viden fastholdes over tid, er det også vigtigt at skabe muligheder for at "genaktivere" viden løbende. Kommunerne fremhæver, hvordan de har gjort

det gennem forskellige metoder som quizzer, refleksionsøvelser eller andre aktiviteter, der holder medarbejdernes fokus på det nye.

Ad 7: Prioritering af ressourcer i relation til kompetenceudvikling

Undersøgelsens ledere oplever at være presset af utilstrækkelige økonomiske rammer, der gør det vanskeligt for dem at imødekomme medarbejdernes (og egne) ønsker om kompetenceudvikling.

Typisk har ledere gode intentioner, når det gælder kompetenceudvikling, og er åbne for forslag og ønsker at fremme en kultur, hvor læring og faglig udvikling er i centrum. Men selvom intentionerne er gode, er de ikke altid tilstrækkelige til at overvinde de praktiske udfordringer, der opstår i hverdagen, når den daglige drift må prioriteres på grund af sygdom eller rekrutteringsvanskeligheder.

Når kompetenceudviklingsaktiviteter ofte bliver aflyst eller nedprioriteret, opstår der tvivl om ledelsens prioriteringer, hvilket kan føre til en dalende motivation blandt medarbejderne.

Fakta om undersøgelsen

Rapporten bygger på en todelt kvalitativ interviewundersøgelse med fokus på erfaringer med kompetenceudvikling i den kommunale hjemme- og sygepleje i Region Syddanmark.

Forundersøgelsen bestod af:

- 4 gruppeinterviews med hhv. ressourcepersoner (2 interviews) og ledere (2 interviews). I alt 15 interviewpersoner.

Hovedundersøgelsen bestod af:

- 13 gruppeinterviews med hhv. ledere (4 interviews) og medarbejdere (9 interviews). I alt 42 interviewpersoner.

Interviewpersonerne er alle ansat i den kommunale hjemme- og sygepleje og fordeler sig med faglige baggrunde som ledere, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere samt faglige nøglepersoner inden for kroniske sygdomsområder som KOL, hjertesygdom og diabetes. Interviewpersonerne repræsenterer 9 af de 22 kommuner i Region Syddanmark.

> **Afrapportering**

1 Indledning

1.1 Baggrund

Mange samtidige udfordringer giver vanskelige arbejdsbetingelser i den kommunale hjemme- og sygepleje. Demografiske ændringer betyder stadig flere ældre borgere med plejebenhov, samtidig med at mange kommuner står i vanskelige rekrutteringssituationer, hvilket giver øget arbejdspress i hverdagen. Desuden stiger antallet af multisyge borgere og komplekse borgerforløb. Det afstedkommer et øget behov for kompetenceudvikling¹ for at kunne levere pleje af høj kvalitet, men et stadigt stigende pres på rammebetingelserne i hjemme- og sygeplejen vanskeliggør prioriteringen af kompetenceudvikling. Dertil kommer, at det i en travl arbejdshverdag i den kommunale hjemme- og sygepleje kan være svært at få omsat ny viden fra kompetenceudvikling til nye praksisser i hverdagens arbejde. Det gælder kompetenceudvikling generelt set, men også den kompetenceudvikling, der vedrører store kroniske sygdomme som KOL, hjertesygdom og diabetes, som udgør væsentlige sygdomskategorier for de borgere, der modtager kommunal hjemme- og sygepleje.

1.2 Formål

Undersøgelsens formål er overordnet set at skabe viden om kompetenceudvikling af sundhedsprofessionelle i den kommunale hjemme- og sygepleje. Afsættet er generisk i forhold til de store kroniske sygdomsområder som KOL, hjertesygdom og diabetes og kompetenceudviklingens mere generelle forhold og rammebetingelser.

Følgende undersøgelsesspørgsmål har guidet undersøgelsen:

- Hvilke forhold fremmer og hæmmer fagpersoners udbytte af kompetenceudvikling målrettet kroniske sygdomme i den kommunale hjemme- og sygepleje?
- Hvilken rolle spiller den lokale organisatoriske praksis for omsætningen af nye kompetencer til øget kvalitet i pleje og behandling i den kommunale hjemme- og sygepleje?

¹ I denne undersøgelse defineres kompetenceudvikling som kommunernes indsats for at sikre, at medarbejdere tilegner sig ny viden og deler denne for at styrke deres evne til at løse borgerrettede opgaver, særligt i forhold til kroniske sygdomme.

- På hvilke måder kan samarbejdet om kompetenceudvikling i den kommunale hjemme- og sygepleje tilrettelægges, så det bidrager til at fremme det gode liv med kronisk sygdom?

1.3 Undersøgelsens teoretiske afsæt og design

Undersøgelsens afsæt er en forandringsteori, som Steno Diabetes Center Odense har udarbejdet med afsæt i egne erfaringer samt inspiration fra Brandi og Breum (2021). Forandringsteorien ses i Tabel 1.1. Som det fremgår, har den fokus på hele "bevægelsen" fra hypoteser, over kursusudbud og undervisningsform til udbytte for medarbejdere samt mulighederne for at omsætte kompetenceudvikling til konkrete forbedringer. I forlængelse heraf har Steno Diabetes Center Odense ønsket en undersøgelse, der kvalificerer antagelserne om, hvordan den samlede bevægelse fra kompetenceudvikling til forandret/forbedret praksis kan understøttes. Vidensbehovet har særligt knyttet sig til at kvalificere og konkretisere forståelsen for de fire elementer: læringsmiljø, ledelse, organisation og kommunikation, der er listet under "Mekanismer 2" i forhold til den organisatoriske læringskapacitet i Tabel 1.1.

Tabel 1.1 Forandringsteori

Hypoteser	Input	Aktiviteter	Mekanismer 1	Output	Mekanismer 2	Impact
	Læringsressourcer hos ekstern udbydere	Udbud af kurser	Undervisningsform	Udbytte for medarbejdere	Organisatorisk læringskapacitet	Forandring
<i>Faglig udvikling er en forudsætning for bedre pleje</i>	Undervisere, planlæggere	Fremmødekurser	Involvering i læreproces	Ny viden	1. Læringsmiljø 2. Ledelse 3. Organisation 4. Kommunikation	<i>Hos medarbejdere:</i>
<i>Bedre pleje og behandling styrker egenomsorg</i>		Online kurser	Differentiering af tilbud	Styrkede kompetencer		Styrket evne til at udføre arbejde
<i>Organisatorisk læringskapacitet påvirker effektivitet af læringsaktiviteter</i>		Book en specialist	Høj kvalitet	Øgede forudsætninger for at forbedre praksis		Kunne forbedre
		E-læring	Transferfokus	Styrket tro på egne evner		Faglig stolthed
		Skræddersyede kurser	Praksisnær læring			Øget jobtilfredshed
						<i>Hos borgere:</i> Styrket egenomsorg
						Færre komplikationer
						Øget livskvalitet

Kilde: VIVEs version på baggrund af opdrag fra Steno Diabetes Center Odense.

Begrebet "organisatorisk læringskapacitet" (Brandi & Breum, 2021) dækker over, hvilke faktorer der skal være til stede, hvis en organisation skal lykkes med at skabe forandringer gennem læringsaktiviteter:

1. Læringsmiljø – herunder muligheder for læring, tid til refleksion, åbenhed for forandring, mulighed for eksperimenter, åben og ærlig feedback
2. Ledelse – herunder tid og støtte til vidensdeling og forankring samt kommunikation i forbindelse med læringsinitiativer
3. Organisation – herunder, at medarbejdere anerkendes for at støtte andres læring, at læringsaktiviteter evalueres, og bureaukrati reduceres
4. Kommunikation – herunder adgang til nødvendig viden og it-systemer til opbevaring og deling af viden.

Tidligere undersøgelser har peget på den "organisatoriske læringskapacitet" som en mulig forklaringsramme for, hvordan læring kan understøttes i organisationer (Alegre & Chiva, 2008; Brandi & Breum, 2021). Her beskrives organisationers evne til at understøtte læring ved en række karakteristika; eksperimenter, risikovillighed, interaktion med omverdenen, dialog og fælles beslutninger. Eftersom disse karakteristika udspringer af studier af produktionsvirksomheder (Alegre & Chiva, 2008) og tidligere er blevet udforsket i regi af spørgeskemabesvarelser fra DJØF-medlemmer (Brandi & Breum, 2021), er det nødvendigt at tilpasse undersøgelsesdesignet og spørgerammen til en undersøgelse målrettet organisationer og professioner i den kommunale plejesektor.

VIVEs undersøgelsesdesign bygger derfor også på organisationsteori, der beskriver, hvordan læring understøttes (og udfordres) af "organisationens praksis", herunder delte rutiner, traditioner og normer, organiseringen af de konkrete arbejdsopgaver og fagprofessionelles selvforståelse. Forskning viser, at læring i praksisfællesskaber (Brown & Duguid, 1991) kan fremmes af eksempelvis undervisningsaktiviteter (Kallio et al., 2017) og ved, at der samarbejdes på tværs af fællesskaber, hvor forskellige aktører inspirerer og lærer af hinanden. Samtidig kan grænserne mellem forskellige praksisfællesskaber være vanskelige at krydse, og rutiner svære at ændre (Farchi, Dopson & Ferlie, 2023).

Vi har derfor arbejdet ud fra et undersøgelsesdesign, som tager udgangspunkt i mekanismerne fra forandringsteorien (inspireret af Brandi & Breum, 2021) og suppleret disse med undersøgelsestemaer inspireret af praksisteori jf. tilføjelser med kursiv i Tabel 1.2.

Tabel 1.2 Mekanismer 2: Organisatorisk læringskapacitet

Mekanismer 2 (forandringsteori)	
Læringsmiljø	<ul style="list-style-type: none"> - Muligheder for læring - Medvirken til læring - <i>Praksisfællesskaber</i>
Ledelse	<ul style="list-style-type: none"> - Forskellige behov - Støtte til deling af viden - Tid og støtte til forandring
Organisering	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Tværfagligt samarbejde</i> - <i>Selvledelse</i> - <i>Opgaveløsning/rutiner</i> - <i>Prioriteringer</i>
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> - Adgang til viden - Adgang til ressourcer - IT-systemer til opbevaring og deling af viden
Praksis	<ul style="list-style-type: none"> - Incitamenter - Motivation - Holdninger - <i>Faglighed, herunder selvforståelse</i> - <i>Fælles normer og traditioner</i> - <i>Karakteren af samarbejdet/relationen med de enkelte borgere</i>

Kilde: VIVE med afsæt i Brandt og Breum (2021).

1.4 Undersøgelsens metode og datagrundlag

For at få viden om kompetenceudvikling i den kommunale hjemme- og sygepleje i Region Syddanmark har vi udformet en kvalitativ interviewundersøgelse, der er blevet gennemført i to delundersøgelser: en forundersøgelse og en hovedundersøgelse, som illustreret i Figur 1.1. Den udfoldede beskrivelse af de anvendte metoder og datagrundlag fremgår af kapitel 8.

Figur 1.1 Den kvalitative interviewundersøgelse

Overblik over formål og data i forundersøgelsen og hovedundersøgelsen.



Kilde: VIVE.

Formålet med forundersøgelsen har været at kvalificere forandringsteorien for kompetenceudvikling og at give indblik i aktuelle problemstillinger i forhold til deltagelse i og udbytte af kompetenceudvikling. Formålet med hovedundersøgelsen har været at sikre en bredt forankret viden om betydningen af organisatorisk praksis for sygdomsspecifik kompetenceudvikling, herunder om organisatoriske barrierer samt understøttende faktorer for at omsætte kompetenceudvikling til hverdagspraksis.

Fordelen ved dette undersøgelsesdesign er, at vi har kunnet bringe indsigter fra forundersøgelsen i spil i hovedundersøgelsen og derved kvalificere og udbygge viden fra forundersøgelsen i hovedundersøgelsen.

Der er gennemført i alt 17 gruppeinterviews med i alt 57 interviewpersoner. Interviewene blev gennemført som video-interviews og varede alle ca. 60 minutter.

Interviewpersonerne er alle ansat i den kommunale hjemme- og sygepleje og forde-ler sig med faglige baggrunde som sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere² samt ledere og faglige nøglepersoner inden for kroniske sygdomsområder som KOL, hjertesygdom og diabetes (sygeplejersker eller social- og sundhedsassistenter). Interviewpersonerne repræsenterer 9 af de 22 kom-muner i Region Syddanmark. Det er vores vurdering, at de deltagende kommuner repræsenterer både forskellig geografi (by/land/ø), størrelse, organisering og lokal praksis for kompetenceudvikling. Der er dog en mulig bias i forhold til, at de kom-muner, der har meldt sig til at deltage i undersøgelsen, potentielt kan have en sær-lig interesse for og opmærksomhed på kompetenceudvikling. Eksempelvis har samt-lige af de deltagende kommuner ressourcepersoner dedikeret til at varetage et eller flere af de kroniske sygdomsområder, hvilket formodentlig ikke er tilfældet for alle kommuner i Region Syddanmark. Men i forhold til undersøgelsens resultater må man formode, at hvis disse kommuner kan pege på udfordringer, og også udfor-dringer i forhold til kompetenceudvikling og forankring af viden generelt, vil disse udfordringer også gælde for andre kommuner.

1.5 Læsevejledning

Rapporten henvender sig til ledere og aktører, der er involverede i kompetenceud-vikling, fra prioritering og planlægning til anvendelse i praksis. Den giver viden om forskellige tilgange til kompetenceudvikling og indsigt i muligheder og barrierer for at integrere ny viden i det daglige arbejde. Rapporten skal desuden specifikt anvendes af Steno Diabetes Center Odense i deres fremadrettede arbejde med kompe-tenceudvikling på diabetesområdet i Region Syddanmark.

Rapporten består af 4 tematiske kapitler, som hver beskriver aspekter af kompeten-ceudvikling i den kommunale hjemme- og sygepleje i Region Syddanmark.

Kapitel 2 sætter fokus på organiseringen af kompetenceudvikling i den kommunale hjemme- og sygepleje. Der er særligt fokus på de forskellige modeller, kommunerne anvender, hvordan det er organiseret, samt hvilke centrale aktører og temaer der kan peges på.

² Der var også rekrutteret enkelte ufaglærte medarbejdere i hjemmeplejen, men de endte med at måtte melde afbud på dagen på grund af tidspres.

Kapitel 3 sætter fokus på ledelsesaspekter af kompetenceudvikling, og hvordan prioritering, fastholdelse og økonomi skaber betingelser for organiseringen af kompetenceudvikling.

Kapitel 4 omhandler intern vidensdeling i den kommunale hjemme- og sygepleje og har særligt fokus på mødeformer og digitale redskaber til vidensdeling.

Kapitel 5 belyser, hvordan viden fra kompetenceudvikling kan forankres i organisationens praksis med særligt fokus på undervisningsmetoder og organiseringsformer, der faciliterer implementering af ny viden i praksis.

Kapitel 6 samler op på centrale pointer og konkluderer på undersøgelsesspørgsmålene på tværs af rapportens kapitler. Derudover behandler kapitlet centrale barrierer og potentialer for kompetenceudvikling i den kommunale hjemme- og sygepleje.

Kapitel 7 perspektiverer undersøgelsens fund til forståelsen af organisatorisk læringskapacitet i en kommunal kontekst.

2 Organisering af kompetenceudvikling

Kommunerne organiserer og lægger planer for kompetenceudvikling på forskellige måder. Dette kapitel præsenterer typiske modeller for kompetenceudvikling i kommunerne, hvordan de benytter årshjul, kompetenceplaner samt eksterne aktører til at arbejde systematisk med kompetenceudvikling. Kapitlet opsummerer derudover de overvejelser kommunerne gør sig i forhold til at udvælge relevante emner for kompetenceudvikling.

Til sidst i kapitlet præsenteres centrale barrierer for kompetenceudvikling i kommunerne, fx at det er vanskeligt at prioritere udviklingsaktiviteter i den daglige drift, og hvordan manglende struktur og overblik kan udgøre en barriere for kompetenceudvikling.

2.1 Tre typiske modeller for intern kompetenceudvikling i kommunerne

Fælles for kommunerne er, at de ser en værdi af kompetenceudvikling i forhold til kroniske sygdomme, som gør, at de gerne vil arbejde systematisk med det – selvom det ikke altid er let i praksis:

Jo mere man ved, jo større chance har man for at fange det [udviklingen af en kronisk sygdom], før det går skævt. Selvom noget er målrettet social- og sundhedsassistenterne, kan social- og sundhedshjælperne sagtens have gavn af det for at kunne se, hvad er det, jeg skal holde øje med og ringe til en assistent efter. Alle har behov for lige at få rettet op. (Deltager i medarbejderinterview, social- og sundhedsassistent)

Der eksisterer forskellige modeller og tilgange til kompetenceudvikling i kommunerne i Region Syddanmark, som også er forskellige i forhold til størrelse og geografi. Modellerne beskriver særligt de interne mekanismer, hvorved kompetencer og viden forventes at blive bredt ud internt i organisationen.

I vores interviews fremtrådte følgende modeller oftest, dog med forskellige variationer i praksis:

Tabel 2.1 De tre typiske modeller for kompetenceudvikling i hjemme- og sygeplejen

Model 1: "Specialiseringsmodellen"	Model 2: "Trappemodellen"	Model 3: "Kontaktmodellen"
<p>Beskrivelse</p> <p>Udviklingssygeplejersker* koordinerer sygdomsspecifik eller emneorienteret kompetenceudvikling og undervisning for alle medarbejdere.</p>	<p>Beskrivelse</p> <p>Ressourcepersoner** underviser social- og sundhedsassistenter, som vidensdeler med social- og sundhedshjælpere, plejere og uaglærte.</p>	<p>Beskrivelse</p> <p>Uddannelse af ressourcepersoner (sygeplejersker eller social- og sundhedsassistenter), som øvrige medarbejdere kan kontakte og spørge til råds.</p>
<p>Eksempel på model 1</p> <p><i>Jeg er den heldige stillede leder, der har et udviklingsteam af sygeplejersker, som driver rigtig mange af de her undervisningstiltag. Vi har specialesygeplejersker i både KOL, palliation, diabetes og sår. Vores specialisygeplejersker tilbyder undervisning til ressourcepersonerne. (Deltager i lederinterview)</i></p>	<p>Eksempel på model 2</p> <p><i>Vi har vores [ressourcepersoner], som udbyder undervisning i forskellige ting, typisk til sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter og så videreformidler de til social- og sundhedshjælpere. Det kunne fx være viden om KOL eller diabetes. (Deltager i lederinterview)</i></p>	<p>Eksempel på model 3</p> <p><i>Vi lufter, at nu har jeg lige været på kursus i det her [sygdomsspecifikke emne], så I kan bare skrive eller ringe eller tage fat i mig. Man bliver nødt til at melde ud, at man er ressourceperson på et emne. (Deltager i medarbejderinterview, sygeplejerske)</i></p>

Note: * Udviklingssygeplejersker arbejder med planlægning af kompetenceudvikling på et niveau over ressourcepersoner.

** Kommunerne bruger mange forskellige betegnelser for den samme type funktion (videnspersoner, faglige eksperter, nøglepersoner). Vi har valgt at ensrette til "ressourcepersoner".

Anm: Modellerne er navngivet af VIVEs projektgruppe.

Kilde: VIVE med afsæt i interviews.

"Specialiseringsmodellen" (model 1) benyttes særligt af større kommuner, der har mulighed for at dedikere udvalgte medarbejdere med beskyttet tid og strategisk ansvar for specifikke sygdomsområder. Den findes i forskellige variationer på tværs af de deltagende kommuner. Fordelen ved denne model er, at der ofte følger flere ressourcer og omfattende ledelsesopbakning med. Kompetenceudvikling understøttes ofte af, at man arbejder strategisk med skiftende fokusområder, som planlægges via årshjul og kompetenceplaner. Udfordringen kan være at lykkes med at inddrage alle typer af medarbejdere i kompetenceudvikling.

"Trappemodellen" (model 2) er den mest brugte model på tværs af de deltagende kommuner. Fordelen ved denne model er, at kommunerne kan arbejde systematisk med at uddanne et mindre antal ressourcepersoner med ansvar for at viderebringe viden og undervisningsmetoder til de øvrige medarbejdere. Ressourcepersoner er typisk både aktive i den daglige drift, samtidig med at de har afsat en tidsramme til deres speciale. Udfordringen ved denne model er vidensdeling i "sidste led" fra social- og sundhedsassistenter til hjælpere og uaglærte, som kommunerne er lykkedes med i forskellig grad.

"Kontaktmodellen" (model 3) benyttes særligt af mindre kommuner og giver på linje med trappemodellen mulighed for at planlægge kompetenceudvikling til få ressourcepersoner med ansvar for vejledning og sparring af den brede medarbejdergruppe. Den daglige praksis er mindre formaliseret end i trappemodellen og handler i højere

grad om, at det skal være let for de øvrige medarbejdere at komme i kontakt med ressourcepersonerne ved behov – typisk via telefon. I denne model kan grupper af medarbejdere også kontakte ressourcepersonen med ønsker om målrettet undervisning i et specifikt emne. I praksis kan der være udfordringer ved behov for kontakt uden for ressourcepersonens arbejdstid, som typisk er i dagvagt.

Modellerne udelukker ikke hinanden, men anskueliggør, på hvilket strategisk niveau planlægningen af kompetenceudvikling foregår. Nogle kommuner vil have alle tre niveauer (typisk de store kommuner), mens andre vil have kompetenceudvikling på ét eller to af de nederste niveauer (typisk de mindre kommuner).

Figur 2.1 Niveauer i kommunernes arbejde med kompetenceudvikling

Figuren illustrerer niveaudelingen i kommunernes arbejde med kompetenceudvikling som tre "modeller". Nogle kommuner vil have alle tre niveauer, mens andre vil have kompetenceudvikling på ét eller to af de nederste niveauer.



Anm: Modellerne er navngivet af VIVEs projektgruppe.

Kilde: VIVE interviewundersøgelse juni-september 2024.

2.2 Udviklingen går i retning af bredt favnende kompetenceudviklingsaktiviteter for flere medarbejdere

Da vi spurgte interviewpersonerne om, hvilke typer undervisningsaktiviteter de arbejder med i deres kommuner i relation til kroniske sygdomme, nævnte de en lang række undervisningsformater og temaer. Selvom vi spurgte til kompetenceudvikling i forhold til kroniske sygdomme, forholdt interviewpersonerne sig typisk ikke udelukkende til dette, men til kompetenceudviklingstilbud generelt. Nedenfor er listet de typer og temaer, som er nævnt til interview.

Tabel 2.2 Oversigt over typer af kompetenceudviklingsaktiviteter

Aktivitet	Regi	Varighed
Aktiviteter i forhold til kroniske sygdomme		
Landskursus for diabetessygeplejersker	Fagligt Selskab, Dansk Sygeplejeråd	1-2 dage
Diabetesudvalgsmøder	Tværasektorielle	1 dag
Syddansk diabetesdag	Ved Steno Diabetes Center Odense	1 dag
Kursus i diabetesmedicin	Internt med ekstern underviser (fx fra Novartis)	1 dag
TeleKOL-undervisning	Ved Telemedicinsk Servicecenter Syd	1 dag
Skræddersyet kursusforløb	Ved Steno Diabetes Center Odense	1-3 dage
Øvrige aktiviteter		
Sårpleje	Ved AMU, sygehus eller internt ved ressourceperson	1-3 dage
Stomi-oplæring	Internt med ekstern underviser fra producent	1 dag
Fælles skolebænk	Ved Sygehus Lillebælt (og e-læring)	1 dag
Kursus i Nexus*	Ved akademi eller internt med ekstern underviser	1-2 dage
FMK**-opdateringer og medicindosering	Ved ekstern udbyder	1 dag
KRAP*** uddannelse	Ved ekstern udbyder	1-12 dage
Fælles faglig referenceramme	Ved professionshøjskole	2-3 dage
Palliationsuddannelse	Ved AMU eller i hospice-regi	3-15 dage
Borgernær sygepleje	Ved professionshøjskole	Modulopbygget diplomuddannelse
Demensuddannelse	Ved professionshøjskole	Modulopbygget diplomuddannelse

Note: * Nexus er en tværfaglig platform for dokumentation af borgerforløb.

** FMK står for Fælles Medicinkort og er et system til styring af medicin.

*** KRAP står for Kognitiv, Ressourcefokuseret og Anerkendende Praksis og bruges til borgere med demens.

Kilde: VIVE interviewundersøgelse juni-september 2024.

Listen dækker bredt lige fra mødeformater, over traditionel undervisning/oplæring til længerevarende undervisningsforløb, fx i forhold til borgernær sygepleje. Det er meget forskelligt fra kommune til kommune, hvor stort udbuddet af kompetenceudvikling er, og hvilke faggrupper der deltager.

Generelt beskrev interviewpersonerne, at der er sket et skift igennem de sidste år, hvor hjemme- og sygeplejen er gået væk fra at prioritere langvarige enkeltuddannelser, til gruppebaseret undervisning af kortere varighed:

For år siden var det mere almindeligt at tage et enkelt diplomkursus, end det er nu. Vi prioriterer at sende flere afsted på mindre kurser. (Deltager i ressourcepersoninterview)

Mange kommuner prioriterer i højere grad kortere kurser for mange, da de ser en værdi i, at medarbejdere kan hjælpe hinanden med at holde fast i nye kompetencer eller nye måder at udføre arbejdet på, når de skal bringe den nye viden i spil i det daglige arbejde. Derudover tilskriver de nedprioriteringen af længerevarende uddannelse til økonomiske begrænsninger og af hensyn til bemanning i driften.

Interviewdeltagerne beskriver, at det er forskelligt, i hvor høj grad de enkelte kommuner prioriterer kompetenceudvikling, såvel som hvilken form denne antager. Det betyder, som illustreret i nedenstående citat, at kompetenceudvikling for nogle medarbejdere kan opleves som fraværende i deres hverdag:

Jeg synes, det [kompetenceudvikling] er meget begrænset. Vi har 3-4 dage i opstarten [introduktion af nye medarbejdere] med kursus i Nexus og sår, og derefter er der ikke rigtig noget kursus. Der er en demensuddannelse, man kan blive tilbudt, men jeg har været her i 2 år, og jeg er ikke blevet tilbudt noget. Vores leder vil gerne, men det afhænger meget af driften. Størstedelen af tiden er der ikke tid til, at vi kommer på kurser. Det er os selv derhjemme, som må blive klogere eller spørge en kollega. (Deltager i medarbejderinterview, sygeplejerske)

Der kan således være en modsætning mellem medarbejdernes ønsker og de muligheder, der er tilgængelige i forhold til kompetenceudvikling. I de kommuner, hvor kompetenceudvikling opleves som fraværende, beskriver medarbejdere, at de selv må søge viden eller spørge enten en tæt kollega eller en ressourceperson til råds. Refusionsregler fremhæves i den forbindelse som et konkret rammevilkår, der har en betydning for, hvem der kommer afsted på nogle typer af uddannelser:

Det er primært social- og sundhedsassistenter, der kommer på demensuddannelse, fordi der kommer refusion. Denne eksisterer ikke for sygeplejer-

sker, så der skal pengene findes i budgettet. (Deltager i medarbejderinterview, sygeplejerske)

Refusionsregler fremstår således som et rammevilkår, der kan have stor betydning for, hvem der – i dette tilfælde baseret på faglig baggrund – kan deltage i nogle typer af kompetenceudvikling.

2.3 On-boarding beskrives som et centralt element i kompetenceudvikling

Opstarten for nye medarbejdere er et centralt aspekt i forhold til at sikre tilstedeværelsen af de rette faglige kompetencer. Dels i forhold til den enkelte medarbejder, dels i forhold til organisationen som helhed. De fleste af de kommuner, der har deltaget i undersøgelsen, har specifikke planer for on-boarding af nye medarbejdere, men det ser meget forskelligt ud fra kommune til kommune. De fleste interviewpersoner beskriver, at deres kommune er gode til at on-board, særligt på sygeplejerskeniveauet:

Det, vi er rigtig gode til, det er at få on-boardet nye sygeplejersker. Det tager en måned. Vi har fået lavet nogle meget ambitiøse on-boarding-programmer, både centralt og lokalt. Og vi kan se det på fastholdelsen. (Deltager i lederinterview)

På denne måde kædes velfungerende on-boarding sammen med fastholdelse, fordi interviewpersonerne opfatter, at sygeplejerskernes trivsel højes, når de føler sig godt klædt på til opgaven. Det fremgår også af interviews, at flere kommuner også arbejder systematisk med on-boarding af andre faggrupper:

Sidste år startede vi et 3-dages forløb, sådan et mini-on-boarding for alle nyansatte. Det er både social- og sundhedshjælpere, assistenter og sygeplejersker i kommunen, som kommer igennem det. Vi har alle knaphed på hænder, så derfor laver vi også et mini-on-boarding for de ikke-faglærte, så de også føler sig klædt på til opgaven. (Deltager i lederinterview)

I citatet kædes arbejdspress sammen med et behov for at sikre god on-boarding af ufaglærte, så de hurtigt kan hjælpe med at løfte så mange opgaver som muligt. Andre kommuner har en anden tilgang til oplæring og on-boarding af ufaglærte:

Vi er under udvikling med det. Vi har ikke så mange [nye ufaglærte] mere. Vi har nogle rigtig dygtige, og hvis vi beholder nogen, er det, fordi de gerne vil ind i et sundhedsuddannelsesforløb, og så lærer de det lige så langsomt

ved sidemandsoplæring. Vi har ikke noget koncept for det. (Deltager i leder-interview)

Flere af de deltagende kommuner bruger først og fremmest sidemandsoplæring, når der starter nye ufaglærte medarbejdere, hvilket de fremhæver som en god metode til at støtte nye medarbejdere i den første ansættelsestid. Samtidig beskriver nogle interviewpersoner, at sidemandsoplæring ikke bør stå alene, og at for lidt fokus på systematisk oplæring kan risikere at få konsekvenser for fastholdelse af disse medarbejdere på længere sigt:

Det er hele indføringen i faget. Vi har en [ufaglært], der er startet for allerførste gang i dag. Og det første møde, hun har i dag, kan være afgørende for, om hun vælger at tage en uddannelse inden for sundhedssektoren. Der har vi en kæmpe opgave for at gøre det godt, fordi det kan have betydning for, at en ny medarbejder vælger en sundhedsfaglig uddannelse. (Deltager i medarbejderinterview, social- og sundhedsassistent)

I både dette og i det første citat ses on-boarding som betydningsfuldt for at fastholde medarbejdere. For sygeplejerskerne, at de får en oplevelse af at have de kompetencer, der er nødvendige for at løse opgaven, og for ufaglærte at sikre en god introduktion til sundhedsfaget generelt.

2.4 Årshjul og kompetenceplaner forbindes med systematik i arbejdet med kompetenceudvikling

Årshjul og kompetenceplaner udgør ofte grundlaget for en systematisk tilgang til kompetenceudvikling i kommunerne.

Kompetenceplaner anvendes på flere måder i kommunerne: som strategiske ledelsesværktøjer, der skaber overblik over medarbejdernes kompetencer og kompetencebehov; som "kompetencekort," der understøtter dialogen om den enkelte medarbejders udviklingsbehov (fx i forbindelse med MUS-samtaler); samt som systematiske planer, der identificerer de kompetencer, som medarbejdergrupper skal tilegne sig for at imødekomme både aktuelle og fremtidige behov i organisationen.

Årshjulene fungerer som systematiske planlægningsinstrumenter, og kommunerne arbejder med dem på forskellige måder i praksis. Nogle arbejder med både årshjul og kompetenceplaner, som opdateres ofte, mens andre arbejder med årshjul, som gentages år efter år, og ingen formelle planer for kompetenceudvikling af de enkelte medarbejdere eller medarbejdergrupper.

Her beskriver en sygeplejerske, hvordan de arbejder med årshjulstrukturen for en bredere kreds af medarbejdere:

Vi har fast årshjul, så der kører [kompetenceudvikling] 4 gange om året, og så kan vi godt skifte, hvad emnerne er [fra år til år]. Sidste år havde vi KOL, diabetes og sår og kompression. I år er det diabetes, mundhygiejne, stomi osv. Det ændrer sig fra år til år, og det er meget lokalt, at vi kommer ud og underviser. (Deltager i medarbejderinterview, sygeplejerske)

Interviewpersonerne, der beskriver arbejdet med årshjul, fremhæver vigtigheden af at skifte temaer løbende og sørge for, at de er relevante på det lokale niveau. Nogle kommuner arbejder samtidig med en kombination af årshjul og kompetenceplaner, med henblik på at sikre, at kompetenceniveauet hos ressourcepersonerne matcher aktiviteterne i årshjulet:

Vi har et ret godt overblik over, hvilke sygeplejersker der er ressourcepersoner, og vi har et årshjul, hvor de skal undervise hjemmeplejen. De skal jo også selv have kompetenceudvikling, så der er vi tæt på at udvælge, hvilke landskurser de skal deltage i, og hvis de skal have noget kompetenceudvikling relateret til de sygdomme, de er ressourcepersoner for ... Så det er sygeplejen, hvor vi kigger rigtig meget ind i, hvad vi kan sende vores [sygeplejersker] afsted til, og hvad kan vi give af ressourcer til dem, så de kan undervise videre til andre faggrupper. (Deltager i lederinterview)

Lederen peger på, at der i forbindelse med årshjultilgangen er overvejelser vedrørende, hvordan ressourcepersoner kan give deres specialistviden videre til de øvrige medarbejdere i organisationen. Ressourcepersonerne er i de fleste kommuner sygeplejersker med specialviden og dermed det centrale omdrejningspunkt for kompetenceudvikling.

De fleste kommuner gør sig mange overvejelser over, hvordan de kan ramme både et format og et tema, der kan ramme så mange som muligt og stadig være interessant:

I sygeplejen har vi en procesplan med de ting, som er løbende fokuspunkter. Og så er der ressourcepersoner, og det er deres opgave at lave undervisning enten til morgenmøder eller fælles personalemøder eller via samarbejde med eksterne for at få den nyeste viden ind. Det er en balance mellem at gentage det kendte og så fylde mere på. Vi skal finde et niveau, hvor alle føler, at de får noget med, når de går derfra, ellers bliver det undervisning for undervisningens skyld. (Deltager i lederinterview)

Som illustreret i citatet kan der være dilemmaer forbundet med at planlægge undervisning, der kan ramme en bred medarbejdergruppe med forskellige faglige

baggrunde, forudsætninger og grader af viden om emnet, der er i fokus. I nogle kommuner fremhæver interviewdeltagerne, at det at arbejde med årshjulstrukturen i kombination med ad hoc input fra eksterne undervisere er en måde at ramme balancen mellem basisviden og ny viden på. Oplevelsen er, at det giver mulighed for at kombinere gentagelse og vedligeholdelse af viden, såvel som mulighed for at bygge ovenpå med nyeste viden.

Hvor årshjulsstrukturen kan medvirke til, at der arbejdes systematisk med kompetenceudvikling på temaniveau, så kan arbejdet med kompetenceplaner være en måde at arbejde systematisk med at koble det tematiske kompetenceelement med et overblik på faggruppe- og medarbejderniveau. Kompetenceplaner beskrives som et godt værktøj, men det fremgår samtidig, at løbende opdatering er vigtig – og nogle gange vanskelig at prioritere – som beskrevet nedenfor:

Vi har en kompetenceplan, der ikke svarer til den virkelige verden. Den er kørt ud på alle faggrupper, men den er ikke ajourført, så nu skal den tilpasses. Den skal passe sådan, at den bliver udfordret. Har man taget en uddannelse som social- og sundhedsassistent, så skal man stadig udfordres på sine kompetencer. Sårpleje behøver ikke at være en opgave for sygeplejersker ... Der skal kigges på deres [social- og sundhedsassistents] kompetencer, og om de kan varetage flere opgaver, end de gør i dag ... Borgernes forløb bliver mere komplekse, hvilket kalder på flere kompetencer til vores basissygeplejersker. Og så har vi alle vores specialesygeplejersker, og de skal jo også udfordres. (Deltager i lederinterview)

Ligesom lederen i dette citat gav flere andre interviewpersoner udtryk for, at der på grund af arbejdspress og flere borgere med komplekse forløb er behov for at tænke anderledes i forhold til kompetenceplanlægning og brede flere opgaver i forhold til kroniske sygdomme ud til en større gruppe medarbejdere. Men for at have en vel-fungerende kompetenceplan, må man løbende justere planerne i forhold til den løbende udvikling i behov samt udefrakommende krav.

Flere interviewpersoner nævnte den digitale platform Plan2learn, som anvendes både som et opdateret kursuskatalog og et styringsredskab for ledere, hvor de kan se, hvilke kurser den enkelte medarbejder har deltaget i. De beskriver Plan2learn som et godt redskab til at få øje på evt. "huller" i medarbejdergruppens viden:

Vi bruger Plan2learn, og det er et ledelsesansvar, at vi har de fornødne kompetencer i gruppen. Jeg kan printe eller synliggøre de kompetencer, de enkelte medarbejdere har. (Deltager i lederinterview)

For især ledergruppen tilbyder dette redskab en mulighed for at arbejde systematisk med at sikre tilstrækkelig viden og også planlægge kompetenceudvikling for medarbejdergruppen på baggrund af det overblik, som Plan2learn tilbyder.

I de deltagende kommuner er der et stort spænd mellem kommuner, der arbejder meget strategisk med kompetenceplaner, som vi har set eksempler på ovenfor, og så kommuner, hvor medarbejdere beskriver, hvad de oplever som en mere tilfældig tilgang:

Det [kompetenceudvikling] er et opslag – et fysisk på opslagstavlen – og så er det op til os selv at få os meldt til det, hvis det er noget, vi har interesse for. (Deltager i medarbejderinterview, social- og sundhedshjælper)

Det er således ikke alle interviewede medarbejdere, der gav udtryk for, at de oplever en systematisk tilgang til kompetenceudvikling i deres kommune:

Der kommer jo mails ud ind i mellem fra ledere og kollegaer, som har fået noget ny viden ... og ellers er det en viden, jeg selv skal opsøge i forhold til kompetenceudvikling. Jeg oplever ikke, at der er en fast struktur over tilbuddet. (Deltager i medarbejderinterview, sygeplejerske)

Interviewdeltagerne er generelt skeptiske over for e-mails som en relevant informationskanal for planlægning af kompetenceudvikling, da de oplever, at informationen bliver væk i en konstant strøm af nyheder.

2.5 Eksterne aktører spiller en rolle både som kursusudbydere og som ad hoc undervisere

Et andet vigtigt element i kommunernes kompetenceudviklingspraksis er anvendelsen af eksterne aktører, som udbyder undervisning. Kommunerne samarbejder ofte med eksterne aktører, uddannelsesinstitutioner eller specialiserede kursusudbydere for at sikre adgang til den nyeste viden og ekspertise inden for kroniske sygdomme og andre specifikke fagområder.

Alle de deltagende kommuner har baseret størstedelen af deres kompetenceudvikling på interne undervisningstilbud, som typisk planlægges og gennemføres af resourcepersoner (jf. de tidligere beskrivelser i 2.2). Interviewdeltagerne beskriver dog samtidig, at de benytter sig af eksterne aktører:

Det er mest internt, og så er der ting, vi henter ind, fx tilbud i forhold til sår. Derudover er der nogle helt særlige samarbejdsaftaler i regionen, fx

hjemmedialyse, og så tilbyder de noget undervisning. Noget andet, som vi har hentet mest udefra, er undervisning i psykiatri. Det har så været fra lokalpsykiatrien, hvor der har været undervisning fra. (Deltager i lederinterview)

Kommunerne kan altså, som lederen beskriver her, have kompetencebehov, som kræver deltagelse fra eksterne aktører. Denne liste opsummerer de eksterne aktører, som blev fremhævet i vores interviewundersøgelse:

- Hospitalsafdelinger
- Steno Diabetes Center Odense
- Medicinalvirksomheder (fx Novartis)
- Producenter af udstyr (fx dialyse eller stomi)
- Patientforeninger såsom Alzheimerforeningen
- Regionale samarbejdsaftaler på specifikke områder, hvor regionen leverer den nødvendige undervisning
- SOSU-skoler og professionshøjskoler.

Nogle interviewpersoner beskriver, at de som oftest afholder korte internt organiserede undervisningsaktiviteter – nogle gange med deltagelse af eksterne aktører, men som oftest afholdt af ressourcepersoner. De deltager sjældnere i længerevarende kursusforløb, men når de gør, er de som oftest afholdt af undervisningsinstitutioner såsom SOSU-skoler og professionshøjskoler:

Jeg har været på kurser vedrørende de fleste kroniske sygdomme, men ikke meget, og det har været år tilbage. Kursus i sårpleje i forhold til diabetes [med ekstern underviser] var rigtig godt. Det er sjældent [at vi kommer på] de lange kurser. Så vi har oftere de der 2 timers kurser. De lange kurser er i forbindelse med SOSU-skolen. (Deltager i medarbejderinterview, social- og sundhedsassistent)

Interviewpersonerne udtrykker generelt stor tilfredshed med udbuddet af og indholdet i kurser, der tilbydes hos eksterne aktører. Det gælder i særdeleshed ressourcepersonerne, der deltager i en del eksterne kurser for at blive klædt på til at varetage deres rolle internt:

Jeg har fået lov til at være afsted på meget – også fordi jeg varetager rollen [som ressourceperson] alene, og så skal jeg have nogle redskaber. Ved nogle kurser er jeg med ude og være medunderviser på kurser for hjælpere

... De arbejder med cases for at få det gjort konkret og have mulighed for at koble teori til deres egen praksis. (Deltager i ressourcepersoninterview)

Som denne ressourceperson og andre interviewpersoner også beskriver, har ressourcepersonerne nogle gange en aktiv rolle på kurser, som er eksternt organiseret, men hvor de er "medundervisere" og bringer borgercases fra deltagernes hverdag ind i undervisningen. Tanken er, at medunderviserne hjælper til at bygge bro mellem undervisning og praksis, og dette fremhæves af flere interviewpersoner som et godt greb, da de oplever, at det gør undervisningen mere vedkommende for deltagerne, idet den er praksisnær. Ressourcepersonerne kan således få en slags brobyggerrolle, der skaber forbindelse mellem det generiske undervisningsindhold og den specifikke hverdag, som medarbejderne skal bruge den nye viden i.

En anden måde at bringe organisationens hverdag og kompetenceudvikling tættere sammen er at organisere undervisning med ekstern underviser, men ude på den konkrete arbejdsplads. Eksempelvis fremhæver nogle interviewpersoner skræddersyet undervisning som en fordel: "*Steno udbyder at komme ud [på arbejdspladsen] og være meget praksisnære*" (Deltager i lederinterview). Undervisning ude på arbejdspladsen er generelt noget, som kommunerne godt kunne tænke sig:

Det er nemmest, hvis man kan få nogen til at undervise dem på stedet. Jeg har en enkelt gang sendt et helt hold social- og sundhedsassistenter afsted eksternt på diabetesområdet, og så havde det kun været dem, der var der. Så havde det været bedre, hvis underviseren var kommet herhen. Det var ny viden inden for diabetes specifikt til social- og sundhedsassistenter. Det var lagt op til, at der var mange, men så var det kun dem. Men det havde været meget brugbart, og de kom tilbage og var super begejstrede og synes også, det var fedt, at de var afsted sammen. Det betyder meget, at mange hører det samme. (Deltager i lederinterview)

Her kobles muligheden for at få en ekstern underviser ud på arbejdspladsen sammen med muligheden for at kunne få undervisning af en større gruppe, som mange kommuner ser som afgørende for at kunne "holde fast" i ny viden.

2.6 Emner for kompetenceudvikling udvælges i samarbejde mellem ledere og medarbejdere

Et centralt aspekt i kommunernes arbejde med kompetenceudvikling er, hvordan relevante emner identificeres og udvælges. Udvælgelsen sker ofte i et samarbejde mellem ledelse og medarbejdere, hvor der foretages en prioritering baseret på både kortsigtede opgaveløsninger og længerevarende strategiske mål. Valget af udvik-

lingsområder kan inkludere både specifikke faglige kompetencer og mere tværgående færdigheder.

For nogle af de deltagende kommuner (typisk dem, som bruger "specialiserings-" eller "trappemodellen") hænger emnerne for kompetenceudvikling sammen med et årshjul og planlægges typisk for et år ad gangen:

[Emnerne] ligger fast et år frem og så ligger det fast med datoer, hvornår flokken af [ressourcepersoner] kommer rundt i kommunen. Der bliver folk meldt på [undervisningen] – fortrinsvis social- og sundhedsassistenter og hjælpere, når der er plads til det. Det kan godt være, at emnerne skifter karakter fra år til år, men det handler om, hvad der bliver efterspurgt, eller hvor man kan se, at det halter, og at der er et behov. Det var derfor, mundhygiejne kom på som tema [i år]. (Deltager i medarbejderinterview, sygeplejerske)

Som citatet viser, er valget af emner systematisk og gentagende for nogle kommuner, samtidig med at de ønsker at give plads til emner, der afspejler aktuelle behov. Andre interviewdeltagere beskriver, at kompetenceudvikling som oftest igangsættes på grund af mangel på specifikke kompetencer, der er nødvendige for at varetage plejen af en af kommunens borgere:

Inden for det sidste år har vi haft to forskellige borgere, hvor den ene havde KOL i svær grad, og den anden havde en nyresygdom, så den ene havde lungedræn, og den anden havde [iltterapi], og det er noget udstyr, vi ikke var bekendt med. Og der havde vi nogle ude og undervise, den ene var en konsulent fra firmaet, og den anden var fra sygehuset. Og der er det typisk 4 sygeplejersker, [som deltager], og derefter er det intern side-mandsoplæring. Når de [borgerne] bliver varslet hjem, der er vi gode til at sige, at det her kan vi ikke varetage, før vi får noget undervisning. (Deltager i medarbejderinterview, sygeplejerske)

Denne tilgang bygger således i mindre grad på strategisk langtidsplanlægning, sammenlignet med de kommuner, der arbejder med årshjul og kompetenceplaner. Det er udtryk for en anden systematik, der i højere grad er bygget på situationsbaseret oplæring. Det fremgår i den forbindelse også, at kompetenceudvikling kan udspringe af et ønske om kontinuitet hos borgerne, hvor det kan være en fordel at oplære de medarbejdere, der i forvejen befinder sig ofte i borgerens hjem. En social- og sundhedshjælper beskriver, at de kan foreslå kompetenceudvikling i denne forbindelse:

Ja, det kunne vi godt [foreslå]. Det kunne fx være insulin. Hvis en social- og sundhedshjælper kommer fast hos en borger, og det er en ukompliceret

diabetes, så giver det mening, at den person oplæres i insulin, så der ikke skal komme flere forskellige folk rendende i borgerens hjem. Kontinuitet frem for alt – eller i hvert fald langt hen ad vejen. (Deltager i medarbejderinterview, social- og sundhedshjælper)

Som dette citat viser, gør nogle kommunerne sig tanker om, hvordan de kan bruge kompetenceudvikling til at sørge for, at flere medarbejdere kan varetage grundlæggende opgaver i forhold til kroniske sygdomme.

2.7 Prioritering af kompetenceudvikling i den daglige drift har vanskelige betingelser

Mange af interviewdeltagerne italesætter, at det er en udfordring at prioritere kompetenceudvikling i den daglige drift:

Vi kan ikke lægge borgerne i en bunke til i morgen. Det [kompetenceudvikling] bliver italesat som noget, vi skulle prioritere, men det kan vi lægge i bunker. Det er svært i praksis. (Deltager i medarbejderinterview, sygeplejerske)

Som citatet er et eksempel på, befinder interviewdeltagerne sig i et krydspres mellem, at de gerne vil prioritere kompetenceudvikling, men at de ofte bliver nødt til at fravælge at deltage, da kørelister og borgernes behov skal prioriteres højest. Dette gør også, at ikke kun planlægningen af kompetenceudviklingsaktiviteter, men også deltagelsen i internt planlagte aktiviteter er sårbar over for sygdommeldinger og travlhed på dagen:

De halve undervisningsdage, de er planlagt langt ude i fremtiden, så vi kan sikre os, at alle mand er på arbejde den dag, og vi kan nå dagens arbejde, inden vi går fra ... men ved mange sygdommeldinger, gør det det svært, fordi vi skal dække driften først. Vi har drift som første prioritet. Men vi prioriterer det [kompetenceudvikling] rigtig meget, fordi vi alle sammen gerne vil køre udviklingen. (Deltager i lederinterview)

Lederen peger på, at der er et ønske om at prioritere kompetenceudvikling, selvom det er sårbart i praksis. Repræsentanter fra mange af de deltagende kommuner forklarer, at de af budgetmæssige årsager ikke har mulighed for eksempelvis at benytte vikarer til at dække øvrige opgaver, når ansatte deltager i kompetenceudvikling.

I forlængelse heraf beskriver interviewpersonerne, at de har vanskeligt ved at planlægge undervisningsaktiviteter på tidspunkter, som forstyrrer driften mindst muligt. Det er i særdeleshed ved kompetenceudvikling med eksterne aktører:

Det ville vi gerne [prioritere kompetenceudvikling], men vi har ikke haft mulighed for det. Kurserne skal ligge på et tidspunkt, der passer ind i vores hverdag – kurser skal ligge fra middag og frem, vi har ikke tid om formiddagen. (Deltager i lederinterview)

Der er således flere tidmæssige aspekter, der kan komme til at være barrierer for kompetenceudvikling i hverdagen. Når medarbejdernes tid prioriteres til drift, er planlagte aktiviteter sårbare over for sygemeldinger i driften. Bevægelsen væk fra ekstern og længerevarende undervisningsaktiviteter for få medarbejdere ad gangen til generel undervisning for en større gruppe medarbejdere må også formodes at have betydning – der skal mindre til, for at undervisningen aflyses. Derudover kan det være et problem, at eksterne undervisningsaktiviteter ikke tager hensyn til den tidsmæssige struktur i hjemme- og sygeplejen.

2.8 Manglende struktur og overblik er en barriere for kompetenceudvikling

Mange kommuner oplever udfordringer i forhold til at etablere struktureret kompetenceudvikling i forhold til kroniske sygdomme.³ Når der mangler struktur og overblik, beskriver især medarbejderne, at de har svært ved at efterspørge kompetenceudvikling, som illustreret i citatet nedenfor:

I forhold til kompetenceudvikling, så tror jeg, der ligger et stort arbejde ... Det er sjældent, at vi faktisk hører noget om de forskellige muligheder. Nu havde jeg aldrig hørt om det her borgernære [Borgernær Sygepleje projekt]. Hvis vi endelig får noget sendt ud på e-mail, så synes jeg, vi er gode til at reagere på det ... men ellers så hører vi ikke rigtig om, hvad der er af muligheder, medmindre der er en, der nævner det lidt laissez faire i plenum. Vi bruger rigtig meget, hvor man ringer rundt eller tager med sårsygeplejersker eller andre for at øge vores viden, men der er meget opsøgende arbejde, hvis vi vil øge vores kompetencer. Fordi man kan jo godt gå ind til sin leder og sige, at jeg kunne godt tænke mig nogle flere kompetencer, "jamen,

³ Det fremgår i den forbindelse, at kommunerne er mere strukturerede i forhold til oplæring af superbrugere i it-systemer eller ved specialistfunktioner, såsom akutsygeplejen.

inden for hvad?" Det ved jeg ikke, fordi jeg ved ikke, hvad der er af muligheder. (Deltager i medarbejderinterview, sygeplejerske)

Andre medarbejdere beskriver, at manglende struktur og overblik over muligheder for kompetenceudvikling udgør en barriere for, at de kan adressere "huller" i deres kompetencer:

Jeg mangler en mappe, jeg kan gå hen og slå op i, med fx to gange om året er der udbud i X kursus, hvor jeg så kan sige til chefen, at det her vil jeg gerne på, fordi nu begynder mine rutiner at slække på det, eller nu har vi en borger med fx Parkinson, og så kunne få nogle tips og tricks til, hvordan vi gør det bedre. (Deltager i medarbejderinterview, social- og sundhedsassistent)

Lederne i nogle kommuner beskriver, at de gerne vil sørge for systematisk kompetenceudvikling, men at de ikke er lykkedes med det pga. andre presserende opgaver eller organisationsforandringer, der har taget fokus:

Vi har ikke noget struktureret [kompetenceudvikling]. Det er gået i vasken det sidste år, fordi der er sket så meget i organisationen. Vi har tidligere haft det sådan, at vi har mødtes og planlagt emner. Det sidste år er det gået i glemmebogen pga. organisationsændringer. (Deltager i lederinterview)

Når det gælder struktur, overblik og medarbejdernes mulighed for at efterspørge kompetenceudvikling, så er det prioritering af områder, manglende overblik over konkrete muligheder samt manglende prioritering af systematisk kompetenceudvikling på organisationsniveau, der fremstår som centrale barrierer.

2.9 Opsamling

Vi har identificeret tre typiske modeller for intern kompetenceudvikling i kommunerne: kontaktmodellen, trappemodellen og specialiseringsmodellen, som ses i Tabel 2.1, som hver især har deres fordele og ulemper. Der er en generel udvikling mod bredere kompetenceudviklingsaktiviteter, der favner flere medarbejdere, og der er sket et skift fra individuelle ønsker til fokus på, hvad organisationen som helhed har brug for. Kommunerne balancerer behovet for generalister og specialister, men det er en udfordring at rumme mange specialer samtidig med at sikre et grundlæggende kompetenceniveau.

On-boarding optræder som en central del af kommunernes kompetenceudvikling, især på grund af høj personaleomsætning blandt social- og sundhedshjælpere og

ufaglærte medarbejdere. Årshjul og kompetenceplaner er vigtige redskaber for systematik i arbejdet med kompetenceudvikling. For eksempel fremhæves Plan2learn som et godt redskab til at sikre systematik i kommunernes arbejde med kompetenceudvikling.

Eksterne aktører spiller en stor rolle som kursusudbydere og ad hoc undervisere, hvor intern relevans kan sikres gennem medundervisere og undervisning direkte på arbejdspladsen. Emnerne for kompetenceudvikling udvælges i samarbejde mellem ledere og medarbejdere, hvor der skal findes en balance mellem planlagte og opståede behov, der afspejler opståede problemstillinger hos konkrete borgere.

Centrale barrierer for kompetenceudvikling er, at prioriteringen af disse har vanskelige kår i en presset drift, og nogle kommuners manglende systematik – som gør det vanskeligt for ledere at have overblik og for medarbejdere at efterspørge kompetenceudvikling, når de ikke kender mulighederne.

3 Ledelse af kompetenceudvikling: prioritering, fastholdelse og økonomi

I dette kapitel vil vi redegøre for ledelsesprioriteringer samt de rammer, der etableres for kompetenceudvikling i hjemme- og sygeplejen i kommunerne. Vi vil undersøge, hvilken betydning ledere og medarbejdere tillægger kompetenceudvikling, og hvordan ledere formår at skabe tid og støtte til, at medarbejdere kan deltage i undervisning eller have gode vilkår for vidensdeling i hverdagen.

Hvor kapitel 2 indirekte berørte ledelselementer såsom modeller for kompetenceudvikling, vil dette kapitel særligt fokusere på ledernes overvejelser og medarbejdernes oplevelse af ledelsesstøtte i forhold til kompetenceudvikling.

Til sidst i kapitlet præsenteres centrale barrierer for lederes prioritering af kompetenceudvikling, fx at borgere med komplekse forløb skaber både større behov og sværere betingelser for kompetenceudvikling, og at der stilles større krav til kompetenceudvikling på tværs af arbejdsområder.

3.1 Ledere afvejer behov for generalister vs. specialister

Mange af de deltagende kommuner overvejer, hvordan de bedst organiserer kompetenceudvikling – om flere medarbejdere skal opnå brede, generelle kompetencer, eller om færre skal specialiseres inden for specifikke områder. De skal samtidig skabe en organisering, der sikrer løbende vedligeholdelse af et generalistniveau i medarbejdergruppen (som er påvirket af stor udskiftning i mange kommuner) og samtidig oparbejder specialistviden inden for kroniske sygdomme:

Der er så mange spændende områder, så der skal prioriteres – skal du vide lidt om det hele eller være én, der ved meget om lidt. (Deltager i ressourcepersoninterview)

For de fleste kommuner er der økonomiske begrænsninger, som betyder, at de skal prioritere, om de vil bruge ressourcer på meget kompetenceudvikling til få medarbejdere eller mindre til flere. Der er ligeledes en bevidsthed om, at der ikke nødvendigvis er brug for de samme typer af kompetenceudvikling hos alle medarbejdere:

Vi prøver at have en tænkning om, at de fleste skal være basis. De skal have den brede viden, og så er det næste lag de her ressourcepersoner, som har specialviden, som underviser ned i basis. Ikke at man ikke skal have kompetenceudvikling i basis Der er nogle kompetencer, man skal have, fordi man er meget borgerrettet, og så er der andre kompetencer, man skal have, fordi man er undervisende ud i andre personalegrupper. (Deltager i lederinterview)

Citatet giver et indblik i, hvordan ledere i mange af kommunerne tænker i forhold til kompetenceudvikling. At de skal sørge for, at medarbejdere generelt har de kompetencer, der skal til for at dække behovene ude hos borgerne, og at de samtidig skal oparbejde specialkompetencer hos ressourcepersonerne. Nogle kommuner oplever det som udfordrende at opretholde et generalistniveau hos medarbejdere:

Vi skal være kreative for at blive ved med at bevare et generalistniveau, for det kan vi ikke undvære. Udfordringen er, at vores borgerforløb kalder på specialister, men at man i mange år har villet have generalister. (Deltager i lederinterview)

Som citatet viser, er der en spænding mellem at tænke i brede kompetencer, når borgerforløbene samtidig bliver mere komplekse og kræver specialkompetencer, og nogle kommuner finder det udfordrende at prioritere tid og ressourcer til begge niveauer samtidig. Nogle kommuner oplever samtidig et stort eksternt pres for at blive mere specialiserede:

Alle ønsker, at vi er specialiserede på alle 75 specialer, fordi vi er optageområde for [hospital], men vi kan ikke rumme den høje specialisering, som de gerne vil have ... Vi kan ikke højspecialisere alle vores sygeplejersker – de er i bund og grund generalister. (Deltager i lederinterview)

Citatet rammesætter en problemstilling for mange – især de mindre – kommuner, som har svært ved at specialisere uden også at risikere at miste de generalistkompetencer, som de er afhængige af i hverdagen.

På social- og sundhedsassistent og -hjælper niveauet er der ligeledes overvejelser vedrørende, om der skal oplæres flere til at varetage grundlæggende opgaver i forhold til kroniske sygdomme (som fx måling af blodsukker), eller om det fortsat skal være få, der udfører disse opgaver:

Jeg synes helt bestemt, at vi kunne være bedre til at bruge folks kompetencer eller udvide dem for den sags skyld. Bare generelt, at vi kan lære folk op, i stedet for at vi skal sende assistenterne ud, fordi vi bliver meget låst på det. Så hvis man kan udvide folks kompetencer, og det giver

mening, tror jeg vi skal være bedre til at gøre det. (Deltager i medarbejderinterview, social- og sundhedshjælper)

Som dette og de foregående citater er eksempler på, skal kommunerne løbende gøre sig overvejelser i forhold til hvem og på hvilket niveau, de skal sætte ind med kompetenceudvikling for at få den bedst mulige organisering og opgaveløsning inden for snævre økonomiske rammer.

3.2 Vanskeligheder med rekruttering og fastholdelse af medarbejdere påvirker kompetenceudvikling

Interviewundersøgelsens ledere oplever generelt set udfordringer med at rekruttere og fastholde medarbejdere, og det gælder særligt social- og sundhedsassistenter og -hjælpere. Rekruttering og fastholdelse af medarbejdere er en stor bekymring for flere af de deltagende ledere, da det har direkte betydning for deres økonomiske råderum:

Truslen om ikke at kunne rekruttere er større end økonomien. Vi får økonomi efter, hvor mange opgaver vi løser. (Deltager i lederinterview)

Ovenstående er en af årsagerne til et stort fokus på rekruttering og fastholdelse hos lederne – fordi de er nødt til at have tilstrækkeligt og kvalificeret personale til at kunne løfte opgaverne hos borgerne.

Lederne ser i den forbindelse en klar sammenhæng mellem kompetenceudvikling og muligheden for at skabe en attraktiv arbejdsplads, der kan fastholde medarbejdere:

Leder 1: Hvis vi skal fastholde, udvikle og kompetenceudvikle, så bliver vi nødt til at have en gulerod: "Okay, hvad kan jeg så blive rigtig god til i det her speciale". Så vi skal have nogle midler til at hjælpe dem med det.

Leder 3: Jo mere du specialiserer folk, jo nemmere er det at fastholde, fordi så bliver de jo her. (Deltager i lederinterview)

Som illustreret ser lederne investering i medarbejdernes kompetenceudvikling som en af de muligheder, de har for at sikre fastholdelse – en motivationsfaktor for at blive i organisationen. Samtidig peger lederne på, at de aktuelt mangler ressourcer til at gennemføre denne investering i ønsket omfang. Medarbejderne på den anden side ser også en sammenhæng mellem kompetenceudvikling og fastholdelse, som beskrevet nedenfor:

Det er, som om at mulighederne [for kompetenceudvikling] ... de bliver forpurret af, at så var der for mange besøg den dag, og så gik det ikke ... Jeg ved godt, at der er meget at se til, men det er trist, fordi jeg ved også, at hvis man vil fastholde og rekruttere, bliver man nødt til at give mulighed for at udvikle. Og jeg ved, at langt de fleste nyder godt af det. (Deltager i medarbejderinterview, sygeplejerske)

Medarbejderne har forståelse for ledernes prioriteringer, men fremhæver, at et manglende fokus på kompetenceudvikling kan få negative konsekvenser for organisationens evne til både at fastholde og rekruttere medarbejdere, fordi det opfattes som et gode, som de fleste medarbejdere kan nyde godt af.

Lederne oplever samtidig, at det er vanskeligt at opretholde et tilstrækkeligt vidensniveau, når der er stor personaleomsætning, i og med at nyansatte ofte også er nyuddannede, er ressourcepersoner og oplæring særligt vigtigt for at sikre en tilstrækkelig kvalitet i opgaveløsningen:

De [nyansatte] er ofte nyuddannede, og så skal de have alt det basale på plads. Og der har vi vores sygeplejersker [ressourcepersoner], der er gode til at oplære, og som er med ude og se, om de udfører det [arbejdet] korrekt. (Deltager i lederinterview)

Rekruttering af nyuddannede medarbejdere kræver betydelige ressourcer og stor opmærksomhed, især fra ressourcepersoner, som skal stå for oplæring og vejledning. Denne proces bliver ekstra krævende, når der løbende skal tages hånd om nye medarbejdere på grund af udfordringer med at fastholde personale. Den hyppige udskiftning af medarbejdere betyder derfor, at tid og energi, der kunne bruges på specialiseret kompetenceudvikling, i stedet skal bruges på introduktion af nye ansatte.

3.3 Økonomiske rammer gør ledere til "gatekeepere" for kompetenceudvikling

Medarbejdere, som deltog i interviewundersøgelsen, oplever generelt, at deres ledere gerne vil understøtte udvikling af deres faglighed og gerne vil igangsætte projekter. De oplever dog også, at der er udfordringer:

Jeg synes, vores ledelse har en god intention, men der er så mange udfordringer på vejen ... Vi bliver nødt til at aflyse møder hele tiden, fordi der ikke er tid til at kalde folk ind. Det nytter ikke at have 100 både i vandet, men de 90 har motorstop. (Deltager i medarbejderinterview, social- og sundhedsassistent)

Uddraget peger på en tydelig ledelsesinteresse, men viser også en oplevelse af, at lederne i mindre grad formår at omsætte denne interesse til konkrete rammesatte aktiviteter. Flere medarbejdere påpegede, at lederne muligvis kunne opnå bedre resultater ved at iværksætte færre aktiviteter og dermed skabe større mulighed for at gennemføre dem i praksis. Det skaber udfordringer for medarbejderes motivation, når kompetenceudvikling og projekter ikke prioriteres i hverdagen og ofte bliver aflyst:

De [lederne] har en god intention. Men det bliver aflyst. Og så mister man motivationen som medarbejder. Det er svært at blive ved med at tage det alvorligt. For eksempel Rehabiliteringsprojektet, det bliver aflyst hver uge, og det har været skemalagt i et halvt år De har viljen, men de har ikke betingelserne til at leve det ud. Det er det, der mangler, og det er en prioritering i økonomi. (Deltager i medarbejderinterview, social- og sundhedsassistent)

Som dette er et eksempel på, oplever medarbejderne, at ledelsen er begrænset af økonomi, og at planlagte aktiviteter aflyses, når der opstår udfordringer i driften. De tillægger manglende prioritering stor betydning for at kunne lykkes med kompetenceudvikling i forhold til fx rehabilitering – og afgørende for, at medarbejderne kan "tage det alvorligt".

I forlængelse heraf oplever flere medarbejdere, at deres ønsker til kompetenceudvikling ofte bliver afvist:

Det er sådan, det opleves i hjemmeplejen – man bliver lidt mødt af en mur, når man spørger, om man kan få en kompetence. Sidst jeg spurgte, fik jeg at vide, at det var der ikke penge til. Hvor man tænker, "I står og skriger på mennesker", men man hjælper heller ikke på vej. (Deltager i medarbejderinterview, social- og sundhedsassistent)

På tværs af interviewene er det især social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, der har vanskeligt ved at få adgang til kompetenceudvikling, men udfordringen gælder også for nogle sygeplejersker:

Det er meget driften, der fylder. Og det har omkostninger at prioritere noget. Og hvis ikke man kan aflyse besøg eller bruge vikarer, så kan man jo ikke komme på kursus. Og hvis lederen tænker, at det ikke er muligt for mig, så er det meget begrænset, hvor meget jeg kan komme på kursus. (Deltager i medarbejderinterview, sygeplejerske)

De økonomiske ledelsesprioriteringer får også betydning for, hvilken type kompetenceudvikling der tilbydes til medarbejdere:

Det er ikke, fordi hun [leder] ikke er lydhør, men jeg tror, hun er lidt bundet af økonomi. Så hun søger de kurser, der kommer centralt fra. Der er ikke et specifikt kursus, når man står med en specifik borgerproblematik. Det har jeg ikke oplevet i de år, jeg har været herude, at det er blevet stillet til rådighed. Det kunne jeg godt bruge mere lydhørhed overfor. (Deltager i medarbejderinterview, social- og sundhedsassistent)

Der peges på begrænsninger i forhold til at kunne efterspørge kompetenceudvikling, der skal afhjælpe aktuelle udfordringer ude hos borgerne, men at det økonomiske pres får ledere til at vælge centrale og mere generelle kursustilbud til medarbejderne. At være begrænset økonomisk er et vilkår, som lederne genkender:

Det skal være en prioritet – og det skal det være helt oppefra. Det nytter ikke at sidde med 15.000 kr. til X antal sygeplejersker. Hvad skal jeg så ikke have nok af? Det er hele tiden den der prioritering i, hvad er det, man gerne vil. Der mangler nogen, der sidder lidt højere oppe og siger, "det her skal være en prioritet og en høj prioritet". (Deltager i lederinterview)

Som uddraget beskriver, kan ledere let føle sig som fanget mellem manglende økonomisk prioritering af kompetenceudvikling i budgettet og behovet for at sikre et tilstrækkeligt kompetenceniveau hos sygeplejerskerne. I forlængelse heraf oplever ledere også, at de i stigende grad må prioritere intern over ekstern kompetenceudvikling for medarbejderne:

Nogle gange må vi tage den slankede model, hvor vi bruger vores interne ressourcepersoner, eller at vi fælles køber nogen ind, og give os den undervisning, der måtte være. Rent driftsmæssigt oplever jeg stor fleksibilitet, og man er villig til at flytte en fridag, fordi man gerne vil med – så der tænker jeg, at motivationen er høj her i hvert fald. Men det er rigtig ærgerligt, når man kommer og siger, at der er et diplommodul, og det vil jeg rigtig gerne, og så må jeg kigge ind i denne her meget slanke kursus konto og sige, "Det kan desværre ikke blive i år", og så kan jeg godt se på medarbejderne, at de måske taber motivationen. (Deltager i lederinterview)

På grund af økonomien prioriterer ledere deres interne kompetenceudvikling eller eksternt faciliteret undervisning på arbejdspladsen til de flere medarbejdere over specialuddannelse. Det gør de for at kunne ramme bredt – men samtidig ser de også, at det går ud over medarbejdernes faglige motivation.

3.4 Flere komplekse borgerforløb skaber både større behov og sværere betingelser for kompetenceudvikling

Samtlige interviewpersoner italesatte, at det strategiske arbejde med kompetenceudvikling sker i en kontekst, hvor borgerforløbene gennem en årrække er blevet tiltagende komplekse (Vinge, 2018):

Det er blevet sværere for os, borgerforløbene er blevet tungere, mere komplekse. De kræver højere kompetencer, men der følger ikke ressourcer med. Vores vilkår bliver sværere, ikke fordi vi ikke kan løse dem, men ressourcemæssigt er det svært at få enderne til at mødes. Vi skal gøre andre ting, end vi er vant til, fx IV-behandling, der tordner derudad. Vilkårene ændrer sig. Vi får flere borgere på 85+, og det er sjældent, de kun fejler en ting. (Deltager i lederinterview)

De mere komplekse borgerforløb indebærer også et behov for, at medarbejderne indgår i mere komplekse samarbejder med andre faggrupper, end det tidligere var tilfældet:

Vi får flere komplekse borgerforløb, og vi skal passe meget syge borgere i eget hjem. Og vi har et meget stort samarbejde, som vi ikke har haft før med fysioterapeuter, sygeplejersker og ergoterapeuter. Det kræver en kulturændring. Der er ikke noget med, at der ikke er vilje til at udvikle sig eller komme på kursus, men det med at finde tid til at finde det, det er en udfordring. (Deltager i medarbejderinterview, social- og sundhedsassistent)

Som uddraget ovenfor beskriver, skaber de komplekse borgerforløb større behov for kompetenceudvikling for medarbejderne, men at der ikke er fokus på, at det kræver flere ressourcer. I forlængelse heraf peger medarbejdere på, at det er problematisk, når der bliver krævet mere, men at der ikke bliver prioriteret tid og midler til at imødekomme disse krav:

Jeg tænker også, at det må være i hjemme- og sygeplejens interesse at kompetenceudvikle os meget mere, end vi bliver lige nu. Fordi vi står med de her komplekse [borgerforløb], og det er en kæmpe opgave, vi løfter i fællesskab. Det burde være almen interesse, at ens personale er up to date på nyeste viden, så vi også kan handle og agere ud fra. Det burde være helt oppe fra som et krav. (Deltager i medarbejderinterview, sygeplejerske)

Det er et paradoks, som mange af deltagerne i vores undersøgelse giver udtryk for: Der er både brug for flere kompetencer, men samtidig oplever de at have sværere

ved at prioritere kompetenceudvikling. De ser en manglende ledelsesprioritering som en væsentlig barriere.

3.5 Ledere oplever stigende krav til kompetenceudvikling på tværs af arbejdsområder

Med udviklingen i retning af mere komplekse borgerforløb følger (jf. interviewene) også et større behov for kompetenceudvikling på mange faglige områder. Mange af lederne i vores undersøgelse gav udtryk for, at de føler et stort pres for at hæve medarbejderes kompetenceniveau på mange andre områder ud over kroniske sygdomme. Palliation, psykisk sygdom, demens, multisygdom og ensomhed bliver underliggende udfordringer hos borgerne, som får betydning for deres daglige arbejde. En leder, som har en fortid i driften, forklarer udviklingen således:

Engang tog vi ud til borgerne, og det var [primært] det, vi gjorde – vi skal rumme flere specialer og skal inddrage og kommunikere, vores medarbejdere kan snart ikke rumme mere. (Deltager i lederinterview)

Flere af interviewpersonerne forklarede, at de mange løbende og stigende krav til medarbejdere risikerer at skabe en negativ attitude over for kompetenceudvikling:

Vi vil gerne vide det nye, men det drukner lidt i det daglige arbejde, fordi der er enormt meget nyt hele tiden inden for alle områder, som vi skal tage imod, så det smuldrer for os – og man kan også gå i sine egne vaner. Man får en 'igen noget nyt'-holdning. (Deltager i ressourcepersoninterview)

Interviewpersonerne beskrev generelt en optagethed af at lære nyt og at ville gøre det bedste for borgerne, men at der også er medarbejdere, som bare gerne vil passe deres "normale" arbejde:

Der vil altid sidde nogle, der har det godt med at komme på arbejde og løse opgaven, og som ikke har behov for at udvikle deres horisont og tillægge sig flere kompetencer, og det skal man også respektere. Men der er også andre, der gerne vil udvikle sig. (Deltager i medarbejderinterview, social- og sundhedshjælper)

Hvis der ikke formelt prioriteres tid til at opdatere sin viden, kan dette skel mellem dem, der 'bare' gerne vil passe deres opgaver, og de, der gerne vil kompetenceudvikling, komme til at betyde, at nogle medarbejdere fravælger

kompetenceudvikling, men andre insisterer på have opdateret viden. For dem, der gerne vil kompetenceudvikling, men ikke har formelle rammer, der understøtter dette, kan det betyde, at de må bruge deres fritid. Nogle medarbejdere fandt det problematisk, at de øgede kompetencekrav i samspil med det daglige tidspres i nogle tilfælde betyder, at de bruger fritiden på at blive opdateret på den viden, som de skal bruge for at løse deres arbejdsopgaver. Nogle medarbejder fortalte, at de "uddannede sig selv" ved at søge information på valide hjemmesider derhjemme:

Hvis man kigger på kompetencekrav fra 2010 til i dag, så er der kæmpe forskel på, hvad man skal kunne både som social- og sundhedshjælper og social- og sundhedsassistent, og jeg tænker også som sygeplejerske. Det er et kæmpe ansvar, og hvis man så selv skal sørge for at uddanne sig selv, så bliver det lidt svært. (Deltager i medarbejderinterview, social- og sundhedsassistent)

Interviewdeltagerne i medarbejdergrupperne peger også på øgede dokumentationskrav som en medvirkende faktor i deres oplevelse af tidspres og dermed også en af grundene til, at kompetenceudvikling risikerer at blive forflyttet til medarbejderens fritid:

Der er meget, vi skal hele tiden, og der er ikke ret meget tid til andet end besøg hos borgeren og så dokumentationen. Der er helt urimelige krav til dokumentation, som tager tid fra det andet, vi også gerne vil. (Deltager i medarbejderinterview, sygeplejerske)

Dagligt tidspres og manglende systematisk ledelsesprioritering af tid til kompetenceudvikling er således centrale barrierer, der udfordrer medarbejderne – både i forhold til at kunne navigere i de mange modsatrettede krav og i forhold til at kunne opretholde en sund balance mellem arbejde og fritid.

3.6 Opsamling

Lederne i mange af de deltagende kommuner står over for en udfordring med at opretholde en balance mellem den daglige drift og ønsket om at skabe en attraktiv arbejdsplads, der kan fastholde medarbejdere og faglig kvalitet. Lederne må løbende forsøge at finde tid og ressourcer til at investere i medarbejdernes udvikling, og de ser specialviden og faglig udvikling som en vigtig "gulerod," der kan motivere medarbejdere til at blive i organisationen.

Den hyppige udskiftning af medarbejdere, især blandt social- og sundhedsassistenter, -hjælpere og ufaglærte, gør kompetenceudvikling både nødvendig og vanske-

lig. Da disse grupper ofte er præget af stor personaleomsætning, er det vanskeligt at fastholde et stabilt og tilstrækkeligt vidensniveau hos medarbejderne. Nyansatte er ofte også nyuddannede og skal løbende oplæres (af ressourcepersoner).

Lederne beskrives af medarbejderne som at have gode intentioner, når det kommer til kompetenceudvikling. De er generelt åbne for at modtage forslag fra medarbejdere og ønsker at fremme en kultur, hvor læring og kompetenceudvikling er i fokus. De gode intentioner er imidlertid ikke altid tilstrækkelige til at overkomme de udfordringer, der opstår i praksis.

Desuden rapporterer medarbejdere, at de afvises, når de henvender sig til lederne med ønsker om kompetenceudvikling med henvisning til manglende økonomisk råderum.

Flere komplekse borgerforløb og øgede krav til medarbejderes kompetencer på mange arbejdsområder (ud over kroniske sygdomme) udgør centrale udfordringer for både ledere og medarbejdere og kan blive en barriere i forhold til både at efterspørge og gennemføre kompetenceudviklingsaktiviteter.

4 Vidensdeling: mødeaktivitet, tværfaglighed og digitale redskaber

Dette kapitel beskriver, hvordan vidensdeling foregår i den daglige organisering af hjemme- og sygeplejen. Fokus er på mødestruktur, organisering og hyppighed af møder, samt hvordan tværfaglige teams potentielt kan bidrage til vidensdeling. Desuden undersøger vi, hvilke konkrete redskaber der benyttes til at understøtte vidensdeling.

Fokus i dette kapitel er således ikke på formaliseret kompetenceudvikling og undervisning, men på de mere generelle rammer for udveksling af viden og erfaringer. Dette niveau er væsentligt at betragte, da de hverdagslige interaktioner medarbejderne (Brandt & Breum, 2021) imellem er en af de centrale mekanismer, når ny viden omsættes til hverdagspraksis.

Til sidst i kapitlet præsenteres centrale barrierer for vidensdeling i hjemme- og sygeplejen, fx at rammerne for mødeaktiviteter har vanskeligt ved at give plads til vidensdeling (særligt på tværs af vagtlag), og at ansvaret for at bringe viden videre kan være utydeligt.

4.1 Vidensdeling foregår i mangfoldige mødestrukturer og organiseringstyper

De fleste af interviewpersonerne (både ledere og medarbejdere) beskrev, at ud over kompetenceudvikling i form af kursusaktiviteter, opfatter de også kompetenceudvikling som noget, der kan finde sted i det daglige arbejde:

Jeg tænker, at kompetenceudvikling også er det, der sker i hverdagen og ikke bare undervisning. Vi har ikke haft så meget klassisk undervisning det seneste år, men vi har arbejdet meget med TOBS-møder [tidlig opsporing af begyndende sygdom] og TOBS-tavlekig. Der kan vi se, at der er sket et [kompetence]løft. Sygeplejerskerne har udviklet sig, fordi de bliver spurgt til og skal redegøre for noget fagligt, og hjælperne har suget viden til sig, og de kan se, at deres observationer er guld værd. Og det samme med social- og sundhedsassistenterne. (Deltager i lederinterview)

På denne måde kædes deltagelse i daglige tværfaglige TOBS-møder sammen med et kompetenceløft hos forskellige faggrupper, der deltager i disse møder. Der er flere andre mødeformater, der får tilskrevet samme rolle i udviklingen af mekanismer for vidensdeling.

Møderne kan betragtes som eksempler på 'læringsarenaer' (Sprogøe & Sunesen, 2021), hvor der opstår afgrænsede læringsfællesskaber. Selvom møderne er planlagt, er de ikke nødvendigvis tænkt som rammer for læring om kroniske sygdomme. Ikke desto mindre opstår der 'uplanlagt' læring, i anledning af at mødedeltagerne diskuterer aktuelle hensyn i forhold til konkrete borgere.

Tabel 4.1 præsenterer en liste over de mest almindelige rammesatte muligheder for vidensdeling, der er afdækket i interviewene.⁴

Tabel 4.1 Typer af rammesatte muligheder for vidensdeling

Mødetype	Deltagere	Hypighed	Varighed	Udbredelse
Personalemøder	Tværfagligt (SPL*, SSA**, SSH***, ufaglærte)	3-4 gange årligt	2-6 timer	Alle kommuner
Triagering****/tavlemøder	Tværfagligt (SPL, SSA, SSH, ufaglærte)	Flere gange om ugen	15-30 minutter	Alle kommuner
TOBS*****-møder	Tværfagligt (SPL, SSA, SSH)	1 gang om ugen	30-45 minutter	De fleste kommuner
Fagmøder	Monofagligt (SPL, SSA)	Hver 14. dag	1-2 timer	De fleste kommuner
Teammøder	Både for faste tværfaglige teams og andre teams	Hver 4. uge	1-2 timer	Nogle kommuner
15 faglige minutter	Mono- eller tværfagligt (SPL, SSA)	Ad hoc	15 minutter	Nogle kommuner
Træffetid	SSH, SSA sammen med rutesygeplejerske eller ergoterapeut	1 gang om ugen	1-2 timer	Nogle kommuner
Faglig café	SSH, SSA, SPL sammen med ressourceperson	Ad hoc ved behov	1-2 timer	Nogle kommuner
Borgermøder	SSH, SSA, SPL sammen med læger, fysioterapeuter, ergoterapeuter mv.	Ad hoc ved specifikke borgerproblematikker	1-2 timer	Nogle kommuner

Note: * Sygeplejersker (SPL). ** Social- og sundhedsassistent (SSA). *** Social- og sundhedshjælper (SSH). **** Triagering er et redskab til prioritering af borgeres behov. ***** Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom (TOBS).

Anm.: Der er lokal variation i forhold til benævnelser, hyppighed og afsat tid til de forskellige aktiviteter.

Kilde: VIVE interviewundersøgelse juni-september 2024.

⁴ Ud over de rammesatte møder nævner samtlige interviewpersoner, at de også er gode til at vidensdele uformelt, fx i samtaler "over madpakken".

I alle de deltagende kommuner er personalemøder centrale for at skabe en fælles forståelse blandt medarbejderne og sikre løbende vidensdeling. I mange kommuner er vidensdeling så vigtigt, at det er et fast punkt på dagsordenen for at sikre, at alle er informerede om væsentlige udviklinger og ny viden:

Det [vidensdeling] er primært på personalemødet med et punkt på dagsordenen, hvis der er noget nyt inden for det [ny viden om kroniske sygdomme]. På et personalemøde havde vi en sygeplejerske fra Coloplast i forbindelse med stomi-poser ude og fortælle. Hun fortalte, hvordan deres produkter nøjagtigt skulle bruges. Hun havde mange forskellige produkter med, og så skulle vi agere prøvekaniner. Det var rigtig givtigt. (Deltager i medarbejderinterview, social- og sundhedsassistent)

Som beskrevet i citatet har personalemøder mange formål, herunder at præsentere oplæg fra ressourcepersoner samt inddrage input fra eksterne aktører. Disse møder giver – jf. interview – en god grundlæggende platform for at dele relevant viden og erfaringer og diskutere forskellige perspektiver.

Derudover fremhæves fagmøder af mange som et særligt godt forum til at dele ny viden og diskutere fagspecifikke opgaver, særligt i relation til kroniske sygdomme. Disse møder giver mulighed for at dykke ned i konkrete udfordringer og løsninger inden for det enkelte fagområde. Der er dog forskel på, hvordan møderne afholdes; nogle steder er de faste, fx hver 14. dag, mens de andre steder afholdes efter behov:

Vi har ikke faste sygeplejemøder. Der kan jo godt blive planlagt noget. Vi har fx en borger i den gruppe, jeg kører ved, som vi har nogle problemstillinger med, og der har vi planlagt et møde i morgen i vores lille gruppe. Så det er ikke fordi, vi har helt faste møder. Vi har lidt hist og pist og så konferencer og delegeringsmøde, og det er rimelig fast, men alt hvad der heder kompetenceudvikling er meget fluffy. (Deltager i medarbejderinterview, sygeplejerske)

I denne kontekst ser vi, at medarbejdere, der ikke har fastlagte møder, typisk også oplever, at deres vidensdeling og kompetenceudvikling foregår relativt tilfældigt. I forlængelse heraf fremhæver en interviewperson fra en anden kommune, at de ikke har haft mulighed for at mødes med deres specifikke faggruppe, hvilket de betragter som en udfordring:

Vi har i mange år ikke haft møder for social- og sundhedsassistenterne. Det har vi så fået lov til igen til oktober, og det er det første møde, vi har haft i 7 år. Så det er jeg spændt på, og det er fedt, at man kan holde de [fælles] kompetencer, og hvad er det, vi gør [sammen], og hvad er det, vi

kan gribe i, når det bliver svært og udfordrende. (Deltager i medarbejder-interview, social- og sundhedsassistent)

Her kædes fagmøderne sammen med muligheden for at diskutere en fælles faglighed og dele erfaringer samt skabe mulighed for at hjælpe hinanden med udfordrende arbejdsopgaver. Manglen på disse møder kan derfor risikere at begrænse både faglig sparring og systematisk vidensdeling.

Kommunernes tværfaglige møder som triagering eller TOBS, hvor fokus er på at diskutere borgerne ud fra forskellige medarbejders observationer, bliver ligeledes fremhævet, som særlige givende for vidensdeling i praksis:

Jeg synes, det er enormt givende at være med til TOBS-møder. Det er, hvor vi mødes med hjemmehjælpen. Det handler ikke om kompetenceudvikling, men alligevel, så hører man jo, hvordan den ene gruppe observerer borgeren og [kan sammenligne det med], hvordan vi selv observerer. Og hvis de så siger, sådan og sådan, så kan vi sige, så kan I prøve det her, fordi sådan og sådan. (Deltager i medarbejderinterview, sygeplejerske)

På denne måde fremhæves denne mødeform – som er hyppigt forekommende og tværfagligt organiseret – som et godt forum til at dele erfaringer og give input til andre faggrupper om, hvordan borgere bedst kan hjælpes.

Selvom medarbejdere deltager i løbende og relativt uformel vidensdeling – både ved daglige triageringsmøder eller helt uformelt over frokosten – så oplever mange, at det ikke er tilstrækkeligt:

Ude ved os, der sparrer vi med hinanden henover frokostbordet eller kaffen eller ved et triageringsmøde, men vi har ikke besluttet møder til det. For eksempel hvad gør jeg her [med denne borger]? Men det der med at vidensdele bliver tit en hurtig snak – og det er bare [blandt] dem, der er på arbejde den dag. Og så går det lidt tabt, fordi det bliver ikke formidlet ordentligt (Deltager i medarbejderinterview, sygeplejerske)

Selvom uformel vidensdeling tilskrives en væsentlig rolle i dagligdagen og finder sted ofte og løbende, så beskriver medarbejderne, at det kan være meget tilfældigt, hvem der får hvilken viden, når det foregår helt uformelt.

Det er vigtigt at betragte de forskellige aktiviteter som en helhed, da de komplementerer hinanden og danner rammer for deling af forskellige typer viden i kommunerne. Personalemøderne har primært fokus på at formidle information, mens aktiviteter som TOBS og triagering er direkte rettet mod at diskutere specifikke

borgerproblematikker. Fagmøder og lignende er mere specialiserede og går i dybden med fagspecifikke emner.

4.2 Vidensdelingsmøder er tidspresede og går ikke på tværs af vagtlag

Flere af medarbejderne forklarede, at daglige møder (såsom triagering eller tidlig opsporingsmøder) havde stor betydning for deres vidensdeling med kollegaer, men at dagsorden for disse møder også ofte var presset af en kort tidsramme og mange informationer, der skal udveksles:

Vi har ikke meget tid, triagering, det skal tage et kvarter, og der kan godt være rigtig mange prikkede [borgere, som skal gennemgås], så det bliver ofte meget overfladisk. (Deltager i medarbejderinterview, social- og sundhedshjælper)

Mødeformatet gør således, at medarbejderen oplever, at der ikke er tid til den vidensdeling om borgerne, der ellers var mulig. De daglige eller ugentlige møder er også centrale i forhold til at dele ny viden fra deltagelse i kompetenceudvikling, men medarbejderne oplever, at den tid, der er sat af, let bliver opslugt af andre dagsordener:

... hvis der er nogen, der har været til en undervisning og så få det [ny viden] formidlet videre. De minutter er lige så meget til, hvis der er en problemstilling et eller andet sted, som kommer til at involvere flere. Det ligger på nogle udvalgte eftermiddage, men det er desværre tidsmæssigt svært at følge med til, fordi tiden går med alt muligt andet. (Deltager i medarbejderinterview, sygeplejerske)

Ifølge interviewpersonerne er der en særlig problematik knyttet til mødeaktivitet for aften- og nattevagt, som enten er meget sparsom i overlap med dagvagt, sporadisk eller helt ikke-eksisterende:

Det plejer at ligge 13-15, så jeg kan lige nå at være med til det sidste, men det er fordi, det afholdes, hvor jeg kører ud fra. De andre kører fra deres sektioner, så jeg ved ikke, hvordan det foregår der. (Deltager i medarbejderinterview, social- og sundhedsassistent)

Samtlige interviewpersoner, både ledere og medarbejdere, fremhævede, at der er en stor barriere i forhold til både kompetenceudvikling for og vidensdeling med aften- og nattevagt. Som en social- og sundhedsassistent formulerede det:

Informationerne kommer ikke videre efter kl. 15. (Deltager i medarbejderinterview, social- og sundhedsassistent)

Det udgør en særlig barriere for vidensdeling på arbejdspladser med faste aften- og nattevagter, da fast vagtrotation normalt sikrer, at medarbejdere i visse uger kan deltage i mødebaserede vidensdelingsaktiviteter.

Mange ledere oplever det også som udfordrende at motivere medarbejdere i fast aften- og nattevagt til at prioritere vidensdeling. Lederne har det som et opmærksomhedspunkt og tilbyder betaling for deres deltagelse, men synes samtidig, at det er svært og forsøger som kompensation at dele viden og informationer via mail:

De [faglige møder] ligger fra 13-14, men aften- og nattevagter har mulighed for at deltage og få betaling for det. Vi har et opmærksomhedspunkt på, hvordan vi kan dele viden på tværs af vagter. Sygeplejerskerne er i rul, så de er ikke kun på nattevagter – ellers på mail. (Deltager i lederinterview)

Interviewdeltagerne beskriver, at de forsøger at nå aften- og dagvagt, som de ikke har fælles møder med, med mails eller informationsark på en fælles opslagstavle, men at de samtidig godt ved, at det ikke er tilstrækkeligt, og at den type vidensdeling let "forsvinder i mængden" (Deltager i medarbejderinterview, social- og sundhedsassistent).

4.3 Arbejdet med faste og tværfaglige teams kræver nye tilgange til vidensdeling

Interviewene viser, at der er stor forskel på, hvordan kommunerne arbejder med tværfaglighed, og hvilken rolle det spiller for medarbejdernes vidensdelingspraksisser. Forudsætningerne for tværfagligt samarbejde og vidensdeling indeholder et grundlæggende dilemma om, hvordan hensynet til en stærk monofaglighed afvejes mod hensynet til tværfagligt og helhedsorienteret samarbejde om borgerne (Topholm & Holm-Petersen, 2022). Kommunerne har de seneste årtier udviklet en organisering, der i høj grad har vægtet hensynet til monofaglige miljøer over hensynet til tværfaglighed, men de seneste år er der sket et nybrud i retning af en organisering baseret på mindre og mere tværfagligt integrerede teams.

Denne udvikling – samt de faktiske erfaringer og forventninger til, hvordan den vil påvirke fremtidens kompetenceniveau og vidensdeling – er et centralt emne blandt undersøgelsens interviewpersoner. De forskellige perspektiver er kort opsummeret nedenfor.

Overvejelserne handler dels om, hvorvidt teams skal være fuldt integrerede på tværs af sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere, dels om, hvordan behovet for monofaglighed kan afstemmes med hensynet til tværfaglig vidensdeling og koordinering i en travl hverdag.⁵

Enkelte kommuner er i gang med at etablere fuldt integrerede faste tværfaglige teams, mens flertallet stadig har en monofaglig opdelt organisering eller arbejder med en tilgang til teams, der bevarer en monofaglig organisering, hvor hjemme- og sygepleje er adskilt.

Disse forskellige tilgange skaber forskellige forudsætninger for at vidensdele tværfagligt i hverdagen, såvel som forskellige behov. Interviewdeltagerne er dog grundlæggende enige i, at tværfaglighed (i teams eller mødeaktiviteter) kan understøtte vidensdeling på en god måde:

Vi kører jo faste tværfaglige teams i [kommune], og de triagerer hver morgen, har faglig sparring, de laver relationel koordinering, og de vidensdeler. Så på den måde har vi et tæt tværfagligt samarbejde. Men ud over det har vi to gange om ugen, hvor vi samler de tværfaglige teams, og den ene dag har man de borgerrelaterede problematikker, og der kræver det, at vi har en diabetes- eller hygiejnesygeplejerske, som kan understøtte de udfordringer, vi dribler med i den daglige drift. (Deltager i lederinterview)

Her kædes organiseringen i tværfaglige teams sammen med brug af ressourcepersoner, som kan understøtte team-diskussioner af, hvad der er svært ude hos borgerne i forhold til fx diabetes. Det tværfaglige samarbejde kan på denne måde med fordel støttes af ressourcepersoner. Tværfaglige faste teams fremhæves også som en måde at opnå et indgående kendskab til borgerens udfordringer og sikre et bredt vidensniveau hos medarbejdere samtidig med at sikre kontinuitet:

Jeg synes, måden vi arbejder på nu med [faste tværfaglige teams], det skaber mere kontinuitet ude ved borgeren, og det gør, at dem, der kommer i hjemmene, kender borgeren rigtig godt. (Deltager i medarbejderinterview, social- og sundhedshjælper)

Selvom mange ser en umiddelbar fordel ved tværfaglighed og vidensdeling i teamorganisering, er det ikke alle, som er udelt begejstrede, og det gælder særligt de interviewpersoner, der ikke har egne og konkrete erfaringer. De peger også på nogle potentielle udfordringer:

⁵ En fyldestgørende analyse af disse aspekter findes i Buch, Topholm og Christensen (2024a; 2024b).

Selvfølgelig kunne man hente noget i tværfaglige teams ... Men det indebærer, at nogle opgaver ikke udføres på det billigste niveau. Hvis man arbejder i teams, så vil der være sygeplejersker, der smører rugbrød og vasker gulv. Det har jeg det lidt ambivalent med, fordi er det den rigtige måde at gøre det på? (Deltager i medarbejderinterview, sygeplejerske)

En sygeplejerske problematiserer her, at opgavefordelingen i tværfaglige teams kan skabe potentiel konflikt mellem faggrupper, da nogle medarbejdere kan opleve at skulle løse opgaver, de føler sig overkvalificerede til. Dette italesættes også af en social- og sundhedsassistent:

Hvis man skal arbejde i teams, så skal alle løfte fælles, og så skal man bruge kompetencetrappen [kompetenceprofil]. Der er noget, alle kan lave, og noget, kun sygeplejerskerne kan lave, men så skal sygeplejerskerne også ned og have fat i rengøringstjansen, men det vil sygeplejerskerne ikke blive glade for. (Deltager i medarbejderinterview, social- og sundhedsassistent)

Her fremhæves en potentiel konflikt mellem forskellige faggruppers kompetenceprofiler og ønsket om at løfte i fællesskab. Som angivet er det særligt ønsket om at bevare en stærk monofaglighed og muligheden for at sikre specialistkompetencer i forhold til sygdomsområder, der giver anledning til bekymring.

4.4 Digitale redskaber til vidensdeling kan give overblik, men kræver tid

Kommunerne anvender en række digitale redskaber til at understøtte vidensdeling. De fleste kommuner arbejder med redskaber, der er håndholdte og digitale (på tablets eller smartphones), som giver en tidsmæssig fleksibilitet, som kan gøre det lettere at passe det ind i en travl hverdag.

Tavl 4.2 præsenterer en oversigt over de typer af redskaber til vidensdeling, som blev nævnt hyppigst i vores interviews.

Tabel 4.2 Oversigt over redskaber til vidensdeling

Redskab	Beskrivelse af brug
E-learning	Findes i forskellige formater til forskellige faggrupper: "Fælles skolebænk" på specifikke emner, oplæring i medicinhåndtering mv.
Alt om diabetes-app	App på telefon, udviklet af Steno og indeholder generel og praktisk orienteret viden om diabetes.
Nexus	Tværfaglig platform for dokumentation af borgerforløb.
VAR-portal	Portal på telefon som indeholder beskrivelser af medicinske procedurer, mulighed for at se instruktionsvideoer og tage løbende tests af egen viden.
MyMedCards	App på telefon, som beskriver instrukser, retningslinjer, lommekort samt kompetenceprogram og -kort. Her kan også findes et overblik over ressourcepersoner.
Intranet og nyhedsbrev	Bruges til at rundsende informationer om nye retningslinjer, rutiner, kursusudbud og ny viden i forbindelse med kompetenceudvikling.
Hjemmesider	For eksempel Stenos hjemmeside, patientforeningers hjemmesider. Bruges af medarbejdere, der har brug for specifik viden til at løse et problem hos en borger.

Kilde: VIVE interviewundersøgelse juni-september 2024.

Medarbejderne fremhævede typisk digitale redskaber, som de bruger løbende som "opslagsværker" i vores interviews:

Vi har et fantastisk opslagsværk, som hedder MyMedCards, som bliver løbende opdateret, når dokumentationsgruppen har godkendt ændringerne [i forhold til instrukser]. I appen kan man også se de ansvarlige for fx kroniske sygdomme. (Deltager i medarbejderinterview, social- og sundhedsassistent)

På denne måde bruges MyMedCards til at give medarbejderen mulighed for at slå informationer op i forhold til kommunens instrukser, men også til at give et overblik over, hvilke ressourcepersoner de kan kontakte, når de står med en borgerproblematik i relation til kroniske sygdomme.

I samme boldgade er VAR-portal, som er et bærbart redskab, der kan give overblik over procedurer:

Vi har VAR, hvor vi har alle vores procedurer, hvis vi er i tvivl om, at det er det rigtige [man gør], kan man altid kigge i VAR. Det er altid fornuftigt at gøre inden et besøg, hvis man er i tvivl. Hvis vi fx skal ud og oplære en patient – så beder vi dem [social- og sundhedsassistenterne eller -hjelperne] om at tjekke det i VAR først. (Deltager i medarbejderinterview, sygeplejerske)

Her fremhæves det, at portalen er god til at genopfriske procedurer og arbejdsgange, og at medarbejdere skal mindes om at huske at tjekke portalen. Nogle

medarbejdere oplever, at det i praksis kan være svært at få tid til at kigge på VAR-portalen:

Jeg bruger VAR, og jeg sidder og læser i den, når jeg keder mig. Men der er mange informationer, så det kan jeg ikke gøre på arbejde. Det er interesselimer. (Deltager i medarbejderinterview, social- og sundhedsassistent)

På denne måde kan det at holde sig orienteret i ny viden via redskaber som VAR-portalen blive en omfattende opgave, som kan flyde ind i medarbejderens fritid. Der er således både fordele og ulemper ved de digitale formater, der kan tilgås både i og uden for arbejdstid. Men dette forhold kan samtidig skabe en skævhed i, hvem der benytter dem, og hvem der ikke gør.

Intranet og nyhedsbreve er redskaber til vidensdeling, som samtlige kommuner har, men benytter sig af i forskellig grad:

Vi har intranet, hvor man kan finde en masse god viden. Og i sygeplejen får vi nyhedsbreve minimum en gang om måneden, og jeg tror egentlig, at nyhedsbreve kom til, for at sygeplejemøderne ikke skulle være informationsmøder, men det kræver så, at vi læser det, og at vi også læser bilagene. (Deltager i medarbejderinterview, sygeplejerske)

Nyhedsbreve kan på denne måde bruges til at forsøge at reducere mængden af information på fagmøder og dermed give bedre mulighed for videns- og erfaringsdeling. Men det kræver så samtidig, at der bruges tid på at læse den information, der sendes ud med nyhedsbrevet, hvilket kan være vanskeligt at styre eller sikre sig.

E-learning og instruktionsvideoer om specifikke temaer er også hyppigt brugt i kommunerne og fremhæves som gode redskaber til at dele viden, som er tidmæssigt fleksible. For mange kommuner er det dog ikke helt enkelt i praksis:

Det er ikke et problem at se en video, men "hvilket besøg skal vi så ikke tage?", siger de? Det er svært at få ind [i driften], så der er behov for at få det struktureret og frigive tid på kørelisten. (Deltager i lederinterview)

Brugen af e-learning kræver på denne måde, at der rammesættes i et specifikt tidsrum, hvor det skal foregå. Ellers risikerer denne form for vidensdeling også at gribe ind i medarbejderes fritid. Dette har fået flere af de deltagende kommuner til aktivt at sætte tid af i medarbejdernes kørelister, fordi:

Man kan ikke forvente, at de på deres plan kan finde 3 kvarter til deres kurser. (Deltager i lederinterview)

Digitale værktøjer til vidensdeling har potentiale på grund af den tidsmæssige fleksibilitet, formatet giver. Dog kan hverdagens tidspres medføre, at denne fleksibilitet resulterer i, at nogle medarbejdere føler det nødvendigt at bruge deres fritid på at anvende dem.

4.5 **Ansvar for at bringe viden videre kan være utydeligt**

Ud over pres på rammesatte møder er der en barriere i flere kommuner i form af manglende ansvarsfordeling i forhold til at bringe ny viden videre. I mange kommuner er der en velfungerende struktur omkring ressourcepersoner, som på hver deres felt har ansvar for at dele deres viden med de øvrige medarbejdere. Det kan eksempelvis være inden for faglige områder som sårpleje, KOL, diabetes, inkontinens eller demens. Men i de kommuner, hvor der arbejdes mindre struktureret med særlige faglige ansvarsområder, er der blandt medarbejderne en opfattelse af, at vidensdelingen lider under, at ingen har et formelt ansvar for at bringe viden videre. En social- og sundhedsassistent forklarer det således:

Min opfattelse her er også, at alle har ansvaret for at dele viden med hinanden – men når alle har ansvaret, er der ingen, der har ansvaret. Det er det, jeg tit oplever. Når alle har ansvaret, tænker man, at der er nogle andre, der gør det. (Deltager i medarbejderinterview, social og sundhedsassistent)

Den manglende formalisering af ansvaret for vidensdeling kan således skabe helt grundlæggende vanskelige betingelser for vidensdeling i hverdagen.

Flere forhold udgør væsentlige barrierer for vidensdeling i hverdagen. Korte møder og en presset dagsorden reducerer de tidsmæssige rammer for erfaringsudveksling blandt medarbejdere. Desuden er der ofte uklarhed omkring ansvarsfordelingen i forhold til videreformidling af ny viden, hvilket skaber yderligere hindringer for en systematisk og kontinuerlig vidensdeling. Denne udfordring forværres af begrænset mulighed for erfaringsudveksling på tværs af aften- og nattevagter, hvor manglende overlap og kommunikation resulterer i fragmenteret vidensdeling. Tilsammen udgør disse faktorer en væsentlig barriere for organisationens samlede læringskapacitet.

4.6 Opsamling

Dette kapitel viser, at vidensdeling i kommunerne foregår i mange forskellige mødestrukturer og organiseringsformer, lige fra længere personalemøder til korte, daglige tavlemøder. Vidensdeling sker ofte også uformelt og påskønnes af medarbejdere på tværs af faggrupper. Men selvom den uformelle vidensdeling er vigtig, kan den til tider være for kortfattet til, at ny viden "lander" hos medarbejdere på en måde, så de bliver i stand til at ændre praksis.

Tværfaglighed spiller en central rolle i forhold til vidensdeling, især i forbindelse med tværfaglige teams, som både giver mulighed for bedre diskussioner af forskellige perspektiver, et fagligt løft af nogle medarbejdergrupper i det daglige og kontinuitet for borgerne. Dog er der bekymringer for spændinger mellem faggrupper på grund af tidligere opgavefordelinger og faggrænser.

Digitale værktøjer til vidensdeling kan være nyttige og skabe overblik, men de kræver, at der afsættes tid til at bruge dem, så medarbejderne ikke presses til at arbejde i deres fritid.

Centrale barrierer i forhold til vidensdeling i hverdagen er, at mødeformaterne ofte er for tidspressede til at kunne rumme vidensdeling i dybden, og at de ofte ikke inkluderer medarbejdere på tværs af vagtlag. Derudover er ansvaret for at bringe viden videre – særligt til social- og sundhedsassistenter og -hjælpere – utydeligt i mange kommuner.

5 Forankring i praksis: relevans, metoder og implementering

I dette kapitel vil vi først fremhæve eksempler, hvor kommunerne har haft succes med at skabe forandringer i praksis på baggrund af kompetenceudvikling. Vi vil dernæst sætte fokus på undervisningsmetoder, der ifølge interviewdeltagerne er særligt velegnede til at understøtte, at ny viden bliver forankret i praksis. Endelig vil vi fremhæve eksempler på strategier og systematik, der bidrager til en vellykket lokal implementering i hjemme- og sygeplejen, fx deres brug af ressourcepersoner.

Til sidst i kapitlet præsenteres centrale barrierer for forankring af kompetenceudvikling i kommunernes hverdag, fx at deltagere både skal kunne tilegne sig ny viden og lære fra sig, at det kan være svært at få viden ud til relevante medarbejdere, og at traditioner og vaner kan være svære at bryde.

5.1 Kompetenceudvikling kan lede til forandringer, hvis det forankres i arbejdsgange

Interviewdeltagerne havde generelt svært ved at udpege eksempler på, hvor kompetenceudvikling har forandret noget i praksis, hvilket ikke er overraskende, da oversættelsen af ny viden i en undervisningssituation til forandret praksis sjældent følger en lineær proces (Liveng, Aamann & Dybbroe, 2023).

Fra et pædagogisk perspektiv anvendes begrebet "transfer" til at beskrive den konkrete tilrettelæggelse af undervisning, der er nødvendig for at fremme, at læring kan overføres til praksis (Wahlgren, 2013). Begrebet anvendes typisk ud fra underviserens synsvinkel, men er også relevant at fremhæve, da det berører det, som kommunerne ofte betegner som "implementering".

De eksempler, som ledere og fagpersoner har givet på, hvordan kompetenceudvikling har ændret arbejdsgange og tankegange i deres arbejdspraksis, beskrives nedenfor.

I relation til kroniske sygdomme nævner flere medarbejdere og ledere TELMA eller tele-kol undervisning som eksempler på kompetenceudvikling, der har ledt til transfer af en ny arbejdsgang:

Et godt eksempel er TELMA [tele-kol projekt] på kronikerområdet. Det er en ekstern proces og undervisning, der har kørt, hvor medarbejderne direkte kommer tilbage med en ny arbejdsgang. (Deltager i lederinterview)

Interviewpersonen forklarer, at det forhold, at der undervises i en metode til at kommunikere med patienten i eget hjem, gør, at de er lykkedes med at implementere efter endt undervisning. Interviewpersonerne nævner yderligere et eksempel relateret til KOL, hvor undervisning har ledt til nye arbejdsgange:

Vi havde [kompetenceudvikling med] fokus på PEP-fløjter og fx at få lagt tid ind til at få gjort dem rene. Og derefter fik vi tydeliggjort, hvem der må hvad i forhold til inhalationsmedicin og PEP-fløjter. Og fik lavet præcise handlingsanvisninger. (Deltager i ressourcepersoninterview)

Her fremhæves igen, hvordan kompetenceudvikling, som udmøntes i en konkret arbejdsgang med tilhørende handlingsanvisninger, er et eksempel på, hvad der skal til for at skabe forandringer i praksis.

Interviewpersonerne gav også eksempler på en anden type forandringer, som knytter sig til, når deltagelse i kompetenceudvikling, formår at ændre tankegangen hos medarbejdere i forhold til kroniske sygdomme:

Der har været en tendens [hos medarbejderne] til at tænke, at borgere med Type 2 diabetes selv er ude om det. Og her er undervisning vigtig til at få en anden forståelse. (Deltager i ressourcepersoninterview)

Som beskrevet i citatet opleves det positivt, når eksternt organiseret kompetenceudvikling formår at give medarbejdere ny viden om, hvordan diabetes udvikler sig, der udfordrer deres tidligere forståelse på en god måde. Som beskrevet nedenfor, er der på samme måde medarbejdere, der har oplevet at have fået et nyt syn på demente borgere gennem kompetenceudvikling:

Jeg har været på en demensdag ... og der kom en demenskonsulent, og der lærte vi bl.a. noget om Tom Kitwood og ressourceblomsten. Den har vi brugt på møder efterfølgende i forhold til nogle borgere, der kan være svære, og hvor man har brug for en fælles tilgang. Det handler om at tale om ressourcer i stedet for at tale om begrænsninger. (Deltager i medarbejderinterview, sygeplejerske)

I eksemplet har undervisningen i ressourceblomsten og redskaberne til at facilitere en fælles dialog om borgere med demens muliggjort en fælles forståelsesramme og sprogbrug blandt medarbejderne. Dette fælles sprog kan medvirke til udviklingen af

en ensartet tilgang til borgerens behov og udfordringer og derved skabe forandringer i praksis.

5.2 **Praksisorienteret og casebaseret undervisning bidrager til at opnå forankring i hverdagen**

Som også beskrevet i det forrige afsnit er det et gennemgående træk i de eksempler, der gives, at kompetenceudvikling forandrer daglig praksis, at medarbejderne kan se en klar forbindelse mellem det, de bliver præsenteret for i undervisningen, og de udfordringer, de står overfor i hverdagen. Som beskrevet nedenfor øges både motivationen og evnen til at anvende den nye viden i deres arbejde:

Medarbejderne vil gerne [kompetenceudvikling], hvis de kan se meningen med det. For eksempel er KRAM for diffust, men hvis de kan bruge det i hverdagen – fx hvis de har mange borgere med diabetes eller stomi – så gør det det [undervisning i disse opgaver] relevant. (Deltager i lederinterview)

Et andet eksempel på det "lavpraktiske" i kompetenceudvikling i forhold til kroniske sygdomme er undervisning, som er konkret i forhold til borgerne, og som bygger på specifikke arbejdsopgaver, der allerede kan omsættes til praksis i selve undervisningssituationen:

Det er de helt lavpraktiske ting, hvordan tager man et blodsukker, hvad skal de spise, hvad gør man ved lavt blodsukker osv. Det kan også hænge bedre fast, hvis det er borgerkonkret, så kan de ofte overføre det til andre situationer. (Deltager i ressourcepersoninterview)

Ønsket om konkret og borgernær undervisning stiller også krav til undervisere (både interne og eksterne), som skal forsøge at levere viden i et format, hvor der let kan overføres:

Det skal være noget, der er håndgribeligt og kan bruges i hverdagen – ikke for teoretisk, fx klinisk beslutningstagen. Vi har et eksempel med undervisning fra vores inkontinenssygeplejerske, hvor der var mange eksempler, der kunne bruges i hverdagen. (Deltager i ressourcepersoninterview)

Som det ses af uddraget, ser interviewpersonerne generelt set en risiko ved undervisning, der bliver "for teoretisk", som her er konkretiseret i et kursus i klinisk beslutningstagen, hvor der blev undervist i en måde at tænke på, som blev oplevet fra-koblet specifikke borgercases. Eftersom der også er teori bag mange af de tidligere nævnte eksempler (fx i forhold til at måle blodsukker), ser vi dette som et udtryk for,

at selve oversættelsen mellem teori i praksis er mindre tydelig eller fraværende i undervisningssituationen. Interviewdeltagerne forklarer, at teoretisk undervisning let kan blive glemt efter endt undervisning, samt at de har behov for at "få noget i hænderne" i forbindelse med kompetenceudvikling:

Jeg tænker, at for mig handler det om, at hvis jeg får undervisning i noget, så har jeg brug for at få det i hænderne med det samme. Hvis man fx har en gruppe, der har nogle borgere med en specifik udfordring eller kronisk sygdom, så sender man nogle til undervisning, og så kan man måske samles i en lille gruppe og så fortælle, hvordan man har gjort, så de næste også kan få noget ud af det. (Deltager i medarbejderinterview, sygeplejerske)

Som beskrevet i citatet, kan det være en fordel at få praktisk erfaring i selve undervisningen, hvilket også blev nævnt af mange andre interviewdeltagere. Dog er det ikke altid oplagt at "øve" praktiske færdigheder i undervisningssammenhæng, særligt når det kommer til mere abstrakte koncepter, såsom det kommunikative samspil med borgere. I disse situationer peger interviewpersonerne på, at video kan hjælpe til at facilitere faglige diskussioner i forhold til demente borgere:

Det der rykker, det er, når vi kører det her marte meo forløb [metode til analyse af kommunikations- og samspilssituationer]. Det kan vi godt mærke. Alle fik nogle "hovsa oplevelser", også fordi vi havde filmet nogle borgere. Det var ved vores demenskoordinator. (Deltager i lederinterview)

Kommunerne benytter sig af forskellige metoder til at understøtte læring, som ovenstående er et eksempel på. Disse metoder hjælper dem med at støtte diskussioner, fælles læring og udvikling af nye forståelser. De nye kompetencer bliver aktivt omsat til praksis allerede i undervisningsformatet, hvilket gør det lettere at anvende de nye færdigheder i hverdagen efter endt undervisning. Ifølge interviewpersonerne er det det, der skal til for at ændre vaner i praksis. Derudover benytter de forskellige andre tiltag i deres interne undervisning for at fastholde ny viden og bryde med vanetænkning:

Leder: Vi havde et stort fokus på urinvejsinfektioner og urinstiks. Forskning viser, at der er evidens for, at man skal tage temperatur i stedet for, så det har vi haft undervisning i, og det har virkelig sat noget i gang. Vi har brugt færre stiks og kigget mere på borgeren i stedet for med det samme at skrive til lægen og bede om antibiotika. Så det har ændret noget, og vi har gentaget det meget, og dem, der har været med på kursus, har gentaget det for de andre, og vi har haft en quiz omkring det ...

Interviewer: Quiz?

Leder: *En quiz med tip 12 rigtige en måned efter. (Deltager i lederinterview)*

På denne måde fremhæver lederen muligheden for at genaktivere ny viden, fx ved brug af quiz, som en mulighed for at holde fast i de nye måder at håndtere urinvejs-sygdomme på.

Interviewpersonerne (på tværs af ledere, ressourcepersoner og medarbejdere) er enige om, at casebaseret undervisning er vigtigt for at kunne skabe forandring i praksis:

Vi er gået fra at undervise ved tavlen til at gøre det helt casebaseret. Det er problembaseret læringsmetode-agtigt. Medarbejderne kommer med en dagligdagscase, og når det er på det niveau, byder alle ind. Der skal selvfølgelig være struktur og styring, så det ikke bliver til "synsninger". Ved casebaseret [undervisning] har vi oplevet hos os, at der er man på, og man sidder ikke og sover. Vi har fået gode tilbagemeldinger. Vi laver evaluering efter hvert årshjul. Folk tør op, når det er en case og ikke en eksamen. Særligt til målgruppen social- og sundhedsassistenter og -hjælpere. (Deltager i lederinterview)

For at undervisning effektivt skal bidrage til forandring, er det vigtigt at illustrere, hvad der skal ændres – ofte ved at bruge konkrete borgere som cases. Dette gælder både for internt organiseret kompetenceudvikling, som i dette eksempel, og for eksterne kurser, hvor ressourcepersoner deltager som medundervisere og præsenterer genkendelige cases fra medarbejdernes hverdag (som beskrevet i afsnit 2.5).

5.3 Strategier og systematik kan styrke lokal forankring

Kommunerne havde forskellige eksempler på, hvordan de har arbejdet strategisk og systematisk med at forankre kompetenceudvikling lokalt. De beskriver et miks af tværorganisatorisk samarbejde, "ambassadører" og et særligt fokus på social- og sundhedsassistenter og -hjælpere.

En måde, hvorpå kompetenceudvikling kan udfordre medarbejderes fordomme, kan være gennem at få indblik i andre organisationers hverdag, som beskrevet nedenfor:

Jeg snakkede med en sygeplejerske, der har overstået [borgernær sygepleje] nu, og hun havde haft praktik hos en praktiserende læge. Og noget af det, der havde gjort indtryk på hende, var, at vi kan godt nogle gange

tænke, hvorfor reagerer lægen ikke lidt hurtigere osv., men i den uge, hun var ved den praktiserende læge, der kunne hun se på nogle af de korrespondancer med hjemmeplejen – at uh, der kunne vi også godt selv blive bedre til at kommunikere om problematikken på tværs med andre, herunder lægen, sygehusene osv. Det der med en viden om, hvordan arbejder vi sammen, og hvilke oplysninger er der behov for ... fordi det er borgeren, der kommer i klemme. (Deltager i medarbejderinterview, sygeplejerske)

I uddraget fremhæves muligheden for at få indblik i andre aktørers organisering – her i forbindelse med specialiseret og langvarig kompetenceudvikling. I specialuddannelsen "borgernær sygepleje" (der afholdes af professionshøjskoler) indgår der et "praktik-element", hvor deltagerne får indblik i, hvordan andre organisationer arbejder, og dermed kan få en bedre forståelse for de forskellige tilgange, som på længere sigt kan give grundlag for et bedre samarbejde med borgerens behov i centrum.

Ud over selve indholdet i kompetenceudvikling og dets overførbare og relevans, havde interviewpersonerne eksempler på, hvordan de var lykkedes med at sikre forankring af ny viden i praksis ved hjælp af lokale organiseringer:

Den proces, vi er i gang med i forhold til værdighed [i borgerpleje], er skruet sammen på en måde, som skaber en forandring i den måde, medarbejdere taler sammen på. Det er en blanding af praktisk træning og at være forpligtede som ambassadører. De er inde [til undervisning] og får ny viden og metoder, hvor de sammen definerer – hvad arbejder jeg videre med til næste gang. Der er stor aktivitet og engagement. (Deltager i lederinterview)

Her tillægges det betydning, at deltagere i kompetenceudvikling kan hjælpe hinanden med at definere konkrete mål for, hvad der skal arbejdes videre med i praksis. Derudover sker der lokal forankring i form af ambassadører, der kan bære viden med videre til andre faggrupper.

Nogle kommuner har gode eksempler på, hvordan der kan ske forankring hos social- og sundhedshjælpere, hvilket er svært for mange kommuner, der ikke har systematiseret og formaliseret kompetenceudvikling for denne gruppe (jf. afsnit 2.4):

Jeg kan tage udgangspunkt i vores KOL-temadag. Der har social- og sundhedshjælperne fået øget opmærksomhed på, at når borgerne bliver forpustede, skal man have fat i vores KOL og akutsygepleje i forhold til, om de har en KOL i exacerbation [akut forværring] og i forhold til vigtigheden i at bruge pepfløjten, også når borgeren skal i bad. Hvis de er voldsomt forpustede om morgenen, er eftermiddagen eller aftenen er måske et

bedre tidspunkt at få et bad. Så vi har arbejdet med at få inddraget hjælperne og give dem en større viden, så de kan handle anderledes i dagligdagen. (Deltager i lederinterview)

I dette uddrag fremhæves sammenhængen mellem praksisnær undervisning og social- og sundhedshjælperes forbedrede evne til at opdage og reagere relevant på forværringer og også på, hvordan øget viden om kroniske sygdomme kan give anledning til at lave om på daglige baderutiner med henblik på at gøre det lettere for borgeren.

5.4 Ressourcepersoner sikrer forankring, men har meget forskellige rammer

Som tidligere gennemgået (i afsnit 2.1) benytter alle de deltagende kommuner resourcepersoner med specialkompetencer inden for kroniske sygdomme som diabetes, KOL og hjertesygdomme samt inden for andre områder som demens, sår og palliation. Disse resourcepersoner ses som centrale i forhold til at kunne sikre vedvarende forankring af ny viden og har som oftest en oplærende funktion i forhold til de øvrige medarbejdere.

Den tid, resourcepersonerne formelt set har fået tildelt til at varetage denne funktion, varierer betydeligt fra 2 timer om ugen til fuldtidsstillinger. Nogle resourcepersoner varetager funktionen alene, mens andre er en del af et team – både på tværs af ansvarsområder eller inden for samme område, fx diabetes. De resourcepersoner, der varetager opgaven alene, har typisk mere fastlagt tid til rådighed, men det kan være udfordrende at beskytte denne tid i praksis:

Jeg er alene som diabetesansvarlig, så jeg skal selv løse de opgaver, der følger med. Jeg har 2 til 3 dage om ugen, hvor jeg kan arbejde med de her specialfunktioner, og det har så været lukket ned i næsten 3 måneder over sommeren, og det er først i denne her uge, at de her dage, de kommer tilbage. Det betyder, at hver gang man bruger energi på at bygge noget op og siger til folk, at de kan henvende sig, og så siger man "nej, vi holder ferie, så lige nu er diabetes ikke så stort et problem". (Deltager i resourcepersoninterview)

Nogle resourcepersoner oplever på denne måde at stå i et krydspres mellem at skulle varetage specialistopgaver og samtidig dække ind for mangler i driften. Det kan også synes paradoksalt, at "diabetes ikke findes om sommeren". Dette krydspres har fået nogle (typisk større) kommuner, som arbejder efter udviklingsmodellen (se Tabel 2.1), til at tage resourcepersonerne ud af driften:

Når vi så valgte at tage [ressourcepersonerne] ud af driften, så var det, fordi vi oplevede, at de havde x antal timer til at være specialsygeplejersker, som de også skulle bruge til at forberede undervisning osv. De forsvandt til drift, når der var sygdom og ferie osv. Og vi synes jo, at vi får mere kompetenceudvikling ved at hive dem ud af driften ... Det har vi så haft nu i et par år, og det synes vi, at vi får mere valuta for. Vi oplever, at deres 37 timer kun går til at være diabetessygeplejerske: Kompetenceudvikling, undervisning osv. De skal ikke tænke på en syg kollega. (Deltager i lederinterview)

Her beskriver en leder, at de oplever at få mere kompetenceudvikling "for pengene", når ressourcepersonerne ikke forstyrres af driften, men kan arbejde systematisk med at udvikle og udføre kompetenceudvikling. Dette er dog typisk en mulighed for de større kommuner, der har et vist volumen i opgaver relateret til specialområderne – og som typisk arbejder efter specialiseringsmodellen.

Omvendt kan det at deltage i driften også give praj om, hvilke behov for kompetenceudvikling og vidensdeling der eksisterer hos de øvrige medarbejdere:

Det kan godt være, at jeg ikke har brug for kompetenceudvikling, men det har de [øvrige medarbejdere] måske. Hvis vi ligesom oplever det gang på gang, så vil jeg gøre opmærksom på, at der er brug for en viden her, som mangler. (Deltager i ressourcepersoninterview)

Ressourcepersoner, der deltager i driften, kan således være dem, der "opdager videnshuller" hos den øvrige medarbejdergruppe, og være den person, der gør ledelsen opmærksom på, at der er behov for kompetenceudvikling. Dette forudsætter et vist kendskab til medarbejdergruppens daglige diskussioner og problemstillinger.

I nogle kommuner oplever medarbejdere og ressourcepersoner, at det kan være svært at skabe rum for vidensdeling mellem ressourcepersoner og de øvrige medarbejdere i specifikke situationer i dagligdagen:

Hvis nu [en social- og sundhedshjælper] ringer til mig pga. insulin. Så kan jeg komme om 10 minutter, men hun har ikke tiden til at vente på mig ... Jeg har ressourcetiden til at hjælpe, men hende, der skal modtage hjælpen, har ikke tiden til at tage imod den. Det er på bekostning af nogle andres tid. Der er ikke plads til, at ressourcepersonerne kan dele ud af deres viden, for modtageren har ikke tid. (Deltager i ressourcepersoninterview)

På grund af forskellig tidlige organisering i dagligdagen med hhv. kontakttid og en tæt pakket køreliste, så kan det således være svært for nogle ressourcepersoner at

give deres viden videre til andre, hvilket kan lede til frustrationer. Det betyder også, at de har begrænset tid til at lære medarbejdere op i nye opgaver.

I forlængelse heraf har nogle (relativt få) kommuner supervision eller benytter sig af en "læringspartner", der tilbyder en anden form for vidensdeling i praksis til medarbejdere:

Vi har en læringspartner, en sygeplejerske, som er ansat i kommunen, der kører rundt i alle distrikter. Hun er god til at klæde medarbejderne på og fx sige, "der er mulighed for at finde det på intranettet eller på VAR-portalen". Det har der været en mulighed for længe, men det er ikke noget, der gøres brug af så meget. Hun kører med medarbejderne [social- og sundhedshjælper og de ufaglærte] ud til borgerne ... og det er ikke, fordi hun skal lave noget, men hun er en sparringspartner, hvis man står i nogle situationer, hvor man kan blive i tvivl. (Deltager i lederinterview)

Læringspartneren skal på denne måde både tilbyde vidensdeling til medarbejderne, men også oplære dem i, hvordan de fremadrettet kan benytte forskellige redskaber til vidensdeling – i tilfælde, hvor de bliver i tvivl om den rigtige tilgang til en borgerproblematik. Denne måde at arbejde synkront på og være til stede, når behovet for sparring opstår, kræver ressourcer, men løser problemet, som vi så ovenfor, der kan opstå, når ressourceperson og medarbejdere har forskellige tidslige rammer.

5.5 At tilegne sig ny viden er ikke nødvendigvis det samme som at kunne lære fra sig

Mange af interviewpersonerne beskriver udfordringer med at forankre ny viden i praksis. De understreger vigtigheden af at have en metode til at aktivere udbyttet af kompetenceudvikling efter endt undervisning – både for den enkelte og for medarbejdergruppen. Eksempelvis spurgte vi en gruppe medarbejdere om, hvad der var svært i forhold til kompetenceudvikling inden for kroniske sygdomme, og om ny viden hurtigt bliver glemt igen:

Ja, det tror jeg, men igen tror jeg, det er fordi, man ikke ved, hvor man skal gøre af det. (Deltager i medarbejderinterview, social- og sundhedshjælper)

Hvis den nye viden ikke aktiveres i den daglige praksis, kan den således ende med at forblive passiv viden, der ikke af sig selv aktiveres hos den enkelte eller overføres til kollegaerne. Særligt de interviewede ledere er enige om, at det er vigtigt at skabe et format for fastholdelse, aktivering og forankring af ny viden:

Når du sender én afsted – optændt af det – men er det en, der kan komme hjem og påvirke arbejds gange? Der er en modsætning mellem at lære det selv og bruge det selv ... Kompetencer er jo ikke bare at få viden, de kræver praksisnær refleksion for at ændre [arbejds gange]. (Deltager i lederinterview)

Som beskrevet i citatet er det væsentligt at have opmærksomhed på alle led fra kompetenceudviklingsaktivitet for den enkelte, omsætning af ny viden til praksis for den enkelte og så udbredelse til medarbejdergruppen i form af ændrede arbejds gange, så organisationen får det optimale udbytte ud af kompetenceudvikling.

Behovet for at kunne lære fra sig er koblet til, hvilken model for kompetenceudvikling der benyttes i kommunen, eftersom det vil være en vigtig kompetence for resourcepersoner i specialiserings- og trappemodellen, der forventes at kunne planlægge og facilitere intern kompetenceudvikling, hvor kontaktmodellen baseres primært på uformel sidemandsoplæring.

5.6 Det kan være svært at få viden ud til relevante medarbejdere

Som tidligere nævnt har mange af de deltagende kommuner organiseret sig på en måde, hvor resourcepersoner uddannes til at varetage et særligt område, fx i forhold til kroniske sygdomme. Mange af disse kommuner har dog samtidig svært ved at få overført disse kompetencer til andre faggrupper på trods af både fokus og et stort ønske fra resourcepersonernes side. Mange steder mangler der strukturer eller et forum, hvor resourcepersoner kan "komme af med ny viden til næste led".

Selvom der er meldt 25 [medarbejdere] på et hold, så dukker der måske 5-6 stykker op ... Selvom jeg har fået ny viden, så går jeg ikke og aktiverer det til hverdag, det kan derfor være udfordrende at få det videregivet [til andre]. (Deltager i resourcepersoninterview)

På denne måde oplever resourcepersonerne, at de kan have svært ved at viderelevere ny viden til andre. Derudover har mange af de deltagende kommuner svært ved at sikre, at viden fra eksterne aktører kommer ud til den gruppe af medarbejdere, som konkret har brug for den. Her udtrykker medarbejdere en frustration over, at man ikke var lykkedes med at sikre oplæring til de medarbejdere, der rent faktisk skulle hjælpe en konkret borger:

Social- og sundhedsassistent: *Vi havde en borger med en ny sonde-pumpe, og der kommer en [underviser] fra firmaet, og lokalet var fyldt af mennesker, men dem, der reelt skulle bruge det ...*

Social- og sundhedshjælper: *Og det inkluderede mig, jeg var der ikke.*

Social- og sundhedsassistent: *Vi var tre, og så bliver jeg kaldt ud til nødkald, og det er, som om at nu er det blevet fremstillet på et møde, så nu har alle lært det. Men man har ikke tænkt på, at der også var et helt af-tenhold. Så det gik der helt kage i, fordi man ikke tænkte videre ud over den halve time, der var. Så der mangler noget struktur og overblik over, hvem er det, der skal bruge det. (Deltagere i medarbejderinterview)*

Som beskrevet i interviewuddraget er der flere elementer i problematikken: dels at det kan være vanskeligt for ressourcepersoner at få viden ud i praksis, hvis rammerne er utilstrækkelige, dels at få sikret, at den nye viden kommer ud til netop de medarbejdere, der specifikt har brug for den – og hurtigt kan aktivere og forankre den – i den daglige praksis.

5.7 Manglende systematik i implementering gør det vanskeligt at ændre vaner

Flere af interviewdeltagerne beskrev deres organisationer som udfordrede i forhold til at arbejde systematisk med at forankre ny viden i praksis samt oversætte denne til nye rutiner:

Når vi implementerer i kommunen, kommer der en mail ud – men jeg har lært, at implementering er noget helt andet. (Deltager i medarbejderinterview, sygeplejerske)

Dette er særligt problematisk, når der går længere tid mellem, at medarbejderen er blevet præsenteret for ny viden, til den er relevant i forhold til en konkret borger:

Vi er opmærksomme på det de første par dage. For eksempel sårpleje. Og så går der måske 3 måneder, før jeg ser et diabetessår, og så skal jeg lige huske, hvad sygeplejersken sagde, men så er det pakket væk igen. Sådan er det med mange ting. (Deltager i medarbejderinterview, social- og sundhedsassistent)

Interviewpersonerne fremhæver hyppig italesættelse og genaktivering af ny viden, hvis det skal få et liv i praksis. Ellers tager de gamle vaner og rutiner over.

Medarbejdere påpeger, at de glemmer ny viden over tid, hvis der ikke er systematisk opfølgning:

Man bør få tid til at forberede en fremlæggelse af, hvad man har lært. Fordi man bliver lidt taget på det forkerte ben, "kan du fortælle noget fra det kursus der? Til et personalemøde 3 måneder efter er det trådt lidt i baggrunden. Man bør tænke videreformidling ind som en del af det at være på kursus – indenfor en uge. (Deltager i medarbejderinterview, sygeplejerske)

Her kædes systematisk videreformidling og opfølgning på kompetenceudvikling sammen med muligheden for at genaktivere viden. Denne systematik findes allerede i nogle af de deltagende kommuner. Interviewdeltagerne uddybende, at der ofte skal en særlig indsats til for at implementere nye idéer og skabe reelle forandringer ude hos borgeren.

For at kunne skabe vedvarende forandring og gøre op med traditioner og vaner fremhæver interviewpersonerne generelt, at meget ny viden hurtigt går tabt, og man falder tilbage til "det, man plejer at gøre":

Det er vores arbejdskultur og vores holdning til, hvordan vi udfører vores arbejde – hvad vi har med i rygsækken – det spænder ben for ny viden. Ikke fordi vi ikke er sultne efter ny viden, men vi falder hurtigt tilbage i det gamle game, som vi føler fungerer. (Deltager i medarbejderinterview, social- og sundhedsassistent)

Medarbejderne beskriver det som, at de gerne vil det nye, men at der skal en ekstra vedholdenhed til for at skabe forandringer – som der typisk ikke er så gode muligheder for. Mange af lederne i de deltagende kommuner oplever også, at de har svært ved at sikre en organisatorisk forankring af ny viden. De har et stort ønske om at lykkes med implementering, men oplever samtidig, at de bliver presset af skiftende krav fra øvre ledelseslag:

Der kommer meget ovenfra ... Det går over stok og sten med at få driften til at hænge sammen. Kunne vi have lidt ekstra at gøre med, så det bedre kunne implementeres? Vi lykkes ikke altid med at få implementeret det, vi får viden om. Man skal virkelig meget holde fast i den lange ende, og det lykkes vi ikke med hele tiden, fordi så skal man mødes med den gruppe jævnlige, men så har der været sommerferie ... det at implementere det og holde gryden i kog, det er en udfordring. (Deltager i lederinterview)

Der er er således mange ønsker hos interviewdeltagerne om at lykkes bedre med transfer og en udbredt frustration over, at rammerne vanskeligt understøtter denne proces.

Samtidig er kommunerne nogle gange afhængige af andre aktører for at kunne implementere gode idéer i praksis, hvilket udgør en væsentlig barriere. Nogle interviewpersoner påpegede eksempelvis, at de ville ønske, at almen praksis også blev "kompetenceudviklet" i forhold til diabetes:

Der er en stor barriere i at få omverdenen til at samarbejde med os – fx i forhold til dosispakket [diabetes]medicin, [der kan frigive tid til andre opgaver], men de vil ikke særlig gerne samarbejde. Vi bliver trukket i ressourcer, fordi lægerne ikke vil samarbejde om det. Lægerne har for travlt i forhold til kvalitet i behandlingsplaner eller udskrivelser fra sygehus. (Deltager i lederinterview)

Det er således væsentligt at have øje for, at den kommunale hjemme- og sygepleje på forskellige måder er afhængige af eksterne parter for at lykkes med at skabe forandringer. Det skaber en ekstra dimension af barrierer, da kommunerne som oftest ikke har direkte indflydelse på eksterne parter valg og muligheder, der derved i nogle sammenhænge kan begrænse deres egne implementeringsmuligheder.

5.8 Opsamling

På baggrund af interviewundersøgelsen kan vi se, at kompetenceudvikling har gode muligheder for at skabe forandring, hvis ny viden bliver forankret i eksisterende arbejdsgange. En af de mest effektive måder at sikre denne forankring på er gennem træning i selve undervisningssituationen – af konkrete arbejdsgange og metoder, der faciliterer diskussioner blandt medarbejderne.

Praksisorienteret og casebaseret undervisning er også en central metode til at opnå forankring i hjemme- og sygeplejen. At "få det nye i hænderne" gennem hands-on læring styrker forståelsen og gør det lettere at overføre ny viden direkte til praksis.

Indblik i andre organisationers praksis kan også spille en vigtig rolle – særligt organisationer, som hjemme- og sygeplejen har samarbejde med, såsom almen praksis. Det giver medarbejderne mulighed for at lære af andres udfordringer og indføre relevante tilpasninger i deres egen hverdag.

Ressourcepersoner (og ambassadører) fungerer som centrale facilitatorer for forankring af ny viden i hverdagen, men de har meget forskellige arbejdsbetingelser i

kommunerne. Nogle har få timer om ugen til at fokusere på det diagnosespecifikke (typisk kontaktmodellen), mens andre arbejder fuld tid (typisk specialiseringsmodellen).

Af centrale barrierer for forankring i praksis nævnes, at ressourcepersoner ikke kun skal være gode til at tilegne sig ny viden, men også kunne lære fra sig, og at det kan være svært for dem at få ny viden ud til relevante medarbejdere. I nogle kommuner er manglende systematik i implementering også en central barriere – særligt når ny viden møder traditioner og vaner i opgaveløsningen.

6 Konklusion og anbefalinger

6.1 Mange og samtidige udfordringer sætter organisatorisk læringskapacitet under pres

Undersøgelsen viser overordnet, at arbejdet med kompetenceudvikling i hjemme- og sygeplejen står over for en række udfordringer, der har rødder i både organisatoriske og strukturelle forhold. Udfordringerne handler om rekruttering, øget opgavekompleksitet, store omstillinger, en stram økonomi og manglende strukturer for kompetenceudvikling mv. (jf. Boks 6.1).

Kommunerne bliver presset fra mange kanter på samme tid, og dette påvirker muligheden for både at igangsætte, gennemføre og videreformidle kompetenceudvikling i det daglige arbejde. Det fremgår som et generelt fund, at de enkelte kommuners organisatoriske læringskapacitet⁶ er under pres, og vi finder en generel bevægelse i retning af, at kortere og mere uformelle kompetenceudviklingstiltag erstatter længerevarende og formaliseret kompetenceudvikling. Det gælder både kompetenceudvikling generelt og specifikt for den kompetenceudvikling, der har fokus på de store kronikerområder som diabetes, KOL og hjertesygdom.

⁶ Den organisatoriske læringskapacitet beskriver organisationens evne til at understøtte og rammesætte løbende læring (Brandt & Breum, 2021).

I rapportens kapitel 2-5 identificerede vi følgende barrierer i kommunernes kompetenceudvikling:

- Prioritering af kompetenceudvikling i den daglige drift har vanskelige betingelser
- Manglende struktur og overblik er en barriere for kompetenceudvikling
- Vanskeligheder med rekruttering og fastholdelse af medarbejdere påvirker kompetenceudvikling
- Økonomiske rammer gør ledere til "gatekeepere" for kompetenceudvikling
- Flere komplekse borgerforløb skaber både større behov og sværere betingelser for kompetenceudvikling
- Ledere oplever stigende krav til kompetenceudvikling på tværs af arbejdsområder (dokumentation, medicin, it-systemer, samarbejdsformer)
- Vidensdelingsmøder er tidspressede og går ikke på tværs af vagtlag
- Ansvar for at bringe viden videre kan være utydeligt
- Det kan være svært at få viden ud til relevante medarbejdere
- Videreformidling af viden kræver en særlig kompetence hos ressourcepersonerne
- Manglende systematik i implementering gør det vanskeligt at ændre vaner.

6.2 Fremadrettede muligheder og potentialer

Undersøgelsen har også afdækket en række løsninger og muligheder, som anvendes til at øge udbyttet af kompetenceudvikling, for såvel kommuner som leverandører af kompetenceudvikling. Disse potentialer udfoldes i de følgende afsnit med afsæt i Figur 6.1, der sammenfatter interviewdeltagernes samlede vurderinger af virksomme tiltag og fremadrettede ønsker til kompetenceudvikling:

Figur 6.1 Interviewdeltagernes vurderinger af virksomme tiltag og fremadrettede ønsker til kompetenceudvikling



Kilde: VIVE med afsæt i interviews.

6.2.1 Vælg en model for kompetenceudvikling der passer til kommunens behov – og kapacitet

Prioritering af kompetenceudvikling i den daglige drift er en barriere for mange kommuner, hvilket gør det afgørende, at kommunerne vælger en model, der matcher deres behov og kapacitet.

De tre overordnede "modeller" for kompetenceudvikling, der fremgår af Tabel 6.1, illustrerer, at kommunerne løfter opgaven på forskellige måder, samt de potentialer og udfordringer, der knytter sig til disse. Kommunerne kan bruge "modellerne" til at

diskutere, hvordan de bedst kan løfte opgaverne med kompetenceudvikling i den aktuelle situation – og hvor de gerne vil bevæge sig hen. Der vil være forskellige forudsætninger afhængigt af de enkelte kommuners størrelse, organiseringsform, borgersammensætning og organisatoriske modenhed.⁷ I forbindelse med udviklingen af digital velfærd peges der på vigtigheden af kommunernes bevidsthed om egen organisatorisk modenhed (Hjemmehjælpskommissionen, 2013). Hvis der ikke er den tilstrækkelige kapacitet, er det måske bedre at fokusere på det grundlæggende niveau i kompetenceudvikling med henblik på at kunne udvikle modellen på længere sigt.

Tabel 6.1 Modeller for kompetenceudvikling i kommunerne

Model 1: "Specialiseringsmodellen"	Model 2: "Trappemodellen"	Model 3: "Kontaktmodellen"
<p>Beskrivelse Udviklingssygeplejersker* koordinerer sygdomsspecifik eller emneorienteret kompetenceudvikling og undervisning for alle medarbejdere.</p>	<p>Beskrivelse Ressourcepersoner** underviser social- og sundhedsassistenter, som vidensdeler med social- og sundhedshjælpere, plejere og ufaglærte.</p>	<p>Beskrivelse Uddannelse af ressourcepersoner (sygeplejersker eller social- og sundhedsassistenter), som øvrige medarbejdere kan kontakte og spørge til råds.</p>
<p>Fordel Velegnet til større kommuner, der kan beskytte størstedelen af udviklingssygeplejerskers tid og give dem redskaber til at planlægge kompetenceudvikling.</p>	<p>Fordel Velegnet til kommuner, der arbejder med kompetenceudvikling (både fagligt og formidling) af ressourcepersoner inden for en række kroniske sygdomme.</p>	<p>Fordel Velegnet til mindre kommuner, der for nyligt er begyndt at arbejde med systematisk kompetenceudvikling af ressourcepersoner (primært faglig udvikling).</p>
<p>Udfordring Det kræver mange ressourcer at fastholde det systematiske og strategiske fokus og inkludere samtlige medarbejdergrupper i hjemme- og sygeplejen.</p>	<p>Udfordring En svaghet er vidensdeling i "sidste led" fra social- og sundhedsassistenter til hjælpere og ufaglærte, som typisk ikke er formaliseret i tilstrækkelig grad.</p>	<p>Udfordring Det er krævende for ressourcepersonerne at styre deres tid (hvis den ikke er beskyttet), og behov for kontakt uden for ressourcepersonens arbejdstid kan være svære at tilgodese.</p>

Note: * Udviklingssygeplejersker arbejder med planlægning af kompetenceudvikling på et niveau over ressourcepersoner.

** Kommunerne bruger mange forskellige betegnelser for den samme type funktion (videnspersoner, faglige eksperter, nøglepersoner). Vi har valgt at ensrette til "ressourcepersoner".

Kilde: Udviklet af VIVE på baggrund af undersøgelsens interviews.

Det afgørende for valg af model bør være en overvejelse af, hvordan den givne kommune bedst kan sikre, at medarbejderes faglige viden aktiveres løbende (Lauritzen & Jensen, 2023) samt understøtte løbende professionel udvikling (Alsop, 2013). Derudover bør modellen fremme organisatoriske læringsmekanismer, hvor samtlige medarbejderniveauer i organisationen bidrager til at udpege områder for

⁷ Organisatorisk modenhed bruges i sammenhæng med digitalisering i den offentlige sektor og beskriver organisationers evne til at udvikle og implementere nye løsninger (Andersen, Henriksen & Nielsen, 2013).

forbedring og udvikling (Lipshitz, Popper & Friedman, 2002). Vi vil udfolde dette i afsnit 6.2.2 og 6.2.3.

6.2.2 Årshjul og kompetenceplaner kan sikre systematik i en presset hverdag

En væsentlig barriere for kompetenceudvikling er manglen på struktur og overblik, hvilket betyder, at medarbejdere ikke kan efterspørge relevant viden, og at der ikke er tydeligt rammesatte aktiviteter eller fokusområder.

Mange af de deltagende kommuner peger på brugen af årshjul og kompetenceplaner som et redskab til at imødegå denne barriere. Der peges på, at systematisk planlægning af kompetenceudvikling potentielt kan sikre løbende prioritering og dermed, at ressourcer bliver udnyttet bedst muligt. Det kan også være en fordel at inddrage eksterne aktører, som vidensinstitutioner eller professionshøjskoler, for at få hjælp til planlægningen og gennemførelsen af udviklingsaktiviteter (Kompetence sekretariatet, 2024). Ved at sætte kompetenceudvikling i system kan kommunerne synliggøre fremtidige planer og give medarbejderne mulighed for aktivt at efterspørge deltagelse, når de har indsigt i, hvilke aktiviteter der er planlagt.

I rapportens afsnit 2.2 beskrives et skift i kommunernes praksis for kompetenceudvikling fra faglig specialisering til mere brede, lokale behov. Dette skift øger behovet for systematisk opsamling og bearbejdning af de lokale behov, så man kan arbejde målrettet med at imødekomme dem. I den forbindelse spiller årshjul og kompetenceplaner en vigtig rolle (Alsop, 2013). Dog er det afgørende at være opmærksom på, at årshjul og kompetenceplaner kun har den ønskede effekt, hvis de anvendes løbende og systematisk. Uden en vedvarende indsats for at sikre, at disse værktøjer faktisk bliver brugt i praksis, risikerer de at miste deres effekt og blot blive formelle dokumenter uden reel værdi for den daglige kompetenceudvikling.

6.2.3 Møder understøtter vidensdeling – men husk tid, faggrupper og vagtlag

Vidensdeling i det daglige arbejde hæmmes ofte af en række organisatoriske barrierer, men er centralt for udveksling af viden og erfaringer, hvilket har en direkte indvirkning på organisationens samlede læringskapacitet.

Interviewundersøgelsens deltagere fremhæver behovet for tilstrækkelig tid til tværfaglige møder, hvor medarbejderne kan udfordre hinandens forståelser og dele erfaringer. Derudover er det vigtigt med daglige såkaldte TOBS-møder, hvor specifikke borgersager kan drøftes. Flere peger samtidig på et behov for at afholde

møder mellem kolleger med samme faglighed. Disse møder er nødvendige for at diskutere fælles udfordringer og identificere faglige udviklingsbehov.

Som Wenger og Snyder (2000) påpeger, er vidensdeling i det daglige en væsentlig del af at indgå i et lærende praksisfællesskab. Uformel læring spiller en central rolle i organisationer, men at den er uformel, betyder ikke, at den er uden struktur. Ved at skabe større bevidsthed hos kommunerne om, hvordan de rammesætter den daglige læring, bliver det muligt for ledelsen at skabe rum for diskussion og udvikling af den ønskede kvalitet i hjemmeplejen (Latham, Brooker & de Vries, 2024). Dette understreger vigtigheden af en struktureret og bevidst tilgang til læring i det daglige arbejde, så den organisatoriske læringskapacitet kan styrkes. For eksempel at der skal sættes tilstrækkelig tid af på møder, og at der skal kunne deles viden og erfaringer på tværs af faggrupper og vagtlag.

6.2.4 Digitale redskaber understøtter vidensdeling – hvis der afsættes tid til at bruge dem

Brugen af digitale redskaber kan afhjælpe udfordringer med at dele viden på tværs af faggrupper og vagtlag, da de tilbyder let tilgængelighed og fleksibilitet, hvilket potentielt gør det lettere for medarbejdere at få adgang til relevant viden, når det passer ind i andre opgaver.

For at disse digitale værktøjer skal være effektive, peger interviewundersøgelsen på vigtigheden af, at de er brugervenlige og intuitive. Hvis medarbejdere føler sig overvældet af en strøm af informationer, risikerer kommunerne, at værktøjerne ikke bliver anvendt optimalt. I værste fald kan det resultere i, at viden stadig ikke når frem til de rette medarbejdere, men at det bliver mere tilfældigt, hvem der får brugt de digitale redskaber.

Derudover er tidspres en central udfordring. I interviewundersøgelsen så vi, at nogle medarbejdere vælger at bruge deres fritid på at orientere sig i nyt fagligt indhold i disse digitale værktøjer. Dette skaber en risiko for, at grænsen mellem arbejdsliv og privatliv i nogen grad udviskes, hvilket kan føre til det, som beskrives som et "grænseløst arbejdsliv" (Kamp, Lund & Hvid, 2009). Her kan medarbejdere arbejde når som helst og hvor som helst, hvilket potentielt kan føre til manglende arbejdstidsbalance. Derudover risikerer det at skabe et ujævnt kompetenceniveau, når nogle medarbejdere vælger at bruge deres fritid, mens andre ikke gør. Derfor understreger nogle af kommunerne i vores undersøgelse vigtigheden af at afsætte dedikeret tid på køreplanerne til brug af digitale redskaber, så medarbejderne kan anvende dem inden for arbejdstiden.

Et eksempel på, hvordan redskaber kan forbedre arbejdsprocesserne, kan ses i et studie af håndholdte digitale værktøjer i den svenske hjemmepleje (Islind & Lundh Snis, 2017). Studiet viser, hvordan brugen af sådanne redskaber ikke kun forbedrer samarbejdet mellem medarbejdere, men også åbner for nye læringsmuligheder. For at redskaberne skal have den ønskede effekt, er det afgørende, at de ikke blot fungerer som et passivt informationssystem, men snarere som et aktivt arbejdsredskab, der integreres direkte i mødet med borgeren eller i det professionelle samarbejde (fx i forbindelse med supervision) og bliver et fælles referencepunkt.

6.2.5 Ressourcepersoner er vigtige og virksomme – hvis de sikres tid og redskaber

Vi finder en barriere for vidensdeling i den kommunale hjemme- og sygepleje, der knytter sig til, at ansvaret for at videreformidle viden ofte er uklart, og vigtige informationer risikerer at gå tabt eller ikke at blive integreret i organisationen.

Interviewdeltagerne beskriver i den forbindelse anvendelsen af resourcepersoner som centrale i at understøtte udviklingen og aktiveringen af medarbejdernes faglige viden.⁸ Resourcepersoner fremstår som et redskab, der kan sikre, at ny viden ikke blot introduceres, men også bliver overført i det daglige arbejde, især i forhold til kroniske sygdomme.

Værdien af at have resourcepersoner illustreres også af et studie fra Norge, som målte kompetenceniveauet i ældre- og hjemmeplejen, der viste, at der var en relativ lille sammenhæng mellem deltagelse i uddannelse og kompetenceniveauet i hjemmeplejen. Som forklaring peges på, at der ofte er en diffus fordeling af roller for plejepersonalet i kommunerne, hvilket betyder, at de mangler tydelige standarder til at vurdere deres egen kompetence op imod. Det anbefales derfor, at der udarbejdes tydeligere rollebeskrivelser samt planer for kompetenceudvikling (Bing-Jonsson et al., 2016). Dette afspejler erfaringerne fra de syddanske kommuner, hvor resourcepersoner uddannes med særligt fokus på kroniske sygdomme og udvikling af specifikke faglige kompetencer.

Det er dog vigtigt at bemærke, at selve evnen til at videreformidle viden også er en kompetence, der skal udvikles. Dette har kommunerne, ifølge vores interviewundersøgelse, haft systematisk fokus på i forbindelse med undervisning til superbrugere af teknologi, men mindre inden for kroniske sygdomme.

⁸ I komplekse og tværfaglige organisationer som hjemme- og sygepleje kan det desuden være nødvendigt at fordele dele af den faglige ledelse på resourcepersoner (Lauritzen & Jensen, 2023).

En væsentlig udfordring, som mange af undersøgelsens kommuner står overfor, er at beskytte ressourcepersonernes dedikerede tid. Da ressourcepersoner ofte også er en del af den daglige drift, kan det være svært at afsætte tid til at facilitere vidensdeling og planlægge undervisning. For at løse dette kan kommunerne overveje forskellige modeller for tidsstyring. Hvis en ressourceperson har en central rolle i at planlægge og facilitere vidensdeling, er det afgørende at afsætte beskyttet tid til dette. Alternativt kan ressourcepersonens rolle primært være at være tilgængelig som kontaktperson for kollegerne, hvilket kræver mindre planlægningstid, men stadig kræver en vis grad af selvtilrettelæggelse af deres arbejde.

6.2.6 Brug af lokale cases indleder forankring allerede i undervisningssituationen

En af de største udfordringer ved overførsel af ny viden og ny erhvervede kompetencer er, at manglende systematik kan forhindre, at medarbejdere ændrer deres vaner. Vaner er indgroede og svære at forandre, hvis ikke der skabes metoder og strategier for, hvordan ny viden skal integreres i daglig praksis.

Det er derfor afgørende at udvikle undervisningsmetoder og kompetenceudviklingsforløb, der gør overførsel af ny viden til praksis lettere (Liveng, Aamann & Dybbroe, 2023). En vigtig faktor, som fremhæves af de deltagende kommuner, er muligheden for at skabe rum for praksisorienteret dialog, hvor medarbejdere kan udvikle fælles forståelser og arbejdsgange. Når medundervisere og borgereksempler – som kommer fra medarbejdernes egen hverdag – inddrages i eksternt organiserede undervisningsforløb, styrkes relevansen for og overførbareheden til deres konkrete arbejdssituation.

Interviewundersøgelsens deltagere har generelt gode erfaringer med at arbejde med konkrete cases fra medarbejdernes hverdag, som fx specifikke borgerforløb, kan yderligere hjælpe med at illustrere, hvad der skal ændres. Dette kan forstærkes ved brug af video som redskab til at reflektere over interaktioner og hjælpe medarbejdere med at identificere forbedringsmuligheder i deres egen praksis. Et finsk studie (Levonius & Saari, 2023) fremhæver i forlængelse heraf potentialet i video som refleksionsværktøj til at analysere empatiske interaktioner mellem medarbejdere og borgere.

For at sikre, at ny viden fastholdes over tid, er det også vigtigt at skabe muligheder for at "genaktivere" viden løbende. Kommunerne fremhæver, hvordan de har gjort det gennem forskellige metoder som quizzer, refleksionsøvelser eller andre aktiviteter, der holder medarbejdernes fokus på det nye.

En anden vigtig faktor i forankringen af ny viden er træning af konkrete arbejdsgange i selve undervisningssituationen. Når medarbejdere får mulighed for at øve specifikke procedurer eller metoder i praksis, bliver forankringen af nye arbejdsgange lettere. Derudover kan fokus på samtaleteknikker og kommunikationsformer – især i forhold til borgernes behov – spille en stor rolle. Det afgørende er, at forankring tænkes direkte ind i undervisningssituationen.

I de tilfælde, hvor forankringen af nye arbejdsgange i praksis afhænger af samarbejde med andre organisationer, som fx almen praksis, kan samarbejdsprojekter have en særlig betydning. Sådanne projekter skaber mulighed for at diskutere og afklare samarbejdsflader og ansvarsområder, særligt i forhold til behandling af kroniske sygdomme som diabetes (Buch & Johansen, 2022).

6.2.7 Prioritering af ressourcer er en forudsætning for kompetenceudvikling

Rekruttering og fastholdelse af kvalificerede medarbejdere er en central udfordring i hjemme- og sygeplejen (Liveng & Storm, 2008), hvilket har betydning for kompetenceudvikling. Mange af kommunerne i vores undersøgelse står over for rekrutteringsvanskeligheder og høj personaleudskiftning – særligt blandt social- og sundhedsassistenter og -hjælpere. Dette skaber en situation, hvor det bliver vanskeligt at udvikle og opretholde specialiserede kompetencer blandt personalet, hvilket er generelt for området – også på tværs af landegrænser (Rönnqvist et al., 2015).

Lederes investering i kompetenceudvikling er afgørende for at fastholde medarbejdere, især sygeplejersker, hvor faglig kompetence er central for både jobtilfredshed og kvaliteten af plejen (Rönnqvist et al., 2015). Når kompetenceudviklingsaktiviteter ofte bliver aflyst eller nedprioriteret, opstår der tvivl om ledelsens prioriteringer, hvilket kan føre til en dalende motivation blandt medarbejderne. Det er vigtigt at bemærke, at lederne i vores undersøgelse selv føler sig presset af utilstrækkelige økonomiske rammer, der gør det vanskeligt for dem at imødekomme medarbejdernes ønsker om kompetenceudvikling.

En stigende andel af borgere med komplekse forløb sætter større krav til medarbejdernes kompetencer. Det er ikke længere tilstrækkeligt kun at have viden om kroniske sygdomme; medarbejderne skal også have evnen til at håndtere en bred vifte af andre udfordringer hos borgerne, såsom psykiatriske diagnoser eller demens (Vinge, 2018). Dette øgede pres på medarbejdernes kompetencer kan udgøre en barriere – både i forhold til den enkelte medarbejders kapacitet til at tage ny viden ind i en "overfyldt" hverdag og i forhold til lederes prioritering af midler til flere presserende behov hos borgerne.

For at imødekomme disse udfordringer er det ekstra vigtigt, at ledere sikrer tid til både vidensdeling og undervisningsaktiviteter. Et studie fra Sverige (Elmersjö & Sundin, 2021) viser, at ledere i ældre- og hjemmeplejen spiller en central rolle i implementeringen af tillidsbaserede praksisser ved at sikre kontinuitet, fleksibilitet og tilstrækkelig tidsallokering. Kommunerne bør derfor overveje, hvordan de potentielt kan sikre disse elementer i forbindelse med udviklingen af nye kompetencer relateret til håndtering af kroniske sygdomme.

6.2.8 Opsamling

I dette kapitel har vi præsenteret en række anbefalinger og fremhævet de potentialer, som kommunerne kan bygge videre på. Disse potentialer er områder, som interviewdeltagerne selv har identificeret som afgørende for at lykkes med kompetenceudvikling i praksis. Anbefalingerne fokuserer derfor på de særlige forudsætninger, som understøtter kompetenceudvikling – fra at sikre et godt læringsmiljø og en stærk kobling mellem teori og praksis til at skabe en god balance mellem økonomiske ressourcer og faglig ekspertise. Disse potentialer er alle peget ud af kommunerne som vigtige skridt på vejen til at opnå bedre resultater i kompetenceudviklingen og dermed styrke den samlede opgaveløsning.

7 Perspektivering

7.1 Udvikling af organisatorisk læringskapacitet i kommunerne

Dette afsnit tager afsæt i målsætningen om at kvalificere undersøgelsens forandringsteori via et indblik i de faktorer, som får betydning for medarbejderes deltagelse i kompetenceudviklingsaktiviteter og for den generelle organisatoriske læringskapacitet; læringsmiljøet, ledelsens støtte, organiseringen af vidensdeling samt forankring i praksis og kommunikative redskaber til vidensdeling.

Vi finder en række faktorer, som tilføjer nye perspektiver til teorien (Brandt & Breum, 2021), så den kan bruges i en kontekst som hjemme- og sygeplejen, hvor fokus er at sikre tilstrækkelig faglig ekspertise, tværfagligt samarbejde og vidensdeling i en presset hverdag med flere vagtlag.

Formålet med tilføjelserne, som er angivet i Tabel 7.1, er, at kommuner og kursusudbydere kan adressere nogle af disse mekanismer i forbindelse med udvikling og planlægning af kompetenceudvikling i forhold til kroniske sygdomme.

Tabel 7.1 Tilføjelser til mekanismer 2: Organisatorisk læringskapacitet

Mekanismer 2 (forandringsteori)		Tilføjelser
Læringsmiljø	<ul style="list-style-type: none">- Muligheder for læring- Medvirken til læring- Praksisfællesskaber	<ul style="list-style-type: none">- Forhold mellem intern/ekstern kompetenceudvikling- Aktiviteter for flere eller uddannelser for få- Forhold mellem at lære noget nyt og kunne lære fra sig- Eksterne aktørers rolle (brobygger og/eller udbyder)- Ressourcepersoner har forskellige roller og ansvar- Casebaseret og praksisnær undervisning (medundervisere)
Ledelse	<ul style="list-style-type: none">- Forskellige behov hos medarbejdere- Støtte til deling af viden- Tid og støtte til forandring	<ul style="list-style-type: none">- Generelle kompetencer vs. specialkompetencer- Strategisk og systematisk ledelsesfokus- Udvælgelse af emner i samarbejde med medarbejdere- Prioritering af ressourcer (fra centralt niveau)- Stigende kompetencekrav på mange områder- Rekruttering og fastholdelse

Mekanismer 2 (forandringsteori)		Tilføjelser
Organisering og praksis	<ul style="list-style-type: none"> - Tværfagligt samarbejde - Selvledelse - Opgaveløsning/rutiner - Prioriteringer - Incitamenter - Motivation - Holdninger - Faglighed, herunder selvforståelse - Fælles normer og traditioner - Karakteren af samarbejdet/relationen med de enkelte borgere 	<ul style="list-style-type: none"> - Forskellige "modeller" afhængigt af kontekst - Årshjul og kompetenceplaner - Deling af erfaringer på tværs af vagtlag - Driften udfordrer kompetenceudvikling - Afhængigheder af andre aktører (fx almen praksis) - Selvledelse og samarbejde hos resourcepersoner - Vidensdeling i mange forskellige mødeformater - Tværfaglige teams påvirker vidensdeling - Integrere ny viden i arbejdsgange
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> - Adgang til viden - Adgang til ressourcer - IT-systemer til opbevaring og deling af viden 	<ul style="list-style-type: none"> - Digitale redskaber er fleksible og nyttige - Redskaber skal være overskuelige - Brug af redskaber kræver tid - Resourcepersoners rolle i forhold til oplæring i systemer

Kilde: VIVE med afsæt i undersøgelsens samlede datagrundlag.

Undersøgelsen identificerer flere kontekstuelle forhold ved kommunernes kompetenceudvikling, der udfordrer forandringsteorien og går ud over rammerne af organisatorisk læringskapacitet som beskrevet i Brandi og Breum (2021). De mest centrale handler om:

Forholdet mellem intern og ekstern kompetenceudvikling: Kommunerne opererer med en kompleks balance mellem at styrke interne kompetencer gennem egen udvikling og at trække på eksterne udbydere eller ressourcer. Denne balance har været fraværende i teorien.

Forholdet mellem at lære noget nyt og kunne videreformidle læring: Denne dobbelte læringsproces, hvor medarbejdere både skal tilegne sig og distribuere viden, er central for læringskapaciteten i kommunerne, men har ikke fået meget vægt i teorien.

Ressourcepersoners centrale rolle: Ressourcepersoner indtager en nøglerolle i kommunernes kompetenceudvikling, men vi fandt, at denne type aktør er relativt fraværende i det teoretiske udgangspunkt.

Generelle kompetencer vs. specialkompetencer: Kommunerne står over for en konstant afvejning mellem at udvikle brede, generelle kompetencer og at fremme specifikke, faglige kompetencer, der er nødvendige for særlige funktioner. I teorien er der mere fokus på medarbejderes forskellige kompetencebehov og ønsker end organisationens behov.

Stigende kompetencekrav på mange områder: Der er en mærkbar tendens til, at kravene til medarbejdernes kompetencer stiger på tværs af mange arbejdsområder (ofte fra politisk side). I teorien, som er udviklet i en produktionskontekst, er der ikke taget højde for politiske dagsordeners pres på organisationers kompetenceudvikling.

Rekruttering og fastholdelse: Rekruttering af nye medarbejdere samt fastholdelse af nuværende personale udgør en væsentlig udfordring for kommunerne. Dette aspekt blev tillagt en overraskende stor betydning for kompetenceudvikling, da kontinuitet i medarbejderstaben er afgørende for at opretholde og vedligeholde ny viden. Det aspekt er udfoldet i forhold til det teoretiske udgangspunkt.

Forskellige modeller afhængigt af kontekst: Kommunerne anvender forskellige "modeller" for kompetenceudvikling afhængigt af deres specifikke kontekst, såsom størrelse, lokal befolkningssammensætning og tilgængelige ressourcer. Dette er en tilføjelse til teorien og beskriver konkrete organiseringer som ramme for den organisatoriske læringskapacitet.

Digitale redskaber som fleksible og nyttige værktøjer: Digitale redskaber bruges ofte i "håndholdte" formater (tablet eller smartphone), der muliggør fleksibel anvendelse, herunder direkte i borgerkontakt. Dette er en udfoldning af teoriens beskrivelse af kommunikation, da kommunerne har mindre fokus på kommunikation fra ledelse til medarbejder, men mere på, hvordan redskaber kan bruges direkte i arbejdet.

Samlet set viser disse fund, at kommunernes kompetenceudvikling både er kompleks og dynamisk, og at den går ud over de rammer, som teorier om organisatorisk læringskapacitet traditionelt har sat.

For at understøtte kompetenceudvikling er det nødvendigt at tilpasse de teoretiske perspektiver til kommunernes specifikke udfordringer og potentialer. En sådan tilpasning kan bl.a. omfatte en forståelse for, hvordan balancen mellem intern og ekstern kompetenceudvikling påvirker kommunernes læringsfællesskaber. Det er også centralt at overveje, hvordan ressourcepersoner udfylder deres rolle, herunder de vilkår, de arbejder under. Endelig bør der fokuseres på, hvordan strukturelle udfordringer – såsom stigende krav til specialisering og rekrutteringsproblemer – påvirker kommunernes evne til både at tilegne sig ny viden og omsætte den til forbedret opgaveløsning i borgernes hjem.



Dokumentation

8 Metode

Undersøgelsen, der ligger til grund for denne rapport, er formet med baggrund i en forandringsteori for sammenhænge mellem kompetenceudvikling og styrket kvalitet i det borgerrettede arbejde i den kommunale hjemme- og sygepleje i Region Syddanmark. Steno Diabetes Center Odense har udarbejdet forandringsteorien med inspiration fra Brandi og Breum (2021).

Forandringsteorien er løbende blevet justeret, dels indledningsvist af VIVE i dialog med Steno Diabetes Center Odense på baggrund af praksisteori (fx Brown & Duguid, 1991; Farchi, Dopson & Ferlie, 2023; Kallio et al., 2017), dels på baggrund af de foreløbige resultater fra forundersøgelsen.

8.1 Todelt kvalitativ interviewundersøgelse

For at få viden om kompetenceudvikling i den kommunale hjemme- og sygepleje i Region Syddanmark har vi udformet en kvalitativ interviewundersøgelse, der er blevet gennemført i to delundersøgelser: en forundersøgelse og en hovedundersøgelse. Formålet med forundersøgelsen har været at kvalificere forandringsteorien for kompetenceudvikling og give indblik i aktuelle problemstillinger i forhold til deltagelse i og udbytte af kompetenceudvikling. Formålet med hovedundersøgelsen har været at sikre en bredt forankret viden baseret på perspektiver fra en bred vifte af medarbejdergrupper om betydningen af organisatorisk praksis for sygdomsspecifik kompetenceudvikling, herunder om organisatoriske barrierer samt understøttende faktorer for at omsætte kompetenceudvikling til hverdagspraksis.

8.1.1 Planlægning af interview og rekruttering af interviewdeltagere

I selve planlægningen af gruppeinterviewene i de to delundersøgelser spillede Steno Diabetes Center Odense en rolle i rekrutteringen af informanter fra kommunerne i Region Syddanmark. Deltagerne blev rekrutteret ved, at Steno Diabetes Center Odense henvendte sig til repræsentanter for alle kommuner i Region Syddanmark med henblik på at finde deltagere til gruppeinterview. Steno Diabetes Center Odense anvendte VIVEs oplysnings- og informationsbrev om undersøgelsen, ligesom det er VIVE, der har indkaldt til og afholdt interviewene uden Steno Diabetes Center Odenses medvirken.

På baggrund af forandringsteorien samt læringsteori (Brandi & Breum, 2021) er der til brug for gruppeinterviewene i forundersøgelsen udarbejdet interviewguides til

hhv. gruppeinterview med ledere og gruppeinterview med faglige specialister. Følgende temaer var centrale i forundersøgelsen:

- Lokale/personlige erfaringer med kompetenceudvikling
- Læringsmiljø: Grundlæggende betingelser for kompetenceudvikling samt adgang til og omsætning af ny viden i hverdagen
- Ledelsens rolle i forhold til kompetenceudvikling
- Organisering og praksis: Hvordan påvirker kompetenceudvikling arbejdet?
- Kommunikation: Redskaber til at tilegne sig ny viden
- Ønsker for fremtiden.

Resultaterne af forundersøgelsen er blevet anvendt til at justere både forandringsteori og interviewguides til brug for gruppeinterviewene i hovedundersøgelsen. De ovenfor nævnte overordnede temaer gik igen i hovedundersøgelsen, så justeringer bestod primært i justering af ordlyden af specifikke spørgsmål samt nedjustering af antallet af spørgsmål i interviewguiden. Desuden blev der udviklet en ny interviewguide til brug for gruppeinterview med medarbejdere (primært SSA'ere og SSH'ere) bygget op omkring de samme temaer. Her anvendte vi fx indsigter fra forundersøgelsen til at udvikle spørgsmål, der gjorde brug af konkrete eksempler fra forundersøgelsen.

8.1.2 Gennemførelse af interview

Dataindsamlingen i forundersøgelsen forløb fra maj-juni 2024. Der blev i forundersøgelsen gennemført 4 gruppeinterviews med hhv. ledere (2 interviews) og faglige specialister (2 interviews). Dataindsamlingen for hovedundersøgelsen forløb fra august-september 2024 og bestod af 13 gruppeinterviews, heraf 4 med ledere/faglige specialister og 9 med andre medarbejdere – primært sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og -hjælpere. Der var også rekrutteret enkelte ufaglærte medarbejdere i hjemmeplejen, men de endte med at måtte melde afbud på dagen på grund af travlhed. I alt blev der således gennemført 17 gruppeinterviews med i alt 57 interviewpersoner.

Interviewdeltagerne fordelte sig på følgende kategorier:

Tabel 8.1 Interviewdeltagere fordelt på stillingskategori

Interviewpersoner	Delundersøgelse	Antal
Ledere (6 grupper)*	- 2 i forundersøgelsen - 4 i hovedundersøgelsen	N = 7 N = 13
Ressourcepersoner (2 grupper)	- 2 i forundersøgelsen	N = 8
Medarbejdere (9 grupper)**	- 9 i hovedundersøgelsen	N = 29
- Sygeplejersker		- N = 13
- Social- og sundhedsassistenter		- N = 8
- Social- og sundhedshjælpere		- N = 8
I alt		N = 57

Note: * 4 af de 7 ledere, der deltog i forundersøgelsen, deltog også i hovedundersøgelsen.

** 6 af de 49 medarbejdere, der deltog i interview i hovedundersøgelsen, var også ressourcepersoner.

Kilde: VIVE.

Interviewene blev gennemført som gruppeinterviews. Lederinterviews og ressourcepersoninterviews blev foretaget på tværs af kommuner for at få forskellene mellem organisering, planlægning og systematik samt udfordringerne i forhold til prioritering af kompetenceudvikling tydeligt frem. Medarbejderinterviewene blev derimod gennemført med medarbejdere fra samme kommune, men på tværs af stillingskategorier, for at deltagerne havde samme organisering og betingelser for kompetenceudvikling at tale ud fra og for at få indblik i forskellige medarbejders perspektiver på samme praksis for kompetenceudvikling.

Af tidshensyn for deltagerne er interviews foretaget som videointerview i Zoomformat. Videoformatet gav fleksibilitet og tidseffektivitet, men var også forbundet med tekniske udfordringer for deltagerne, som prægede opstarten af en del af interviewene. Grupperne varierede i størrelse med 2-6 deltagere. Vi oplevede enkelte afbud på grund af sygdom eller travlhed. Interviewene havde en varighed på ca. 60 minutter. Fra VIVE deltog en interviewer og en referent. Alle interview blev lydoptaget og efterfølgende lyttet igennem i forbindelse med gennemskrivning af referatet efter det enkelte interview.

Interviewpersonerne repræsenterer 9 af de 22 kommuner i Region Syddanmark. Det er vores vurdering, at de deltagende kommuner repræsenterer både forskellig geografi (by/land/ø), størrelse, organisering og lokal praksis for kompetenceudvikling. Der er dog en mulig bias i forhold til, at de kommuner, der har meldt sig til at deltage i undersøgelsen, potentielt kan have en særlig interesse for og opmærksomhed på kompetenceudvikling. Eksempelvis har samtlige af de deltagende kommuner ressourcepersoner dedikeret til at varetage et eller flere af de kroniske sygdomsområder, hvilket formodentlig ikke er tilfældet for alle kommuner i Region Syddanmark. Men i forhold til undersøgelsens resultater må man formode, at hvis disse kommu-

ner kan pege på udfordringer – og også udfordringer i forhold til kompetenceudvikling og forankring af viden generelt – vil disse udfordringer også gælde for andre kommuner – måske i endnu højere grad.

I rapporten optræder interviewdeltagerne uden kommunetilhørsforhold af anonymiseringshensyn.

8.1.3 Databehandling og analyse

Interviewreferaterne er kodet i databehandlingssoftwareprogrammet Nvivo på baggrund af temaer fra forandringsteorien, men også med åbenhed for induktivt opståede temaer (fx øget pres på medarbejdere).

Litteratur

- Alegre, J. & Chiva, R. (2008). Assessing the impact of organizational learning capability on product innovation performance: An empirical test. *Technovation*, 28(6), 315-326.
- Alsop, A. (2013). *Continuing professional development in health and social care: Strategies for lifelong learning*. London: John Wiley & Sons.
- Andersen, K.N., Henriksen, H.Z. & Nielsen, J.A. (2013). Digital innovation af folkeskolens åbenhed og sammenlignelighed-binære modeller endeligt? *Politica*, 45(3), 287-306.
- Bing-Jonsson, P.C., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjørk, I.T. & Foss, C. (2016). Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC Nursing*, 15, 1-11.
- Brandi, U. & Breum, J. (2021). Organisatorisk læringskapacitet: Konceptualisering og undersøgelse af et begreb. *Samfundslederskab i Skandinavien*, 36(1), 3-25.
- Brown, J.S. & Duguid, P. (1991). Organizational learning and communities-of-practice: Toward a unified view of working, learning, and innovation. *Organization Science*, 2(1), 40-57.
- Buch, M.S. & Johansen, M.B. (2022). *Udvikling af samarbejdsmodeller på tværs af sektorer for mennesker med type 2-diabetes: Vidensopsamling fra tre udviklingsprojekter*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Buch, M.S., Topholm, E.H.-E. & Christensen, J. (2024a). *Hovedrapport: Faste, tværfaglige og selvstyrende teams i ældreplejen – erfaringer fra 25 kommuner: Evaluering af Socialstyrelsens pulje til faste teams*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Buch, M.S., Topholm, E.H.-E. & Christensen, J. (2024b). *Evaluering af pulje til faste teams i ældreplejen: Delrapport 1: Medarbejdernes perspektiver på arbejdet i faste teams*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Elmersjö, M. & Sundin, E. (2021). Intra-organisational trust and home care services: A study of the process of implementing trust-based practices in municipal elder-care in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Administration*, 25(2), 3-21.

- Farchi, T., Dopson, S. & Ferlie, E. (2023). Do we still need professional boundaries? The multiple influences of boundaries on interprofessional collaboration. *Organization Studies*, 44(2), 277–298.
- Hjemmehjælpskommissionen. (2013). *Fremtidens hjemmehjælp: Ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats*. København: Social- og Integrationsministeriet.
- Islind, A.S. & Lundh Snis, U. (2017). Learning in home care: A digital artifact as a designated boundary object-in-use. *Journal of Workplace Learning*, 29(7/8), 577-587.
- Kallio, K., Russo-Spena, T., Lappalainen, I. & Mele, C. (2017). Practice-based approaches to learning and innovating. I: T. Russo-Spena, C. Mele & M. Nuutinen (Red.), *Innovating in Practice: Perspectives and Experiences* (pp. 83-112). London: Springer International Publishing.
- Kamp, A., Lund, H.L. & Hvid, H. (2009). Tid, belastning og fællesskaber i det grænse-løse arbejde. *Psyke & Logos*, 30(2), 20-20.
- Kompetencesekretariatet (2024). *Sådan får I gang i jeres kompetenceudvikling med uddannelsesplanlægning*. <https://kompetenceudvikling.dk/inspiration/uddannelses-planlaegning/>
- Latham, I., Brooker, D. & de Vries, K. (2024). How do care workers learn to care for people with dementia living in care homes? A model of informal learning. *Journal of Workplace Learning*, 36(8), 746-769.
- Lauritzen, H.H. & Jensen, K.H. (2023). *Faglig ledelse i ældreplejen*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Levoniemi, V.M. & Saari, E. (2023). Empatia–video reflection method for reflecting on empathic interactions between care worker and client. *Journal of Workplace Learning*, 35(8), 713-731.
- Lipshitz, R., Popper, M. & Friedman, V.J. (2002). A multifacet model of organizational learning. *Journal of Applied Behavioral Science*, 38(1), 78-98.
- Liveng, A. & Storm, H. (2008). *Afslutningsrapport for projektet: Afdækning af kompetenceudviklings- og videreuddannelsesbehov hos Social- og sundhedsassistenter m.fl. ansat i sundheds-, pleje- og omsorgssektoren*. Sorø: Vækstforum Sjælland.

- Liveng, A., Aamann, I.C. & Dybbroe, B. (2023). In-service training for dementia care staff: Knowledge lost in transfer between opposing logics. *Nordic Welfare Research*, 8(1), 34-51.
- Rönqvist, D., Wallo, A., Nilsson, P. & Davidson, B. (2015). Employee resourcing in elderly care: Attracting, recruiting and retaining the right competence. I: Bohlinger, S., Haake, U., Helms Jørgensen, C., Toivainen, H. & Wallo, A. (Red.), *Working and Learning in Times of Uncertainty: Challenges to Adult, Professional and Vocational Education* (pp. 131-143). Rotterdam: Sense Publishings.
- Sprogøe, J. & Sunesen, M.S.K. (2021). *Kort og godt om kompetenceudvikling*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Topholm E.H.-E. & Holm-Petersen, C. (2022). *Organisering af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen: Fordele og ulemper ved monofaglig og tværfaglig organisering*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Vinge, S. (2018). *Kompleksitet i den kommunale sygepleje: En analyse af sygeplejerskernes perspektiver på kompleksitet i sygeplejen*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Wahlgren, B. (2013). *Transfer i VEU: Tolv faktorer der sikrer, at man anvender det, man lærer*. København: Nationalt Center for Kompetenceudvikling, Institut for Uddannelse og Pædagogik (DPU), Aarhus Universitet.
- Wenger, E.C. & Snyder, W.M. (2000). Communities of practice: The organizational frontier. *Harvard Business Review*, 78(1), 139-146.

VIVÉ