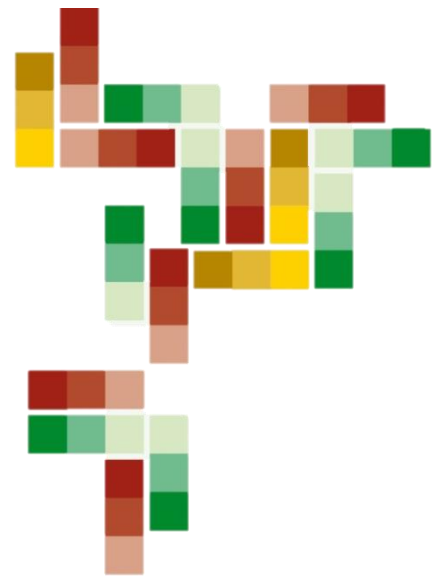




Aktivt samarbejde med borgerne i kommuner, almen praksis og på hospitaler

Sundhedsaftalens arbejdsgruppe
vedrørende aktivt samarbejde med
borgere og pårørende

Aktivt samarbejde med borgerne i kommuner, almen praksis og på hospitaler



Rapporten er udarbejdet af den midlertidige Arbejdsgruppe vedrørende aktivt samarbejde med borgere og pårørende i 2015-2016, nedsat i regi af Sundhedsaftalen.

Formandskab

Annette Rolsting, Patientinddragelsesudvalget i Region Hovedstaden

Eva Borg, Sundheds- og omsorgschef, Ballerup kommune

Jan Toftholm Andersen, vicedirektør, Herlev og Gentofte Hospital

Medlemmer

Jean Hald Jensen, enhedschef for Tværsektoriel Udvikling, Region Hovedstaden

Jette Bay, næstformand i Patientinddragelsesudvalget i Region Hovedstaden (suppleant i arbejdsgruppen)

Lone Petersen, leder af Kompetencecenter for Rehabilitering og Recovery, Region Hovedstadens psykiatri

Malene Madsen, Patientinddragelsesudvalget

Marianne Puge, praktiserende læge, PLO-hovedstaden

Mette Gerhard, Specialkonsulent, Fredensborg Kommune

Morten Randløv-Andersen, praktiserende læge, KAP-H

Trine Østerbye Rimdal, specialkonsulent, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden

Sekretærer

Julia Willer Dallerup, Enhed for Tværsektoriel Udvikling, Region Hovedstaden

Lone Holm, Enhed for Tværsektoriel Udvikling, Region Hovedstaden

Indhold

Indhold	1
Kapitel 1: Indledning	2
Definitioner	2
Effektive metoder	3
Læsevejledning	3
Kapitel 2: Kultur	4
Kapitel 3: Individuelt niveau	5
Hospitaller	5
1. Fælles beslutningstagning	5
Kommuner	8
2. Koordination med borgeren i centrum	8
3. Den 'norske model': Hvad er vigtigt for dig?	10
Almen praksis	12
4. Konsultationsprocessens 9 F'er	12
5. Patientråd	13
Kapitel 4: Organisatorisk niveau	14
6. Tre anbefalinger	14





Kapitel 1: Indledning

At borgere¹ og sundhedsprofessionelle skal indgå i et aktivt samarbejde har været meget i fokus de seneste år. Det skyldes dels et voksende krav fra borgerne, og dels flere og flere undersøgelser, der peger på, at kvaliteten i behandlingen øges ved, at borgerne i højere grad er inddraget og medbestemmende i eget forløb. Borgerinddragelse eller rettere "et aktivt samarbejde" dækker bredt - fra almindelig god dialog mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle til en mere direkte involvering af borgeren enten på individuelt eller organisatorisk niveau. Samarbejdet kan derfor for begge niveauer spænde fra en passiv deltagelse, hvor der informeres til stigende grader af aktiv deltagelse og partnerskabsdannelse.

Spørgsmålet er, hvordan sundhedsaftalearbejdet kan være med til at understøtte den fortsatte udvikling omkring et aktivt samarbejde ved at gode initiativer og erfaringer deles og genbruges mellem sektorer. Et første skridt er at afsøge og beskrive de metoder, som har vist sig effektive og mulige at implementere i et travlt og komplekst sundhedsvæsen. Arbejdsgruppen Aktivt samarbejde med borgere og pårørende har fået til opgave at tage hul på denne opgave under Sundhedsaftalen.

Aktivt samarbejde gælder både borgere og deres pårørende

Baggrund i sundhedsaftalen

Arbejdsgruppen vedrørende aktivt samarbejde med borgere og pårørende blev etableret som en tidsafgrænset arbejdsgruppe under Sundhedsaftale 2015-2018. Gruppens opgaver er:

1. Fremme aktivt samarbejde med borgere i alle sektorer ved at prioritere mellem eksisterende aktiviteter og metoder, der kan styrke samarbejdet mellem borgere, herunder pårørende, og fagprofessionelle, og tage stilling til udbredelse

¹ Bemærk, at når der skrives 'borgere' i dokumentet, omfatter det både patienter og deres pårørende. Se endvidere afsnit på side 3 "Aktivt samarbejde gælder både borgere og deres pårørende" for en yderligere beskrivelse af pårørendes rolle.

af projekter, som har vist sig virkningsfulde og effektive.

2. Arbejde for styrkelse af systematisk involvering af borgere ved udvikling og tilrettelæggelse af det organisatoriske samarbejde, der vedrører tværsektorielle indsatser og forløb.

Definitioner

Individuelt niveau

Arbejdsgruppen har defineret 'aktivt samarbejde' på det individuelle niveau mellem borger og sundhedsprofessionel, som:

at borgere har indflydelse på beslutninger og planer, der vedrører den enkeltes forløb, og at beslutninger træffes med afsæt i den sundhedsprofessionelles faglige viden og borgernes personlige baggrund, sundhedskompetencer (health literacy), erfaringer, behov og ønsker. Hvis vi ønsker et aktivt samarbejde mellem mennesker i behandling og pleje, forudsætter det, at vi skaber ligeværdighed i relationen, og at vi viser respekt, empati og medfølelse som sundhedsprofessionelle. Trods ulighed i viden og magt.

Vi har som borgere forskellige ønsker og behov i forhold til at være en aktiv del af vores behandlingsforløb. Det grundvilkår bør respekteres i alle indsatser. Gennemførelse af målet om aktivt samarbejde indebærer, at sundhedsprofessionelle altid må afstemme forventninger med borgeren i forhold til den rolle, som den enkelte ønsker at spille. Det kan resultere i vidt forskellige samarbejdsmodeller lige fra tilpasning til borgers behov via fx et forberedelsesskema, at borgeren bestemmer via fx fælles beslutningstagning, til at borgeren styrer via fx hjemmemonitorering med støtteredskab til evt. justering af behandling.

Organisatorisk niveau

Arbejdsgruppen har i forbindelse med opgaven om 'systematisk involvering af borgere ved udvikling og tilrettelæggelse af det organisatoriske samarbejde' valgt at tage afsæt i den definition, som VIBIS har udarbejdet om brugerinddragelse på det organisatoriske niveau:



”Organisatorisk brugerinddragelse er inddragelse af brugere som repræsentanter i forhold til brugerperspektivet i beslutningsprocesser af betydning for organisering, udvikling og evaluering af sundhedsvæsenet. Dette kaldes også for repræsentativ brugerinddragelse.

Ved organisatorisk eller repræsentativ patientinddragelse forstås således, at der udpeges repræsentanter for grupper af patienter og evt. pårørende, som deltager i projekter, råd eller udvalg, der er med til at udvikle eller evaluere indsatser i sundhedsvæsenet. Formålet er at sikre, at sundhedsvæsenet sætter patienternes behov i centrum, når der f.eks. tænkes i nye løsninger og indsatser”.²

Ved den organisatoriske involvering indgår en eller flere borgere sammen med de sundhedsprofessionelle i beslutningsprocesser, der har betydning for udvikling og tilrettelæggelse af det organisatoriske samarbejde, tværsektorielle indsatser og forløb. Formålet er at styrke den borgeroplevede kvalitet og patientsikkerheden. Dette kan ske i forskellige grader og former lige fra inklusion af borgernes behov gennem brugerundersøgelser (her afviger vi fra VIBIS’ definition), borgerens medbestemmelse gennem borgerrepræsentation i beslutningsfora til ligeværdig interaktion i samskabelse.

Effektive metoder

Arbejdsgruppen er blevet bedt om at finde effektive metoder, og effekt er i sundhedsaftalen formuleret således: Målet er med metoderne er, at effekten af behandlingen og den borgeroplevede kvalitet skal øges.

Der er meget få metoder, der er evalueret systematisk i forhold til disse to parametre, så arbejdsgruppen har valgt at anbefale metoder, der har haft succes i form af øget borgerinddragelse og øget fokus på at tilrettelægge indsatserne med afsæt i borgernes personlige baggrund, erfaringer, behov og ønsker.

Det er arbejdsgruppens klare opfattelse, at de pårørende udgør en vigtig ressource i den samlede behandling. Pårørende skal inddrages i det omfang, som borgeren og den pårørende selv ønsker det, og med udgangspunkt i den pårørendes ressourcer. Pårørende kan være ægtefælle, samlever, forældre, bedsteforældre, søskende eller børn. Det kan også være venner eller andre, som den enkelte borger selv betragter som nære pårørende. Nogle borgere har ikke pårørende, og der skal derfor foretages en vurdering af, om der er andre personer, fx professionelle, der i stedet kan inddrages.³

Det er vigtigt at være opmærksom på, at de pårørende kan have behov for særlig støtte og vejledning undervejs i behandlingsforløbet.

De pårørende skal gives plads som aktive resourcepersoner i forløbet, og de kan bidrage med vigtig viden og erfaring. Forudsætningen er selvfølgelig, at borgeren ønsker de pårørende involveret, og at de pårørende hjælpes til at være støttende parter i forløbet.

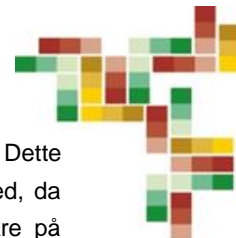
I forhold til de metoder, som arbejdsgruppen har valgt at anbefale i dette notat, vil de pårørende kunne indgå som en naturlig del af samarbejdet med borgeren i både kommune, almen praksis og på hospitalerne.

Læsevejledning

Der er en række forudsætninger, der skal være opfyldt for, at det aktive samarbejde overhovedet kan foregå. Det er i den sammenhæng nødvendigt at se på kulturen i sundhedsvæsenet. I kapitel 2 har gruppen forsøgt at beskrive den kultur og de elementer, der skal være til stede som forudsætning for et aktivt samarbejde. I kapitel 3 beskrives udvalgte metoder til aktivt samarbejde (individuel brugerinddragelse) for de tre sektorer, der grundlæggende har det til fælles, at de beror på et partnerskab med patienten, en ligeværdig dialog og en tilrettelæggelse af forløb og udvikling med afsæt i borgerens behov. Kapitel 4 indeholder gruppens anbefalinger vedrørende systematisk involvering i udvikling af sundhedsvæsenet (organisatorisk brugerinddragelse).

² Kilde: VIBIS hjemmeside: <http://vibis.dk/om-brugerinddragelse/definition-af-brugerinddragelse>

³ Kilde: Med inspiration fra hhv. Region Hovedstadens og Region Nordjyllands politik for inddragelse af patienter og pårørende.



Kapitel 2: Kultur

Målet er en kultur, der understøtter systematisk aktivt samarbejde med borgerne.

Ideelt spørges der ikke til, hvornår borgeren skal være en aktiv del af samarbejdet, men hvornår de ikke skal være det.

Det er borgeren, der henvender sig til sundhedsvæsenet for at bede om hjælp og konsultere sundhedsprofessionelle inden for sundhedsområdet. Det er borgeren, der skal vurdere, om han/hun ønsker at modtage den tilbudte hjælp. Det er den sundhedsprofessionelle, der har kendskab til, hvilken hjælp der kan tilbydes. Sammen har de mulighed for at finde den bedste løsning inden for disse rammer.

En kultur, der understøtter aktivt samarbejde med borgerne, er en kultur, der tager borgernes ret til en central plads i omsorgs- og behandlingsforløbet alvorligt. Denne ret gælder helt fra begyndelsen, hvor borgeren første gang oplever symptomer, som de vælger at konsultere sundhedsvæsenet med. Aktivt samarbejde er således ikke kun et informeret samtykke om i sidste ende at træffe et endeligt valg om at modtage eller afslå behandling. Værdien bag borgercentrering og partnerskab bygger på ligestilling og dialog. I denne forbindelse fremhæves det at være lige så vigtigt at kende borgeren, der har sygdommen, som det er at kende sygdommen, som borgeren har.⁴

Borgeren skal optimalt inddrages samtidig med eller forud for fastlæggelsen af behandlings- og omsorgsforløbet. Det er vigtigt at anerkende, at aktivt samarbejde hænger sammen med kvalitet. Sundhedsvæsenets måles traditionelt på kliniske kvalitetsmål, der således bliver en slags produktionsmål. Kvalitet bør indeholde den patientoplevede kvalitet i forhold til selvvalgt helbred, altså symptomer, funktionsevne og livskvalitet, og det nationale arbejde med udvikling af PROMS (patient reported outcome measures) understøtter denne udvikling.

En kulturel ændringsproces i retning af et øget aktivt samarbejde med borgerne berører grund-

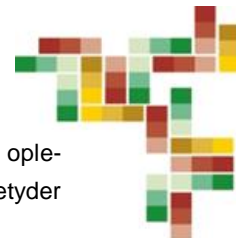
læggende værdier i sundhedsvæsenet. Dette kalder på stor ledelsesmæssig bevågenhed, da de sundhedsprofessionelle kan blive usikre på deres roller, såfremt der ikke hele tiden er ledelsesmæssig støtte i processen. Det skyldes blandt andet det helt grundlæggende forhold, at behandlingen har udviklet sig fra et møde mellem to mennesker til en række møder mellem en borger og en fragmenteret professionel organisering i løbende forandring. Dertil kommer, at det aktive samarbejde med borgeren er noget, der skabes hver dag i den daglige praksis, og at det således også er noget, som hele tiden er til forhandling. Det er en flygtig størrelse, som sundhedsvæsenet hele tiden må interessere sig for, herunder hvilke faktorer, der understøtter og bremser.

Det er vigtigt at erkende, at en borgercentreret kultur ikke alene kan skabes ved den enkelte kontakt. De styringsmæssige rammer på samfundsniveau og organisationsniveau skal understøtte kulturen, fordi det er her incitamenter, meninger og holdninger om det at være sundhedsprofessionel og borger i sundhedsvæsenet formes. Mere konkret drejer det sig om at opbygge styringssystemer, så værdimæssige pres i retning af standardiserede løsninger undgås. Endelig er det vigtigt at notere sig, at dokumentation af en borgercentreret praksis i sig selv rummer betydelige metodiske vanskeligheder.

Der er formuleret en lang række målsætninger for arbejdet med at styrke borgerinddragelsen i sundhedsvæsenet, både sektoropdelt, regionalt og nationalt. Senest har regeringen lanceret 8 nye nationale kvalitetsmål, hvoraf det 6. mål er "Øget patientinddragelse".

Udfordringen ligger så i at finde de metoder, som rent faktisk kan være med til at skabe et øget samarbejde mellem sundhedsprofessionelle og borgerne, både i det organisatoriske udviklingsarbejde og i forhold til den enkelte borgers behandling og forløb.

⁴ Mead & Bower, 2000.



Kapitel 3: Individuelt niveau

Arbejdsgruppen vedr. aktivt samarbejde har via oplæg, erfaringsudveksling og litteratursøgning undersøgt, om der i dag anvendes metoder på tværs af alle tre sektorer, som kan anbefales udbredt i et større omfang. Der kan ikke peges på enkelte metoder, der går på tværs, men der er fællestræk ved de metoder, der i dag anvendes, og som har vist sig effektive i forhold til at understøtte det aktive samarbejde.

Fællestræk ved de metoder, der har vist sig effektive:

1. *At der er en dialog, hvor borgerens personlige baggrund, erfaringer, behov og ønsker bringes på banen og bruges som afsæt for de valg, der skal træffes i forhold til den enkeltes forløb, behandling og pleje, og at disse valg kvalificeres og sker i et samspil med den sundhedsprofessionelles viden og erfaringer.*
2. *At der er et strukturerende redskab, som den sundhedsprofessionelle kan bruge ved samtalen med borgeren.*
3. *At der er et støtteredskab til kommunikationen fx til forklaring af risici og sammenligning af flere mulige forløb og behandlinger.*
4. *At borgeren har mulighed for at forberede sig. Fx patientens bog, høj sundhedsvæsen, forberedelseskema, informationsfoldere, film, indkaldelsesbrev*
5. *At der arbejdes fokuseret og systematisk med at udbrede metoden over tid.*

I det følgende beskrives de metoder, som arbejdsgruppen har valgt at anbefale inden for hospitalsregi, kommunalt regi og almen praksis.

Hospitaler

1. Fælles beslutningstagning

Ved fælles beslutningstagning forstås en tilgang, hvor enhver behandlingsmæssig beslutning tages i samarbejde mellem borgeren og de sundhedsprofessionelle. I fælles beslutningstagning betragtes borgeren som en ekspert på lige fod med de sundhedsprofessionelle. Den sundhedsprofessionelle er ekspert i behandlingen,

men borgeren er ekspert på sit liv, på sine oplevelser af sygdommen og på de ting, der betyder noget for denne.

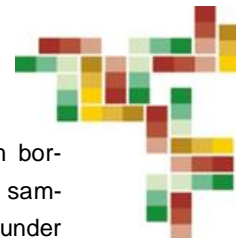
Fælles beslutningstagning kaldes ofte for modellen i midten. Den står på den ene side overfor den traditionelle behandlerstyrede model, hvor den sundhedsprofessionelle enerådigt er den, der tager beslutningerne. På den anden side står den overfor den næsten udelukkende borgerstyrede model (informed choice model), hvor den sundhedsprofessionelles rolle er begrænset til at give informationer, mens borgeren selv beslutter sig for valg af behandling. I fælles beslutningstagning derimod er borgeren og den sundhedsprofessionelle begge aktive. De udveksler alle de nødvendige informationer om behandlingsmuligheder og viden fra borgeren, som kan have betydning for, at de sammen kan nå frem til den rigtige beslutning. Det er en proces, hvor begge parter er eksperter og derfor ligeværdige. Fælles beslutningstagning er således en proces, der ender med, at både borgeren og den sundhedsprofessionelle tager ansvar for den rigtige beslutning.

For at der kan være tale om fælles beslutningstagning, må der være noget at vælge imellem rent behandlingsmæssigt. Fordi vi taler om sundhedsvæsenet, skal der være en stort set ligeværdig evidens for de oplistede muligheder.

Indførelse af fælles beslutningstagning som borgerinddragende princip nødvendiggør, at lederne i sundhedsvæsenet påtager sig rollen som kulturbærere for forandringen, og aktivt understøtter en tænkning, der sætter borgeren i centrum.

Beslutningsstøtteværktøjer

For at støtte den fælles beslutningstagning kan der bruges konkrete metoder og redskaber – såkaldte beslutningsstøtteværktøjer. Mange studier har vist, at beslutningsstøtteværktøjer mindsker brugen af dyr behandling med tvivlsom effekt, og derfor kan brugen af dem være ressourcebesparende. Værktøjerne skal præsentere evidensbaseret information om de tilbudte behandlingsmuligheder, der kan vælges iblandt. Beslutningsstøtteværktøjerne kan have form af forberedelseskemaer, videoer eller andre visuelle kommunikationsmidler. Formålet er at støtte borgeren



ren, når han/hun skal vægte fordele og ulemper ved den enkelte behandling. Dette gøres ved at beskrive behandlingsmulighederne i detaljer, så borgeren kan forestille sig, hvordan det vil være at opleve de fysiske, følelsesmæssige og sociale konsekvenser.

Et beslutningsstøtteværktøj giver en struktureret vejledning i de enkelte trin i beslutningstagningsprocessen, samt i hvordan der kan tales om præferencer med andre (for eksempel læge, familie, venner). For den sundhedsprofessionelle medvirker beslutningsstøtteværktøjer til at gøre det enklere systematisk at skabe ligeværdige muligheder for at inddrage borgere i beslutningstaging om deres behandling.

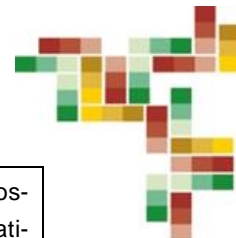
Fælles beslutningstaging er udvalgt som én af to metoder i projektet Det Brugerinddragende Hospital fra Danske Patienter. Desuden har Sundhedsstyrelsen udbudt en pulje på 40 mio.kr. til udvikling af beslutningsstøtteværktøjer til fælles beslutningstaging mellem borger og fagprofessionelle.

Guidet Egen-Beslutning

Guidet Egen-Beslutning er en evidensbaseret metode til fælles beslutningstaging mellem patient og professionel, som bygger på mange års forskning. Et vigtigt støtteværktøj inden for

Guidet Egen-Beslutning er dialogark, som borgeren skal udfylde hjemmefra forud for en samtale med en sundhedsprofessionel eller under samtalen. Denne strukturerede forberedelse gør det overkommeligt – både følelsesmæssigt og tidsmæssigt - at tale om det, der er svært for borgeren i dagligdagen, og som har betydning for borgerens valg og behandling. Arkene indeholder bl.a. ufuldendte sætninger, som borgeren selv skal fuldende, og felter, som borgeren skraverer i forhold til, hvor meget sygdommen fylder i hverdagen.

Region Hovedstaden er i øjeblikket i gang med et udviklingsarbejde i forhold til fælles beslutningstaging gennem brug af metoden Guidet Egen-Beslutning. Udviklingsarbejdet består i at tilpasse og afprøve metoden til behandlingsforløb inden for forskellige specialer. Medarbejdere fra forskellige afdelinger gennemfører et uddannelsesforløb, hvor de træner brugen af metoden både på kursus og i praksis. Der foregår løbende evaluering – både på effekten af arbejdet med metoden, og hvordan en metode som Guidet Egen-Beslutning implementeres bedst muligt. Udviklingsarbejdet munder ud i en model, der kan tilpasses forskellige afdelinger med forskellige behov.



Brug af Fælles beslutningstagning og Guidet Egen-Beslutning

<p>I hvilke sammenhænge kan metoden anvendes?</p>	<p>Fælles beslutningstagning og Guidet Egen-Beslutning kan både anvendes i hospitals- og kommunalt regi. Fælles beslutningstagning anvendes, når der i et patientforløb skal træffes en beslutning, hvor det er særligt vigtigt, at patientens viden, ønsker og behov skal inddrages. Det kan fx være et decideret valg mellem to forskellige behandlingsmetoder, hvor valget af den bedste løsning for den pågældende patient er afhængigt af patientens præferencer. Det kan også være i andre typer af valgsituationer som eksempelvis genoptræningsmuligheder.</p> <p>Guidet Egen-Beslutning fremmer gensidig problemløsning og fælles beslutningstagning. Metoden sikrer, at patienter involveres i mestring af egne sundhedsudfordringer.</p>
<p>Hvor anvendes den i dag?</p>	<p>Fælles beslutningstagning anvendes fx i psykiatrien, hvor app'en Momentum afprøves, og på Ortopædkirurgisk afdeling på Herlev og Gentofte Hospital.</p> <p>Guidet Egen-Beslutning anvendes blandt andet blandt kvinder opereret for gynækologisk kræft på Rigshospital. Herudover gennemfører Region Hovedstaden i øjeblikket et projekt, hvor metoden tilpasses og implementeres for bl.a. patienter med prostatakræft, stomipatienter, palliative patienter, diabetespatienter og patienter i hæmodialyse.</p>
<p>Hvor finder jeg mere info om metoden?</p>	<p>Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - http://patientoplevelser.dk/igangvaerende-undersoegelser/guidet-egen-beslutning-beslutningsstoette-mestring-egen-sygdom - http://patientoplevelser.dk/metode-inspiration/gaa-hjem-moede-faelles-beslutningstagning <p>VIBIS: http://www.vibis.dk/hvad-er-faelles-beslutningstagen</p> <p>Center for Fælles Beslutningstagning: http://www.cffb.dk/</p>
<p>Hvilken effekt har metoden?</p>	<p>Internationale undersøgelser viser evidens for, at fælles beslutningstagning har en positiv effekt på en række områder. Det drejer sig bl.a. om højere grad af inddragelse af patienterne og deraf dels en øget selvtilid blandt patienterne i forhold til valg af behandling, dels højere grad af enighed om fx tilrettelæggelsen af medicinindtag og behandlingsforløb, dels en øget viden blandt patienterne om egen sygdom og behandling og dels højere grad af overordnede tilfredshed blandt patienterne. Herudover ses økonomiske besparelser fx på grund af færre hospitalsindlæggelser og færre tilvalg af operationer, hvor valget er afhængigt af den enkelte patients præferencer. Desuden viser nogle undersøgelser, at brugen af beslutningsstøtteværktøjer øger effekten af fælles beslutningstagning.</p> <p>Guidet Egen-Beslutning er en metode til fælles beslutningstagning mellem patient og professionel, som bygger på mange års forskning. Når Guidet Egen-Beslutning anvendes i en samtale mellem patient og professionel, bliver der skabt en viden i relationen, som medvirker til, at de beslutninger, der i fællesskab træffes i patientforløbet, baseres på både patientens præferencer samt viden om eget liv og den professionelle viden samt erfaring. Målet er i forlængelse heraf, at patienten i højere grad har ejerskab i forhold til beslutningen og dermed også i højere grad handler i overensstemmelse med de planer, der lægges for forløbet.</p>
<p>Hvordan kommer jeg i gang?</p>	<p>Kontakt Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse i Region Hovedstaden for råd og vejledning:</p> <p>Telefon: 3864 9966</p> <p>E-mail: eeb@regionh.dk</p> <p>Web: www.patientoplevelser.dk</p>



Kommuner

2. Koordination med borgeren i centrum

”Model for koordination med borgeren i centrum” er udviklet af Esbjerg Kommune – Sundhed og omsorg og er efterfølgende kvalificeret af MarselisborgCentret. Modellen tager afsæt i WHO’s International klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand (ICF), og de tilhørende udviklet værktøjer understøtter rehabiliteringsarbejdet i praksis. ICF-begrebsrammen giver et fælles og standardiseret sprog til at beskrive og forstå helbred, og hvad der har betydning for borgerens funktionsevne. Funktionsevnen bliver beskrevet ud fra kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter og deltagelse. Det, der har indflydelse på funktionsevnen, er helbredstilstanden (sygdom) på den ene side og på den anden side personlige faktorer og omgivelsesfaktorer (kontekstuelle faktorer).

Ud fra ICF-begrebsrammen er udviklet forskellige værktøjer, der kan understøtte de sundhedsprofessionelles arbejde og inddragelse af borgeren. Værktøjskassen indeholder dokumentationsredskaber, skemaer, modeller og kvalitets sikringsværktøjer. Værktøjskassen indeholder også to konkrete borgerrettede værktøjer; samtalehjulet og spørgeskemaet. Disse to værktøjer er centrale i starten af samarbejdet med borgeren i forhold til at få borgeren som en aktiv samarbejdspartner. Værktøjerne anvendes i behovsvurderingssamtalen, hvor det især er borgerens oplevelse af ressourcer og behov, der udforskes. Udover anvendelse af disse to værktøjer, involveres borgeren i alle faser af forløbet og opnår dermed ejerskab af aftaler, afgørelser, handleplaner og målsætninger undervejs. Spørgeskemaet er primært udviklet til effektmåling, men er

desuden guidende i samtalen i forhold til borgerens oplevelse af udfordringer i hverdagen.

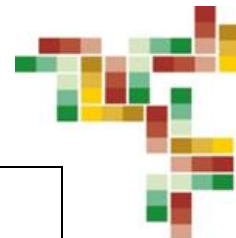
Forløbet i ”modellen for koordination med borgeren i centrum” begynder med en startsamtale ved en koordinator. Ved denne samtale afdækkes behov og ressourcer. På baggrund af afdækningen stratificeres borgeren i forhold til restriktionsevne og kompleksiteten af funktionsnedsættelsen. Stratificeringen er afgørende for den indsats, der efterfølgende tilbydes borgeren. Ved afslutning foretages effektmåling ift. funktionsevnen. Modellen anvendes blandt andet i forbindelse med ”patientuddannelse på tværs af diagnoser” til borgere med kroniske sygdomme. Esbjerg Kommune vurderer, at metoderne med få justeringer kan anvendes overalt i det offentlige system, hvor der er behov for koordination og sammenhæng.

Samtalehjulet

Er et visuelt værktøj, som giver borgere og sundhedsprofessionelle overblik over samtaleindhold. Hjulet indeholder seks overordnede tema, der sikrer, at samtalen kommer hele vejen rundt om ICF’s komponenter, og derved får afdækket ressourcer og behov. Til samtalehjulet medfølger hjælpekort – piktogrammer, der kan gøre det lettere for borgeren at sætte ord på det, borgeren gerne vil frem med.

Spørgeskema

Består af en række positivt ladet udsagn om borgeren indenfor de seks temaer, som også samtalehjulet er bygget op omkring (ICF’s komponenterne). Borgeren scorer sig selv på en skala fra 0-10, hvorvidt borgeren oplever, at udsagnet passer eller ikke. Derigennem afdækkes borgerens oplevelse af ressourcer og begrænsninger.



Brug af Koordination med borgeren i centrum

<p>I hvilke sammenhænge kan metoden anvendes?</p>	<p>Metoden er udviklet med afsæt i ICF, der er en tværfaglig og tværsektoriel begrebsramme. Metoden er anvendt til borgere med påvirket helbredstilstand, der har en eller flere kroniske sygdomme og er i kontakt med den kommunale rehabiliteringsinstans.</p>
<p>Hvor anvendes den i dag?</p>	<p>I en række især jyske kommuner i forbindelse med forløbsprogrammer for rehabilitering af borgere med kroniske sygdomme, blandt andet Esbjerg, Viborg og Sønderborg. Det er besluttet, at 6-kommune-samarbejdet i fællesskab vil arbejde videre med metoden. Metoden er ligeledes ved at blive oversat til engelsk og hollandsk på baggrund af stor interesse fra disse lande.</p>
<p>Hvor finder jeg mere info om metoden?</p>	<p>http://dinsundhed.esbjergkommune.dk/om-sundhed/arrangementer/tidligere-arrangementer/model-for-koordination-med-borgeren-i-centrum.aspx Her findes links til beskrivelse af modellen, samt udviklings- og valideringsarbejde i samarbejde med Marselisborgcentret.</p>
<p>Hvilken effekt har metoden?</p>	<p>En forskningsbaseret opkvalificering af metoden i samarbejde med Marselisborgcentret viser, at metoden ikke egner sig til at måle rehabiliteringsoutcome. Metoden er verificeret i forhold til ICF og kan understøtte, at borgerens samlede helbredstilstand afdækkes, samt at borgerens behov og ønsker for rehabiliteringsindsatsen også afdækkes. Der pågår lige nu et fortsat udviklingsarbejde i Esbjerg Kommune i forhold til at erstatte stratificeringen med "lyskurve" med grøn, gul og rød vurderinger, hvor det er borgerens egenvurdering af målopnåelse, der er i fokus - også i forhold til effekten.</p>
<p>Hvordan kommer jeg i gang?</p>	<p>Kontakt Leder af Esbjerg Sundhedscenter Susanne Terkelsen, Esbjerg Kommune, der har afholdt en række inspirationsdage for andre kommuner og interesserede. Telefon: 7616 3442 E-mail: suter@esbjergkommune.dk</p>

3. Den 'norske model': Hvad er vigtigt for dig?

Det norske Kunnskapssenteret har gennem de seneste år haft ejerskabet for en stor national satsning, som har haft til opgave at udvikle det gode borgerforløb i kommunen. Ni norske kommuner og to danske kommuner (Ballerup og Frederikssund Kommune) har i periode 2014-2015 mødtes i et læringsnetværk (ved fire møder), hvor formålet med deltagelsen har været at få støtte til at styrke det gode borgerforløb samt udveksle erfaringer og læring herved.

At styrke det gode borgerforløb handler om at udvikle samarbejdet og mødet mellem borger og den sundhedsprofessionelle. "Hvad er vigtigt for dig" står som en central metode i dette arbejde for at understøtte samarbejdsrelationen. Det handler om at flytte fokus fra "Hvad er i vejen med dig/ hvad kan jeg hjælpe dig med?" til at stille spørgsmålet "Hvad er vigtigt for dig?".

Sammen med spørgsmålet har de medvirkende norske kommuner arbejdet systematisk med at implementere interviewguide for *pasientspesifikk funksjonsskala*, som er udviklet af Kunnskapssenteret. Interviewguiden har til formål at afdække, hvad der er vigtigst for borgeren og herved synlige funktionsforbedringerne. Interviewguiden er en kortere udgave af det validerede interviewværktøj Canadian Occupational

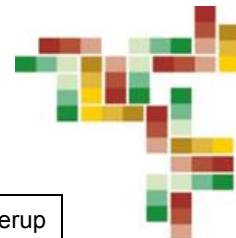
Performance Measure, som vurderes for omfattende at benytte.

De medvirkende norske kommuner har med stor succes for både sundhedsprofessionelle og borgere de sidste to år afholdt "Hvad er vigtigt for dig"-dag den 4. juni. Med det formål, at de sundhedsprofessionelle inddrager spørgsmålet i dialogen med borgeren, og herved at spørgsmålet danner fundamentet for samarbejdet og indholdet heri.

De norske erfaringer med brugen af spørgsmålet viser, at spørgsmålet medvirker til at fremme borgernes oplevelse af mestring i hverdagens aktiviteter, hvor borgerne genfinder egne kræfter til at arbejde sundhedsfremmende i eget liv. Spørgsmålet har medvirket til at give den rigtige retning for og skabe effekt af indsatsen for den enkelte borgers rehabiliteringsforløb.

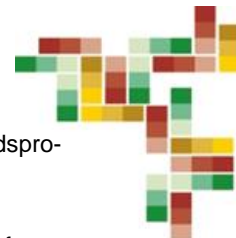
Spørgsmålet har også medvirket til at skabe større bevidsthed hos de sundhedsprofessionelle om borgernes ønsker og behov, ikke kun på selve "Hvad er vigtigt for dig"-dagen, men ved at der generelt tages udgangspunkt i spørgsmålet ved alle borgerbesøg. Gennem svarene får den norske helsetjeneste vigtige informationer om områder/aktiviteter og kan igangsætte tiltag, som giver oplevelse af mestring.





Brug af 'Den Norske Model' - med afsæt i erfaringer i Ballerup Kommune

<p>I hvilke sammenhænge kan metoden anvendes?</p>	<p>Spørgsmålet "hvad er vigtigt for dig" anvendes af medarbejderne i Ballerup Kommune i team Aktivt hverdagsliv ved deres første besøg hos borgeren. Her bruges spørgsmålet som en kvalitativ metode ved den helhedsorienterede udredning til at skabe et grundlag for den målsætningsplan, der skal arbejdes efter i rehabiliteringsforløbet. Udredningen har til formål at afdække borgerens livshistorie og ressourcer i forhold til den aktuelle situation ved brug af spørgsmålet "Hvad er vigtigst for dig?"</p> <p>Metoden anvendes også på flere andre område, både af dem, der arbejder med forebyggende hjemmebesøg, og demenskoordinatorerne.</p>
<p>Hvor anvendes den i dag?</p>	<p>Ballerup kommune – se ovenstående</p>
<p>Hvor finder jeg mere info om metoden?</p>	<p>Ballerup Kommune har hentet inspiration fra Norge ved deltagelse i "Læringsnetværk for at udvikle gode patientforløb". Der kan hentes mere inspiration omkring arbejdet med spørgsmålet og interviewguiden (PFSF) her: www.kunnskabssenteret.no samt på www.patientsikkerhed.dk – her er der bl.a. et link til en artikel fra den 3. juni 2016: http://patientsikkerhed.dk/sundhedsvaesenet-spoerger-vigtigt-dig/.</p> <p>I England arbejder de med spørgsmålet: "What matters to you" http://www.ihl.org/Topics/WhatMatters/Pages/default.aspx</p>
<p>Hvilken effekt har metoden?</p>	<p>Ballerup Kommunes erfaringer er, at spørgsmålet medvirker til at belyse og komme bedre omkring, hvad der er den bagvedliggende årsag til borgerens henvendelse til kommunen om støtte og hjælp. Specielt for de borgere med funktionstab, som søger om hjælp til rengøring, har kommunen erfaret, at den reelle henvendelsesgrund ofte kan handle om at få støtte til at danne netværk eller genoptage tidligere sociale aktiviteter frem for rengøringshjælp. Her har spørgsmålet også en meget vigtig motiverende faktor, idet det har fokus på håbet, drømmen og de værdier, der er vigtige for den enkelte.</p> <p>Der er ikke lavet nogen egentlig evaluering af metoden i forhold til effekten af spørgsmålet. Generelt er det Ballerup Kommunes erfaring, at spørgsmålet medvirker til en kulturændring i forhold til at gå fra den mere problemorienterede tænkning i "Hvad er der i vejen med dig?" til et mere løsningsorienteret og brugerinddragende fokus, "Hvad er vigtigst for dig?"</p>
<p>Hvordan kommer jeg i gang?</p>	<p>Det kan anbefales at starte i 'små-skala', (dvs. en medarbejder afprøver metoden og vender tilbage til teamet, herefter udvides til en gruppe af medarbejdere, et større team osv.) med udgangspunkt i forbedringsmetoden. Ved hver afprøvning evalueres der på anvendelsen af spørgsmålet, og praksis tilpasses løbende med den nye viden, der opnås.</p> <p>Kontaktperson i Ballerup Kommune: Tina Frederiksen Telefon: 4175 0349 E-mail: tinf@balk.dk</p>



Almen praksis

Almen praksis' kerneopgave rummer både sygdomsspecifikke og ikke-sygdomsspecifikke elementer. Det ikke-sygdomsspecifikke er en væsentlig del af tilbuddet i almen praksis, fx håndtering af borgernes bekymringer samt styrkelse af borgernes mestringsevne og tiltro til egen formåen. Konsultationer sker i langt de fleste tilfælde efter borgernes anmodning. Borgerne henvender sig, når de har et sundhedsrelateret problem, som de ønsker den sundhedsprofessionelles hjælp til. Dette giver en unik mulighed for at finde løsninger, som borgerne føler sig medinddraget i.⁵

Uanset anledningen til et møde mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle (ny henvendelse, opfølgning på tidligere konsultation, udredning, kontrol af kendt sygdom eller tilstand osv.), så er det kun i de mest akutte tilfælde, at der kun er én mulig løsning i situationen. Der er således oftest flere mulige løsninger, og der vil være mulighed for, at borgerens ønsker og behov afgør, hvilken løsning der vælges.

4. Konsultationsprocessens 9 F'er

Læge-patientforholdet og konsultationsprocessen har været genstand for forskning gennem årene. Der undervises heri både præ- og postgraduat. Gennem næsten 25 år har der været afholdt ugekurser i Konsultationsprocessen for praktiserende læger.

Metoden stimulerer til ligeværdig dialog mellem borger og den sundhedsprofessionelle, og til at borgeren er aktiv part.

En styrkelse af det aktive samarbejde med borgerne vil kunne ske ved at arbejde med denne velafprøvede og udbredte metode.

Modellen består af tre dele: borgeren, den sundhedsprofessionelle og en fælles del. I borgerens del sætter den sundhedsprofessionelle sig ind i borgerens tanker om problemet. Først i den sundhedsprofessionelles del spørges ind til symptomerne. Borgerens del omfatter:

- Borgerens beskrivelse af helbredsproblemet og især overvejelser omkring det
- Hvad helbredsproblemet betyder for borgeren og eventuelle bekymringer

- Hvad borgeren har brug for den sundhedsprofessionelles hjælp til.

De forskellige elementer, der er omfattet af metoden, kan hver især relateres til "et F", og i den enkelte konsultation vil det være forskelligt, om alle F'er skal indeholdes, og hvorledes vægtningen skal være. Det er således ikke en kagebog, der skal følges slavisk.

Kort om de 9 F'er

1. Før (borgerens forberedelse til konsultationen): borgerens overvejelser omkring lægehenvendelsen.
2. Forholdet – relationen mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle. Den sundhedsprofessionelle er bevidst om at vise borgeren, at denne er klar til at tage imod og lytte. Den sundhedsprofessionelle signalerer, at denne gerne vil hjælpe. Det er her, den sundhedsprofessionelle skal være opmærksom på ikke at afbryde borgeren.
3. Forestillinger, forventninger, frygt. Den sundhedsprofessionelle afdækker dette ved uddybende spørgsmål.
4. Forståelse. Den sundhedsprofessionelle resumerer, hvad borgeren har fortalt. Borgeren og den sundhedsprofessionelle laver en kontrakt omkring det videre forløb i konsultationen.
5. Fordybelse og forklaring. Den sundhedsprofessionelle spørger ind til borgerens sygehistorie.
6. Forhandling.
7. Forhindre/fremme. Borgeren og den sundhedsprofessionelle afdækker sammen, hvad der henholdsvis kan forhindre og fremme, at den plan de sammen er kommet frem til, kan gennemføres.
8. Følge op. Aftale eventuel ny konsultation, eller hvorledes borgeren skal forholde sig, hvis det går anderledes end aftalt.
9. Farvel. Refleksionens øjeblik. Gik konsultationen tilfredsstillende? Hvad er der eventuelt brug for før næste borger?

Se mere info her, link til: Vejledning i konsultationsprocessen, Jan Helge m.fl. (2010)

⁵ Uddrag fra Praksisplanens indledning

Brug af de 9 F'er

I hvilke sammenhænge kan metoden anvendes	Alle kontakter mellem sundhedsprofessionel og borger
Hvor anvendes den i dag	Mange praktiserende læger har været på kursus og arbejder efter metoden.
Hvor finder jeg mere info om metoden	Se link herunder
Hvilken effekt har metoden	Øget opmærksomhed på aktivt samarbejde med borgeren
Hvordan kommer jeg/vi i gang med at bruge metoden	Der kan læses mere om metoden på nedenstående link. Det kan desuden undersøges på sigt, om KAP H kan udvikle et tilbud om metoden til supervisionsgrupperne.

5. Patientråd

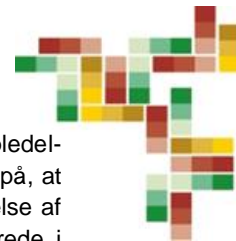
Nogle almen praksis har fundet det inspirerende at arbejde med såkaldte Patient-råd. I tråd med skolebestyrelser og menighedsråd er tanken, at især store praksis kan komme tættere på borgernes ønsker herigennem. Patientrådet kan

høres, når ændringer i organiseringen af forskellige aktiviteter planlægges. Desuden kan der lægges op til, at medlemmer af patientrådet kan sætte punkter på dagsorden til de faste årlige møder.

Brug af patientråd

I hvilke sammenhænge kan metoden anvendes	Organisatorisk udvikling i enkelte praksis
Hvor anvendes den i dag	Enkelte almen praksis – omfang ukendt
Hvor finder jeg mere info om metoden	http://www.practicus.dk/flx/artikler/?m=showArticle&aid=189
Hvilken effekt har metoden	Aktivt samarbejde med borgerne på organisatorisk niveau
Hvordan kommer jeg/vi i gang med at bruge metoden	Der kan læses mere om metoden i ovenstående link til artiklen.





Kapitel 4: Organisatorisk niveau

Oftentimes er det strukturelle og organisatoriske forhold, der vanskeliggør et aktivt samarbejde, idet arbejdet blandt de sundhedsprofessionelle historisk set har været bygget om systemer, hvor borgerne ikke automatisk var deltagere i fx behandlingskonferencer, morgenmøder etc.

Det samme gælder de strukturelle forhold omkring arbejdstilrettelæggelsen, hvor kontinuitet i behandlingen ofte taber til den almindelige vagtfordeling og uddannelsesmæssige forhold. Derfor er der i arbejdsgruppens arbejde via sundhedsaftalen sat fokus på inddragelse i det organisatoriske arbejde.

KORA (Det Nationale institut for kommunernes og regionernes analyse og forskning) har i deres rapport "Borgernes sundhedsvæsen" (2015), fem klare anbefalinger som forudsætninger for, at det organisatorisk og strukturelt er muligt at lave et inddragende sundhedsvæsen.

Her resumerer arbejdsgruppen de tre af dem:

- **Ledelse og organisation**
Der skal være ledelses- og topledelsesmæssig opbakning og synligt engagement og handlinger om at gøre borgeren til partner i mødet med sundhedsvæsenets ydelser. Der skal sikres rum og strukturer, der kan sikre, at borgeren bliver en aktiv samarbejdspartner i organisatorisk udvikling og beslutning.
- **De strukturelle forhold og tilgængeligheden skal være i orden**
Tilgængelighed skal her forstås både konkret og i overført betydning. Der skal være let adgang, ligesom det er vigtigt at møde åbne og professionelle personaler. Hjemmesider, telefontider, etc skal være i orden.
- **Brug borgernes feedback**
Borgernes feedback er grundlaget for dialog. Feedbacken bør være en naturlig del, både i den konkrete og i den direkte individuelle behandling, men den organisatoriske indflydelse fra borgerne skal også systematiseres gennem feedback-systemer.

Forskellige metoder

Sikring af den organisatoriske involvering af borgerne kan ske gennem kendte metoder som lederrunder, patientfeedbackmøder, borgerråd/paneler og deltagelse af borgerrepræsentanter i beslutningsfora.

På den kulturelle front er ledelsen og topledelsen nødt til at gå forrest i deres insisteren på, at aktivt samarbejde med borgeren og styrkelse af dennes mestringsevne skal være integrerede i måden, som sundhedsvæsenet udvikles på. Både den individuelle behandling, men også i selve organisationerne, uanset om der er tale om en praksis, en kommune eller et hospital.

De strukturelle og tilgængelighedsmæssige forhold kan fx være i form af drop in, bedre ventetidsinformation, tydelig og forståelig skiltning og interaktive hjemmesider. Aktive bookingsystemer, hvor borgeren selv kan deltage og booke sine tider, vil formentlig i de kommende år blive et alment krav fra borgerne.

Metoder til borgerfeedback er forsøgt forskellige steder, men det bør være en integreret del af arbejdsformen i såvel det individuelle behandlingsarbejde som i udviklingen af de organisatoriske forhold. Der kan her være tale om særlige feedbackmøder, men det er også et spørgsmål om at integrere borgerperspektivet i eksisterende mødefora.

Det vigtigste omkring organisatorisk inddragelse er - ligesom med den individuelle inddragelse - at det ikke bør være en *begivenhed* at inddrage borgerperspektivet, men at et godt partnerskab indebærer alle perspektiver, der er kvalificerende for beslutningsprocesser og for udviklingen.

6. Tre anbefalinger

- **Der bør være borgerinddragelse i alle mødefora, hvor borgerperspektivet er relevant og kvalificerende. Det kunne være en del af de komiteer, der findes på hospitalerne og i samordningsudvalg, ved nybyggerier etc.**
- **Der bør arbejdes med systematisk borgerfeedback i udviklingen af alle tre sektors indsats**
- **Der bør ledelsesmæssigt sikres fokus på og støtte til indsats, der styrker og inddrager borgerperspektivet**

Som en del af sundhedsaftalearbejdet vil det være et første skridt at invitere borgerrepræsentanter med som faste deltagere i det tværsektorielle arbejde i samordningsudvalgene.