

**Samvalg – udvikling af beslutningsstøtte
i en kommunale kontekst**

INDHOLDSFORTEGNELSE

1	Identifikation	3
2	Organisation	4
3	Samarbejde	6
4	Projektgruppen	10
5	Økonomi	13
6	Udvikling af beslutningsstøtteværktøjet	14
7	Proces og tidsplan	19
8	Projektets relevans og opnåede resultater	22
9	Plan for implementering	34
10	Andre forhold	39
11	Bilag	45

1 Identifikation

- 1.1 Slutrapport for: Projekt: ”Samvalg – udvikling af beslutningsstøtte i en kommunal kontekst”
- 1.2 Udfyldt af: Projektleder Tove Sommer og Studentermedhjælper Karina Lorenzen
- 1.3 Dato:

2 Organisation

2.1 *Beskriv projektorganisationen.*

2.2 *Har der været opbakning til projektet fra relevante beslutningstagere? Hvorfor/hvorfor ikke?*

Projektet er fra start organiseret med en styregruppe, en projektgruppe samt hørings- og inspirationsgrupper bestående af brugere, forstået som både borgere og sundhedsfaglige.¹

Styregruppen i projektet består af Sundhedschefen, leder af de trænende terapeuter, leder af Sundhedshuset i Svendborg Kommune samt projektlederen.

Projektgruppen består af fire frikøbte sundhedsprofessionelle, som alle arbejder med forebyggelsestilbud samt projektlederen.

Undervejs i projektet er der sket organisatoriske tilpasninger ud fra projektets vilkår. Fra oktober til marts 2016-17 er et sundhedshus i Svendborg etableret. En ny leder er ansat, og som noget nyt samles ledelsen af alle de faggrupper, der arbejder med forebyggelse og rehabilitering til borgere over 18 år i Svendborg Kommune.

Da projektet tager udgangspunkt i målgruppen ”Mit liv’ – tilbage til hverdagen”, påvirker denne omorganisering løbende relevansen for de forskellige styregruppemedlemmer. Det er en af begrundelserne for, at styregruppen ikke supplerer sig med repræsentation af brugere fra fase I eller Langeland Kommune midt i fase II, hvor projektet inkluderer forebyggelsestilbud på Langeland Kommune. Til gengæld aftaler styregruppen internt, at de så vidt muligt vil deltage på de løbende workshops, hvor forskellige brugergrupper deltager.

De fire frikøbte medarbejdere har været frikøbt 3 dage om måneden fra 1.1.17- 1.3.18, jf. proces- og tidsplan. Altså blev de først udpeget undervejs i fase I. I planlægningsfasen bestod projektgruppen derfor af konsulentfirmaet Innocate, projektlederen og til dels ViBIS (Videnscenter for brugerinddragelse). Sidst nævnte med sparring og oplæg på workshops. Innocate har fra starten haft en tydelig rolle i projektgruppen med afdækning, analyse, udvikling og tilpasning af værktøjer indtil fase II. UCL (University College Lillebælt) bidrager med litteratursøgning på effekt af sundhedsydelse, teoretisk balast bag værktøjerne samt løbende kompetenceudvikling af

¹ Borgere henvist til rehabiliteringsindsatsen ’Mit liv – tilbage til hverdagen’ (’Mit liv’) i Svendborg Kommune’’ med kræft, diabetes, KOL og/eller hjerte-karlidelse, hvis forløb samtidig kompliceres af angst, stress, let depression og/eller fysiske smerter. Sundhedsfaglige i Sundhedshuset, der beskæftiger sig med kommunal forebyggelse og sundhedsfremme.

medarbejderne. UCL har ikke haft fast plads i projektgruppen men deltaget ad hoc ud fra projektets behov den sidste del af projektet.

Inddragelse af borgerperspektiver i processen blev i planlægningen valgt som gennemgående grupper, der ville blive inviteret ind til løbende høring og inspiration. I dialog med ViBIS blev dette undervejs tilpasset, så der på de afholdte workshops i alle faser af projektet var deltagelse af brugere, forstået som både nye og gennemgående medarbejdere og borgere. Dette for at sikre, at deltagelse på de afholdte workshops hver gang var rettet mod formålet med dagen. Deltagerne på de forskellige workshops blev borgere, sundhedsfaglige medarbejdere og konsulenter blandet og hver for sig (bilag 1).

3 Samarbejde

3.1 Hvem var/er projektets centrale aktører (med centrale aktører forstås regionale eller kommunale aktører, som bidrager til eller påvirker projektets gennemførelse)?

3.1.1 Hvordan fungerede samarbejdet mellem de centrale aktører i projektet (fx i forhold til kommunikation, arbejdsdeling og beslutningskompetencer)?

Projektets centrale eksterne aktører har først og fremmest været borgere og sundhedsfaglige. Til at facilitere og teoretisk understøtte projektets gennemførelsen har der været indgået aftaler fra følgende eksterne konsulenter, videns- og uddannelsesinstitutioner; Innocate, ViBIS og UCL. Undevejs har andre kompetencer også været inviteret ind, såsom udvikler af it-løsninger og apps til særligt sundhedssektoren; 'Medware' samt grafiske designer og illustratører til udvikling af visuelle forklarende billeder til brugerne; 'Kolding Designskole' og 'Sidseldraws'. De primære eksterne aktører har været inddraget på forskellige tidspunkter og af forskellig varighed i projektprocessen, jf. tidsplan afsnit 7. Arbejdsfordelingen har her været indskrevet og fordelt fra projektets start men tilpasset undervejs ud fra, hvad der gav bedst mening.

Innocate er hovedaktør på fase I og II. De foretager det antropologiske feltarbejde i fase I (planlægningsfasen). Udviklingen af BSV (beslutningsstøtteværktøj) i fase II (udviklingsfasen) er baseret på det antropologiske feltarbejde med udgangspunkt i målgruppen for 'Mit liv' og foregik i et fire-dages forløb (SPRINT) med projektgruppen. SPRINT-forløbet resulterede i udvikling af fire nøgleord fra feltarbejdet: *Partnerskab, Individualisering, Tydelighed og Systematisk feedback*, som projektets tre koncepter er udviklet fra. "Beslutningernes rejse" er en udledt overskrift af det antropologiske feltarbejde for "fælles beslutningstagning"², da effekt og oplevelsen af sammenhæng udspringer af mange løbende beslutninger. "Beslutningernes rejse" er samlet i en paraply, som præsenterer de tre koncepter; Individuel indgang, Samlet overblik og Systematisk feedback. Til hvert koncept er der tilknyttet specifikke værktøjer til støtte af samt sparring med borgeren. Koncepterne er kort beskrevet under Udvikling af Beslutningsstøtteværktøj.

² Fælles beslutningstagning er en systematisk proces for samarbejdet mellem bruger og sundhedsperson, hvor sundhedspersonen deler sin sundhedsfaglige viden med brugeren, og borgeren deler sin viden om sit liv med sygdommen og sine præferencer, behov, situation mv. Gennem dialog skal de to parter sammen finde frem til, hvilken behandling, der er bedst for brugeren. Dialogen kan styres og gøre lettere tilgængelig for brugeren ved hjælp af et beslutningsstøtteværktøj. Læs mere på www.vibis.dk

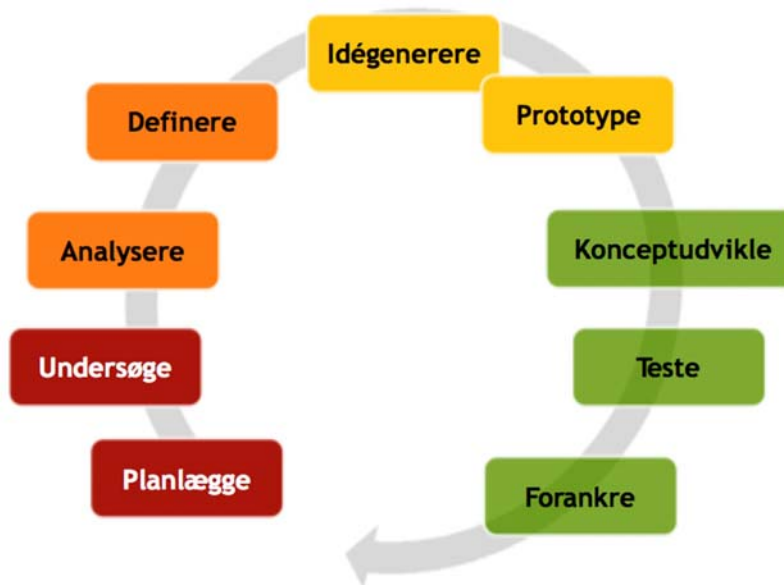


Figur 1: "Beslutningernes rejse"

De tre koncepter har til formål at støtte op om borgerens *overblik*, *indsigt* og *erkendelse* – og dermed om motivation og lyst. Støttet af en intention om at afdække et billede af borgerens overblik, indsigt og stadie af erkendelse, bliver det et udgangspunkt for projektets 5 følgende leverancer:

1. Udvikling af 'Beslutningsstøttekoncept'.
2. Brugerinddragelse af både borgere og sundhedsfaglige.
3. Uddannelse af frikøbte sundhedsfaglige i brugerinddragelse.
4. Evaluering med peer-review fra UCL.
5. Implementering bredt i Sundhedshuset.

Udviklingen af BSV trækker på principper fra *Design Thinking*, som er en tilgang, der indebærer en ikke-lineær proces med helhedsorienteret analyse af problemet samt udforskning af mange forskellige mulige løsninger før udvikling og implementering af en endelig løsning. En proces som kræver, at den udøvende designtænder formår bevidst at skifte mellem divergent og konvergent tænkning. Indsigt i og nysgerrighed på menneskers behov, adfærd og kontekst er afgørende for at kunne kvalificere både problemforståelse og udvikling af nye meningsfulde og værdiskabende løsninger. Det betyder, at borgerne og de sundhedsfaglige medarbejdere har en afgørende rolle i identificeringen af problemstillinger samt udviklingen af et koncept, der imødekommer disse. Innocate har desuden haft en aftalt rolle i evalueringen, hvor de har udført og opsamlet en kvantitativ måling på de enkelte værktøjers relevans og brug.



Figur 2: Proces-spiral anvendt over hele projektperioden.

UCL har været med i perioden august 2017-januar 2018. UCLs rolle og engagement i projektet har været at levere review³ på den sidste del af udviklingsprocessen omhandlende testning og forankring af værktøjerne med tilhørende kompetenceudvikling af sundhedsfaglige for at understøtte mindset og kultur for brugerinddragelse.

UCLs leverancer har i sin helhed haft brugerinddragelse som overordnet omdrejningspunkt, hvor hensigten med leverancerne har været at tage udgangspunkt i perspektivet om, hvordan både borgere og sundhedsprofessionelle udvikler overblik, indsigt og erkendelse (bilag 4).

ViBIS har bidraget med viden, inspiration, fortolkninger, referencer og sparring ud fra forståelsen af tre målgrupper med hver deres karakteristika; det individuelle, det organisatoriske og pårørende. Projektet har fra start fravalgt pårørendeperspektivet, da det blev for omfattende i dette projekt. For individuel og organisatorisk niveau har ViBIS følgende definition på brugerinddragelse⁴:

"Individuel brugerinddragelse er patientens og de pårørendes inddragelse i eget forløb. Det er vidensdeling mellem brugeren og den sundhedsprofessionelle, så brugernes præferencer, behov og kendskab til egen situation bliver afdækket."

"Organisatorisk brugerinddragelse er inddragelse i kvalitetsudviklingen af sundhedsvæsenet. Det kan ske ved at inddrage brugere som repræsentanter for brugerperspektivet i processer af betydning for organisering, udvikling og evaluering af sundhedsvæsenet."

Langeland Kommune blev indskrevet som en case i projektet i slutningen af fase II, det vil sige lige inden afprøvningen. Dette gav mulighed for at få erfaring med beslutningsstøtteværktøjerne i en anden kontekst og på andre vilkår. Det har bidraget med input og perspektiver for den generaliserbare læring i projektet. For Langeland Kommune har det bidraget med

³ Review skal i denne sammenhæng forstås som en kritisk, undersøgende tilbagemelding og opbakning i forhold til udvikling og casehandling mhp. læring og praksisudvikling

⁴ <https://danskepatienter.dk/vibis>

brugerinddragelsesperspektivet for en forestående organisationsændring i kommunen. En nærmere beskrivelse findes under 'Plan for Implementering'.

3.2 *Beskriv barrierer og/eller incitamenter for de centrale aktørers deltagelse i projektet.*

Det har været spændende at arbejde med tre eksterne aktører, Innocate, ViBIS og UCL, som i princippet er "konkurrenter" på det private udbud af kompetenceudvikling og processtyring. Det har betydet en del afstemning af forventninger mellem eksterne aktører og projektets leverancer og budget. ViBIS har været en gennemgående aktør, mens Innocate og UCL har haft overlappende leverancer.

Brugerinddragelse i en kommunal kontekst har været en innovativ udfordring mellem de tre eksterne leverandører og kommunerne. Læringen er, at dette er en tidskrævende proces, som kræver stor løbende koordinering og opmærksomhed.

For de centrale leverandører har udfordringen ligeledes været at mødes om brugerinddragelse og beslutningstøtte, med et forskelligt udgangspunkt og fokus fra henholdsvis en kommunal og sygehus kontekst. ViBIS er et videnscenter, som har afsæt i foreningen 'Danske Patienter', hvor patientperspektivet er udgangspunktet. UCL og Innocate har arbejdet med sundhedspædagogik, hvor brugerinddragelse er implicit men ikke udviklet med den systematik, som ViBIS lægger ind i sin definition og forståelse.

4 Projektgruppen

I det følgende stilles en række spørgsmål om projektgruppen: Med projektgruppen forstås den medarbejdergruppe, der er nedsat med det formål at sikre den praktiske gennemførelse af projektet.

4.1 *Var alle nødvendige ledelsesniveauer i forhold til at gennemføre projektet tilstede i styregruppen? I modsat fald, hvad gjorde I for at sikre organisatorisk gennemslagskraft?*

Styregruppen afspejlede fra start organiseringen, men da den, som nævnt under Organisering, havde vanskeligt ved at prioritere organisatorisk brugerinddragelse grundet nødvendig fokus på etablering af sikker daglig drift i det nystartede Sundhedshus, blev projektgruppen med de eksterne konsulenter det bærende element i projektet. Dette havde betydning for, om styregruppen fandt det relevant at inkludere brugere i styregruppen. Ovenstående var også afgørende for, at projektet ved sidste tilretning af værktøjerne inviterede Langeland Kommune ind på lige fod med Svendborg i kompetenceudvikling og sparring med projektleder. Dette samarbejde var i høj grad båret af projektleder og to medarbejdere fra Langeland Kommune.

4.2 *Var alle nødvendige kompetencer i forhold til at gennemføre projektet tilstede i projektgruppen? I modsat fald, hvad gjorde I for at sikre de nødvendige kompetencer?*

Projektet er båret igennem i et tæt samarbejde mellem projektleder og fire gennemgående frikøbte medarbejdere fra Sundhedshuset. Det har betydet, at de frikøbte har haft en tydelig rolle i projektets tre faser; afdækning, udvikling af værktøj og kompetencer samt evaluering med implementering og udbredelse.

Selvom to af de fire frikøbte i perioder har måttet gå fra til andre opgaver, står ejerskabet tydeligt. I projektet har UCL bidraget ad hoc i projektgruppen med udvikling af en teoretisk funderet og genkendelig feedback-model samt under kompetenceudvikling bredt i Sundhedshuset og med Langeland Kommune inden og under afprøvningen.

Konstateringen af at de øvrige medarbejdere i Sundhedshuset i forskellig grad har kunnet prioritere deltagelse i projektet gav et meget forskelligt niveau af indsigt og erkendelse omkring projektets innovationsretninger og teoretiske afsæt. Det betød, at der undervejs blev taget en beslutning om, at tre af de fire frikøbte under afprøvning af værktøjerne indgik i en rolle som ”mentorer” for deres kolleger i Sundhedshuset. Dette blev afgørende for at øge graden af forståelse og omsætning af de udviklede værktøjer i afprøvningen. Desuden har det givet gode erfaringer til de tre frikøbte, som efter projektet i endnu højere grad er klædt på til at kunne definere sig som ”inddragelsespiloter” jf. definition fra ViBIS⁵.

⁵ Kompetenceudvikling for sundhedsprofessionelle, som arbejder med bruger-, borger-, patient- og pårørendeinddragelse i praksis.

4.3 *Var der forhold vedr. projektgruppen (medarbejdernes motivation, jobskifte, organisatorisk omorganisering el. lign.), som påvirkede projektet? I givet fald hvilke, og hvordan påvirkede det projektet?*

Argumentet for frikøb af medarbejdere var med det formål at udvikle vedvarende kompetencer og mindset for brugerinddragelse i Sundhedshuset ud fra nedestående:

- Frirum til at gå i laboratorie og i kreativt værksted
- Konzeptudvikling
- Løbende videns- og erfaringsopsamling med studiebesøg og litteratursøgning
- Konceptafprøvning med data og refleksioner
- Kobling af afprøvning, viden og evidens til fremadrettede anbefalinger for implementering af koncept og brugerinddragelse generelt
- Tilegnelse af kompetencer til brug som tovholder på andre brugerinddragelsesaktiviteter

For medarbejdere og leder har den nødvendige prioritering været opstart af Sundhedshus Svendborg og samling af flere faggrupper og opgaver i det nye Sundhedshus med fokus på forståelse og skabelse af en ny tværfaglig kultur. Udover flytningen var endnu et vilkår for medarbejderne udvikling og implementering af et nyt dokumentationssystem, Nexus, som er udviklet over forår 2017 og efter diverse forsinkelser implementeret i efteråret 2017. Dermed sammenfaldende med afprøvning af de i projektet udviklede værktøjer. Som tidligere omtalt under Organisering har dette haft en betydning for, hvilke muligheder der har været for at sammensætte en bred repræsentation af brugere i styre- og projektgruppen. Ligeledes har det haft en betydning for medarbejdernes mulighed for at prioritere deltagelse på diverse workshops, undervisning og udviklingsmøder, og dermed for implementeringen bredt i Sundhedshuset.

Anbefalinger

- **Frikøb af medarbejdere**

Der anbefales i høj grad frikøb af medarbejdere i projekter, der involverer kultur, arbejdsprocesser og udvikling af konkrete værktøjer. Et frikøb der omfatter analyse, udvikling, afprøvning og evaluering. Det øger ejerskabet ind i huset og støtter hele kulturarbejdet, da de frikøbte bærer deres udviklede 'mindset' med sig ind i driften.

- **Mentorer**

Det kan anbefales at indføre "mentorroller" under afprøvning af konkrete værktøjer. Det giver et naturligt rum og timing for løbende dialog omkring værktøjerne samt en oplevelse hos kollegerne om, at støtten og svarene er lige ved hånden.

- **Inddragelsespiloter**

Det er en anbefaling i forlængelse af frikøb i et brugerinddragelsesprojekt at supplere den erfaringsbaserede kompetenceudvikling i selve projektet med uddannelsestilbud fra ViBIS, som netop har defineret funktionen som 'Inddragespilot'. Denne kombination af det erfaringsbaserede og den mere formelle uddannelse undervejs er helt optimale betingelser for at få funktionen 'Inddragespiloter' implementeret i organisationen som inspiration til en mere brugerinddragende praksis.

Anbefaling om løbende afstemning

En yderligere anbefaling er en aftalt løbende afstemning af ambitionsniveau i projektet med ledelse og andre medarbejdere i huset, således at ambitionsniveau tilpasses andre udviklingstiltag i huset og dermed sikrer betingelserne for meningsfuld prioritering og bred ejerskab i Sundhedshuset.

5 Økonomi

5.1 *Der ønskes oplysninger om forbrug af midler for hele projektperioden, jf. regnskabsinstruksen som fulgte med den oprindelige tilsagnsskrivelse om tildeling af midler til projektet. Oplysninger om forbrug (regnskabet) opstilles på årsbasis og i tabelform overfor budgettet (vedhæftes som bilag i Excel). Opstillingerne skal være detaljerede og følge de godkendte budgetter. I opfølgningen skal projektets samlede økonomi indgå, dvs. eventuel egenfinansiering skal medtages. Regnskabsoplysninger og budgetoplysninger oplyses i forhold til det senest godkendte budget (oprindeligt eller justeret), således det er muligt at aflæse eventuelle ændringer.*

Vedhæftet slutrapporten er budgetoplysninger og årsregnskab for projektmidler og egenfinansiering med kommentarer, som er stemplet af Revisionen.

5.2 *Er ressourcerne blevet tildelt projektet?*

Ressourcerne er 100 % tildelt formålet med projektet og de aftalte aktiviteter for fase I og II. For fase III har værktøjernes brugbarhed og relevans ført til en justeret plan efter forholdene, der sikrer en meningsfuld proces omkring implementering af både værktøjerne og udvikling af kultur for brugerinddragelse.

5.3 *Beskriv og begrund i slutrapporten eventuelle afvigelser i forhold til det planlagte ressourceforbrug.*

Målsætningen for projektet er med den aftalte forlængelse opfyldt jf tidligere aftale med SST. Årsagen til behovet for forlængelse er kort opsummeret: Hele opstarten blev forsinket med kick-off i SST den 28.9.16, hvorfor projektet er kommet senere i gang, med især betydning for løn til projektleder og frikøb af medarbejdere. Desuden har UCL ikke haft muligheden for at indgå i projektet inden efteråret 2017, hvilket også betyder behov for opfølgende kompetenceudvikling i 2018. Begrænsede muligheder for at prioritere projektet blandt medarbejderne i 2016-17, da flytning til nyt sundhedshus og nyt dokumentationssystem tog fokus. Det har så betydet et behov for en bredere inddragelse af medarbejderne i 2018 og behov for opfølgende kompetenceudvikling.

5.4 *Er der uforbrugte midler, bedes årsag hertil begrundet.*

Formuleres efter sidste regnskabopgørelse ultimo maj.

6 Udvikling af beslutningsstøtteværktøjet

I arbejdet med udvikling af BSV er der taget afsæt i et ”hvorfor”⁶, ud fra tidligere omtalte feltobservationer, workshops og analyser.

Emnet ”Brugerinddragelse” og ”Beslutningsstøtte” bliver fra start mødt med: *”det gør vi da allerede, det en del af vores grunduddannelse i særdeleshed indenfor forebyggelse og rehabilitering”*. Den er hørt både fra medarbejderne i Sundhedshuset, fra ledelsen i Langeland Kommune og fra andre kommuner. Af fokusgruppeinterviews efter afprøvningen fremgår det dog, at læringen er, at der er plads til forbedring på området, især med henblik på en aftalt systematik.

Læringen her er, at medarbejderne udfordres i det at afgive faglig magt til borgeren og oplevelsen af at levere et fagligt tilfredsstillende stykke arbejde, hvilket illustreres af citater herunder fra fokusgruppeinterviews med medarbejdere.

”Jeg laver da meget brugerinddragelse, men gør jeg så det? Det er jo interessant nogle gange at få øjne på et andet sted fra”.

”Ja, for umiddelbart tror man, at vi har meget fokus på brugerinddragelse, men det kan godt være, at der ligger meget mere, som kunne give rigtig meget mening. Som vi ikke har fået fingre i...”.

”Hvad er det vigtigste I tager med?”

”Det er faktisk det her med at være en smule mere systematisk.”

”Brugerinddragelse”, lige præcis dét ord har nogle gange skuret i hovedet på mig, fordi jeg ikke føler, at jeg har kendt de folk [borgere, der går direkte i gang med en aktivitet] ordentligt. Det er jo bare lige ”hej” og ”det vil du”, og så giver jeg det videre til fysioterapeuterne. Det har været sådan lidt... Men det er fordi, jeg gerne vil gøre tingene ordentligt, og det føler jeg ikke, at jeg gør i forhold til fysioterapeuterne. Jeg svigter dem lidt. Og jeg har også haft lidt sure miner fra dem”.

I projektansøgningen var der lavet et forhåndstilsagn fra Langeland Kommune om at indgå i afprøvningen. I fase I var der en kontakt med Langeland Kommune, som ikke på det tidspunkt kunne se sig i en meningsfuld sammenhæng i projektet, mest på grund af andre udviklingsopgaver. Aftalen blev, at projektleder løbende ville orientere lederen af træning og rehabilitering i Langeland Kommune om projektet for på den måde løbende at afstemme relevansen for Langeland Kommune i projektet.

Langeland Kommune deltog på den tværkommunale workshop i foråret 2017, og midt i fase II blev en aftale indgået med Langeland Kommune om at medudvikle og afprøve værktøjerne i Langeland Kommune.

På det tidspunkt lå første prototype af værktøjerne færdig, og Langeland Kommune indgik med to medarbejdere i en proces for tilretning og dialog om forståelsen af værktøjerne, som allerede var planlagt med Sundhedshus Svendborg. Inden afprøvning blev værktøjerne tilrettet Langeland Kommune med logo, tale på filmen og andet. Under afprøvningen har Langeland Kommune

⁶ Projektets ”hvorfor” afspejler drivkraften og eksistensberettigelsen af projektets værktøjer

deltaget på niveau med Svendborg hvad angår sparring, kompetenceudvikling, undervisning og dialog.

6.1 Beskriv kort det udviklede beslutningsstøtteværktøj, herunder hvordan værktøjet konkret ser ud, hvilke faggrupper der har benyttet det, hvem målgruppen er, i hvilken setting, og hvad formålet med værktøjet er? Er der tale om flere beslutningsstøtteværktøjer, beskrives disse.

Projektets primære leverance er at udvikle et beslutningsstøtteværktøj, der understøtter en fælles beslutningstagen omkring valg i sundhedstilbud ud fra følgende spørgsmål:

- ”Hvordan fastholdes borgeren i at være ekspert i sit eget liv”?
- ”Hvordan bliver vi endnu bedre til at støtte borgeren i, at træffe en beslutning om, hvilke tilbud og forandringer borgeren ønsker at gå efter og i hvilken rækkefølge”?

Puljen til udvikling af BSV er inspireret af metoderne ”Fælles beslutningstagen” og ”Brugerstyret behandling”⁷, som er et evidensbaseret udviklingsarbejde mellem hospitaler og ViBIS. Som tidligere nævnt var erfaringen fra ViBIS om beslutningsstøtte i en kommunal kontekst begrænset. Da projektet er det eneste kommunale projekt under denne pulje fra Sundhedsstyrelsen, har dette skabt en lærerig proces med ViBIS, hvor også projektet har bidraget ViBIS med en bredere forståelse fra praksisfeltet via feltarbejde og workshops i projektet samt projektleders deltagelse i en tænketank under ViBIS.

Af det antropologiske feltarbejde, foretaget af Innocate, blev et BSV, bestående af de tre førnævnte koncepter og dertilhørende værktøjer, udviklet. De tre koncepter omfatter en individuel indgang, en samlende mappe og et koncept til opsamling af løbende læring.

- **Individuel indgang for den enkelte borger:**

Der er to muligheder for opstart, der starter med en telefonsamtale, hvor der vælges mellem:

- At gå direkte i gang med en aktivitet eks. kostundervisning eller
- At modtage en uddybende sundhedssamtale som opstart.

For at informere borgeren inden telefonsamtalen er der udarbejdet en animationsfilm, der oplyser om tilbud og valgmuligheder for opstart i Sundhedshuset. Filmen er linket til et brev, der sendes til borgeren.

- **Samlet overblik over et forebyggelsesforløb/rehabiliteringsforløb:**

Alle opstartede borgere får tilbudt en fysisk mappe. Den skal samle et overblik over borgerens forløb og egne aftaler samt støtte til sammenhæng i forløbet gennem inddragelse af samtaleredskaber på tværs af indsatser.

- **Systematisk feedback:**

⁷ <https://danskepatienter.dk/vibis>

Borgeren tilbydes løbende feedback-samtaler for at understøtte egen læring og udvikling i sit forløb ud fra tre coachende spørgsmål, se illustration af ”Beslutningernes rejse”, som borgeren møder i alle sammenhænge og aktiviteter undervejs.

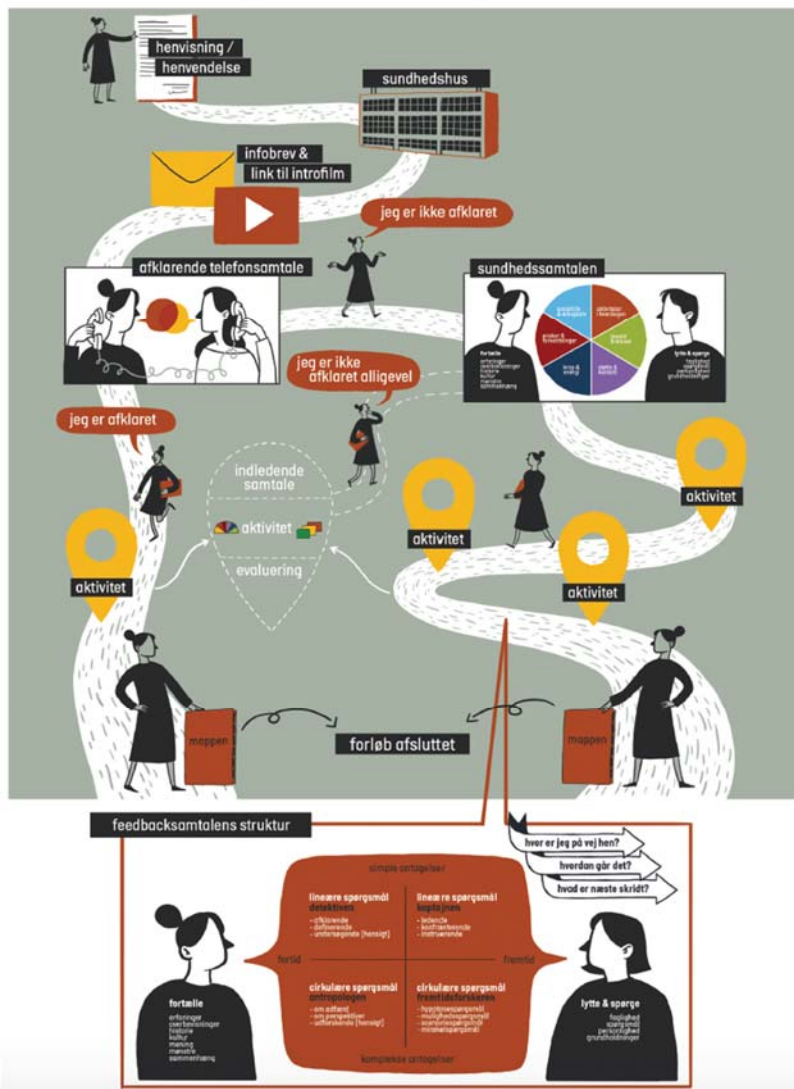
- Hvor er jeg på vej hen?
- Hvordan går det?
- Hvad er næste skridt?

Det sker ved individuelle opfølgende samtaler eller i grupper med bolde og kort som quick feedback. Systematikken ligger i rammen og dermed genkendelighed for brugeren.

Herunder ses en illustration af ”Beslutningernes rejse”, som viser borgerens mulige rejse i et forebyggelsestilbud i Svendborg Sundhedshus. Under rejsen forekommer tre typer af individuelle samtaler mellem borger og medarbejder:

- ”Afklarende telefonsamtale”
- ”Sundhedssamtale”
- ”Feedback-samtale”

Beslutningernes rejse



6.2 Er der sket ændringer i udviklingen af beslutningsstøtteværktøjet i forhold til projektbeskrivelsen? Hvis ja, beskriv disse.

Projektet har 17 delmål (bilag 6). Alle delmål er i det store indfriet, dog er tidsrammen forskubbet ud fra begrundelserne og den detaljerede tidslinje i afsnit 7. Implementering og udbredelse er delvist indfriet med en plan for, at arbejde videre med kompetenceudvikling og kultur for brugerinddragelse. Den nuværende plan rækker ud over projektets aftalte periode, hvad angår arbejdet med et mindset for brugerinddragelse i Sundhedshuset, de frikøbte som inddragelsespiloter samt en integrering af værktøjerne med øvrige processer i Sundhedshuset. Et delmål i fase I omkring identificering af fordele/ulemper ved forskellige sundhedstilbud i Svendborg Kommune har ikke kunnet indfries, da evidens for effekt af systematisk rehabilitering generelt er svag. 'Quickguide' for Nationale kliniske retningslinjer for hjerterehabilitering fra oktober 2013 er vedlagt som dokumentation for dette udsagn (bilag 7). Et andet delmål er integrering med øvrige IT-systemer. Denne proces skal planlægges sammen med øvrige tiltag i Sundhedshuset, som blandt andet er en fortsat udrulning af "fælles sprog III"⁸ og dokumentationssystemet Nexus. En spredning til aktiviteter tværsektorielt var planlagt omkring Region Syddanmarks forløbsprogram for KOL. En aftale med en forløbskoordinator fra Nyborg, som har været med i dette udviklingsarbejde var planlagt, men blev ikke til noget grundet sygdom.

Som nævnt har medarbejdere i Svendborg Sundhedshus i forskellig grad kunne prioritere deltagelse i de planlagte workshops, intro- og dialogmøder samt undervisningen fra UCL. Det betød, at andre kommuner tidligere end planlagt blev inviteret ind i projektet. Projektet havde fra start en intension om et tværkommunalt sigte, så en invitation til sundhedsfaglige fra fire andre kommuner, sammen med de frikøbte og styregruppen fra Svendborg, til en workshop under udvikling af prototypen for beslutningsstøtte, var oplagt. Det gav yderligere bredde på perspektiver og input til generaliserbarheden til andre kommuner og kontekster. Det gav selv sagt ikke øget ejerskabet for udviklingsdelen bredt i Sundhedshuset, hvilket planen for implementeringen tager højde for. Langeland Kommune var repræsenteret ved den tværkommunale workshop. Der blev efterfølgende lavet en aftale med dem om at deltage i kompetenceudvikling og afprøvningen på lige fod med de frikøbte i Svendborg. Resultatet af afprøvningen på Langeland beskrives under 'Projektets relevans og opnåede resultater'.

6.3 Hvor mange deltagere (opgjort på hhv. borgere/pt'er samt sundhedspersoner) er værktøjet afprøvet på?

Værktøjet er afprøvet af 17 medarbejdere i Svendborg Kommune og en medarbejder fra Langeland Kommune. Ligeledes er værktøjet afprøvet med ca. 75 borgere fra Svendborg Kommune og 20 borgere fra forebyggelsestilbuddet i Langeland Kommune. Dette er estimerede tal, da præcise tal ikke kan udtrækkes af det nyopstartede dokumentationssystem Nexus.

⁸ FSIII er en fælleskommunal metode for dokumentation og udveksling af data på social-og sundhedsområdet. Formålet er at bidrage til sammenhæng, kvalitet og effektivisering i den kommunale indsats rettet mod borgeren.

6.4 Er der yderligere information om beslutningsstøtteværktøjet?

En kort afprøvningsperiode har haft betydning for, hvorvidt vi rent faktisk kan tage stilling til, hvad der er relevant og meningsgivende for flere af værktøjerne. Dette gælder især for 'Mappen' med de mange værktøjer samt 'Systematisk feedback'. Læringen er her, at ambitionsniveauet for disse to koncepter skulle have været justeret undervejs. Systematikken kunne have været fastholdt på at introducere borgeren for mappen, men at ark, barometer og andet havde været mere intuitivt i mødet med borgeren. For systematiks feedback kunne det have været afgrænset til de tre spørgsmål uden en systematik for anvendelse af Karl Tomms spørgsmålstyper.

En læring og påmindelse er desuden, at 'Sundhedssamtalen' i sig selv er et tilbud, hvor borgeren er i dialog med en sundhedsmedarbejder i 1-1,5 time med mulighed for at udforske sine egne værdier og præferencer.

Opsummeret læring fra dette afsnit:

- At lægge valgmuligheder ud til borgeren kan give medarbejderen en oplevelse af ikke at kunne gøre sit arbejde ordentligt samt følelsen af at miste faglig magt.
- Først når vi dykker ned i emnet brugerinddragelse, får vi øje på, at der er plads til forbedringer i vores egen organisation og virke.
- Uanset en kort afprøvning, så er der under afprøvningen arbejdet med 'mindset' for brugerinddragelse, hvilket aflæses ved et større fokus på dette for andre processer i huset.
- Sundhedssamtalen og feedbacksamtalen er i sig selv et tilbud, fungerende som en grundig udredende og coachende samtale for borgerens hele situation.

Anbefaling

Det anbefales at være tydelig på dokumentationsdelen inden en afprøvning af et BSV, der dels forstyrrer den enkelte i sin måde at møde borgeren på, dels udfordrer følelsen af faglig magtafgivelse til borgeren, når åbnes op for, at borgeren kan træffe valg, der ikke nødvendigvis har fuld faglig opbakning. Det kan skabe utryghed og forstyrrelser hos medarbejderne, hvis det ikke er helt klart for medarbejderne, hvordan de rent juridisk dokumenterer borgerens fravalg.

7 Proces og tidsplan

7.1 *Er projektets oprindelige tidsplan, herunder de planlagte milepæle, overholdt? Hvis ikke, bedes dette begrundet.*

Tidsrammen for afprøvningen er forkortet, mens processen for implementering og spredning er forlænget. Hele opstarten af projektet blev forsinket af en forskubbet start fra Sundhedsstyrelsen samt efterfølgende sygdomsperiode for projektleder. Afprøvningen blev forkortet af vilkår i Sundhedshuset samt problemer med at få værktøjer i tilfredsstillende kvalitet fra trykkeriet.

Afprøvning af det endelige værktøj blev på 7 uger i Svendborg Kommune og 11 uger i Langeland Kommune.

Der er altså foretaget løbende tidsmæssige justeringer i projektprocessen afhængig af, hvad der var realistisk i perioden.

7.2 *Har der været væsentlige barrierer for projektets fremdrift? Har de haft betydning for projektets resultater?*

Et vilkår i projektets fremdrift har været sammenfald med vilkår i Sundhedshuset sideløbende med afprøvning af værktøjerne. Den korte afprøvning og presset kan have haft en betydning for, at medarbejderne har tilstræbt en merværdi og mening med værktøjerne ud fra, hvad de hver især så muligt. Altså at de ikke har kunnet afse tilstrækkelig tid til at overveje, hvordan de mere omfattende værktøjer kunne bidrage, men har i højere grad taget de simple værktøjer ind, der mindst muligt forstyrrede andre rutiner og processer.

Citater fra fokusgruppeinterviews af medarbejdere:

”At man ikke bare lige suser ind med en mappe under armen, men at man har gjort sig nogle tanker både før og efter. Jeg kunne godt have ønsket for mig selv, at jeg havde haft lidt mere energi til at have det fokus.”

”Det, man har brug for, er tid til at reflektere over alle de nye ting, som man bliver præsenteret for. Hvis man ønsker at implementere tingene, så må man lige reflektere og se muligheder. For mig kommer det ikke bare sådan, mens jeg sidder og lytter.”

Medarbejderne i Sundhedshuset er vant til stor grad af selvledelse, hvilket kan forklare, at der ikke har været fuld systematik og loyalitet i afprøvningen af værktøjerne. Den enkelte medarbejder har i nogen grad selv vurderet værktøjernes egnethed, og dermed hvem værktøjerne blev brugt til. Fra fokusgruppeinterviews synes dette også at være begrundet med lovgivning, kultur, etiske overvejelser og/eller selvledelse.

Citater fra fokusgruppeinterviews med medarbejdere:

”Så den gav...nogle gange sad vi med nogle mennesker...ej, skal de med i det her? Så vi tog også nogle beslutninger om, hvorvidt folk skulle være inkluderet eller ekskluderet i projektet. Så der bestemmer vi så ud fra, hvad vi synes, der var rigtigt.”

”Det er jo meget fast ingroet, hvordan vi skal kontakte borgerne både lovmæssigt og eksempelvis med genoptræningsplan – og det er hurtigst muligt. Inde i maven kan det godt være rigtig svært at være med, og man skal sende et brev, og så ringe dem op, og ”har du så set...” Så det, synes jeg, har været svært. Jeg ved ikke, hvordan jeg ellers skal sige det, men det er den der mavefornemmelse, ”ej jeg har lige brug for, at det her kommer lidt hurtigere i gang”, at det ind imellem har givet noget forsinkelse i forhold til, hvis de også skal have en afklarende samtale eller en sundhedssamtale.”

Anbefaling

- En anbefaling er at arbejde med en fælles forståelse for loyalitet og systematik inden en afprøvning for at samle så meget data som muligt til brug for vurdering af værktøjernes brugbarhed og relevans.
- En anbefaling er også at bringe almene kompetencer så som læringskompetencer ind i arbejdet med kulturen for på den måde at skabe en udviklingsplatform, der baseres på *Design Thinking* med tests, tilpasninger, implementering og forankring af nye tiltag og værktøjer.

Tidslinje for projektprocessen

Projektet består af tre faser centreret omkring konceptudvikling, hvor hovedleverancen er udvikling af et BSV i kommunal kontekst, som illustreres i tabel 1.

- Fase 1: Afklaring, planlægning, feltarbejde
- Fase 2: Analyse, udvikling af koncept, 1. test
- Fase 3: Tilpasning, bredere test, evaluering, implementering, udbredelse og anbefaling

Tidsplan for projekt Samvalg – Udvikling og testning af beslutningsstøtteværktøj i Svendborg Kommune						
Juli 2016	Efterår/Vinter 2016-17	Forår 2017	Forår/Sommer 2017	Efterår 2017	Forår 2018	Deadline 1. april 2018.
Afdækning (Fase 1)		Udviklingsperiode (Fase 2)		Implementering og udbredelse Evaluering og slutrapport (Fase 3)		
Plan for udvikling og afprøvning af værktøjer	Frikøb af fire SHP'er 3 dage/mdr. (1.1.17-1.3.18)	Udvikling og forelæggelse af prototype	SHP arbejder med læring og forståelse ind i mindset for brugerinddragelse	Afprøvning i Sundhedshuset af værktøjer med frikøbte som mentorer	Kvantitativ evaluering af brug af værktøjerne Faciliteret af Innocate	Tilpasning og prioritering af værktøjer til implementering
	Afdækning af beslutningsstøttebehov (Borger/Sundhedsfaglige) Facilitator Innocate	Analyse og udvikling af prototype 1 Facilitator Innocate	Kvalificering af prototypen i en tværkommunal kontekst blandt SHP og Innocate, ViBIS, UCL og MetWare samt kvalificering i en SHP/borger kontekst. Facilitator Innocate	Kvalificering og aftale med involveret SHP om afprøvning af prototype 2.	Kvalitativ interview af borgere og SHP til vurdering af proces og resultater som effekt af værktøj	Udarbejdelse af evaluering og slutrapport
Langeland Kommune				Udarbejdelse af kontrakt med Langeland Kommune til deltagelse i kompetenceudvikling med UCL og afprøvning af dele af værktøjerne	Ekstern test af det udviklede værktøj (efterår 2017 og foråret 2018)	Bidrag til den kvalitative og kvantitative evaluering. Igangsat en plan for kompetenceudvikling og implementering
Kompetenceudvikling ved ViBIS og UCL	Indgår kontrakt med ViBIS om levering af oplæg på løbende workshops samt sparring med projektleder over hele projektperioden	Litteratursøgning/beskrivelse af fordele/ulempes ved effekten af sundhedstilbud ved UCL.	Udarbejde af kontrakt med UCL for 01.08.17 til 01.02.18	Peer-review og kompetenceudvikling Facilitator UCL	Udarbejdelse af rapport med anbefalinger og perspektiver på kompetenceudvikling i Sundhedshuset	
Andet relevant	Mit liv aftalen og andre forebyggelsestilbud bliver tænkt sammen	Opmærksomhed på integrering til eksisterende IT-systemer (FS III og udvikling af Nexus	Deltagelse på Folkesundhedskonference	Udvikling af kompetencehjul med borgeren som samvalgspartner		

8 Projektets relevans og opnåede resultater

8.1 *Beskriv de opnåede resultater*

8.2 *Beskriv kvalitative og kvantitative resultater. Det kan fx være patienternes/borgernes vurdering af beslutningsstøtteværktøjet, sundhedspersonernes vurdering af beslutningsstøtteværktøjet, afholdte events, udarbejdet materiale om beslutningsstøtteværktøjet, antal afprøvninger – hvor mange sundhedspersoner og patienter/borgere har benyttet værktøjet? Hvilke faggrupper har benyttet det? Andre kvalitative eller kvantitative mål?*

I dette afsnit opsummeres den kvantitative og kvalitative evaluering af afprøvningen og sammenholdes med pointer fra en afsluttende temadag i projektet.

Innocate har ud over udvikling af værktøjerne været facilitator på evaluering af værktøjernes brugbarhed og relevans med kvantitative spørgeskemaer i programmet Enalyzer med en løbende status på anvendelsen af værktøjerne. Derudover er der udfyldt et spørgeskema ved start og slut omhandlende oplevelsen af brugerinddragelse i Sundhedshuset og brugen af værktøjerne fra borgere og medarbejdere i både Svendborg og Langeland Kommune.

Den kvalitative evaluering er foretaget af studentermedhjælper og projektleder via fokusgrupeinterviews af borgere og medarbejdere efter afprøvningsperioden i Svendborg og Langeland Kommune.

På den afsluttende temadag efter afprøvningen deltog styregruppen, projektgruppen, Langeland Kommune og projektets eksterne konsulenter. Formålet med temadagen var at afrapportere projektets foreløbige leverancer og formulere læring, anbefalinger og perspektiver til evalueringen.

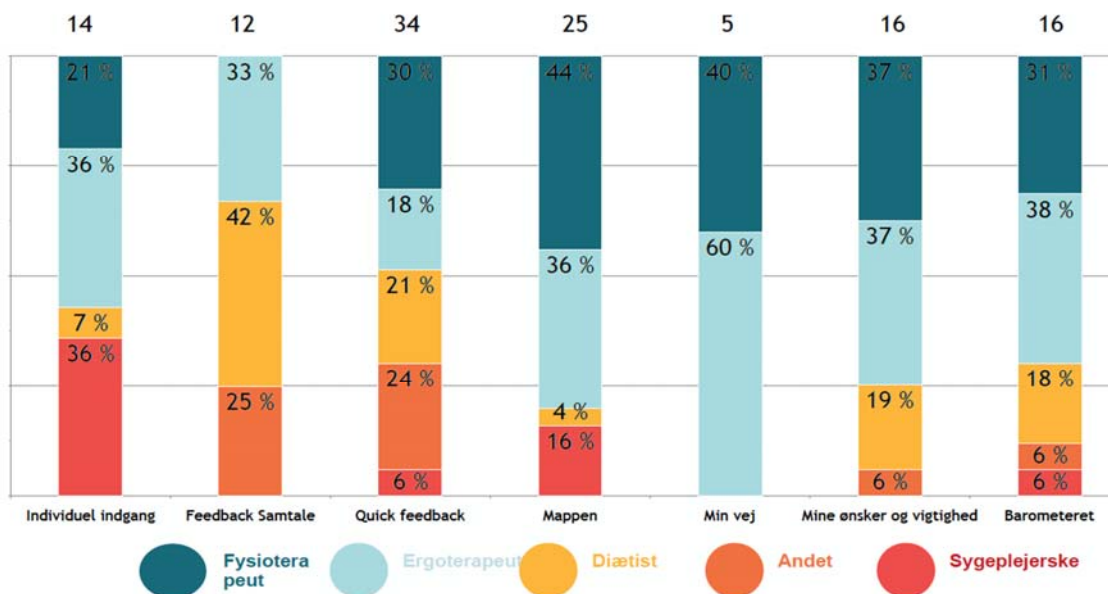
I en gennemgang af den kvantitative og kvalitative evaluering på afprøvningen vil beslutningsstøtteværktøjerne kun blive omtalt kort. For nærmere forståelse af værktøjernes formål og indhold henvises til den udarbejdede vejledning, medarbejderen fik udleveret inden afprøvningen.

Diversitet i antallet af medarbejdere i de enkelte faggrupper er stor, hvorfor en sammenligning af faggruppernes brug af værktøjerne vil give et skævt billede. Dette er derfor udeladt i opsummeringen, men forefindes til intern brug. Dog er en figur over faggruppernes overordnede brug af værktøjer medtaget for at danne et overblik over hvilke værktøjer, der har været mest meningsgivende for de enkelte faggrupper. Nedenstående afrapportering af kvantitative resultater vil primært udtrykkes i procenter og er et udpluk af en større kvantitative dataindsamling. Derfor skal procenterne læses uafhængig af hinanden ikke opsummeres til 100%.

Afprøvning af værktøjer

Af figuren herunder ses det, at ergo- og fysioterapeuter anvender værktøjerne ”Mappen”, ”Barometret”, ”Min vej” og ”Mine ønsker og vigtighed” i højere grad end de to andre faggrupper. Sygeplejerskerne primært anvender værktøjet ”Individuel indgang”, mens diætisten anvender værktøjet ”Feedback samtale”. Ud fra Enalyzer og fokusgrupeinterviews er forklaringen, at værktøjerne har forskellig relevans for forskellige funktioner, og det betyder, at medarbejderne derfor selv foretager en prioritering i anvendelsen af værktøjerne ud fra, hvad der giver den bedste mening.

Hvilke faggrupper har brugt hvilke værktøjer?



Individuel Indgang

Et formål med 'Individuel Indgang' er, at den enkelte borger hurtigst muligt kommer i gang, men også at medarbejderne bliver opmærksomme på egen faglig tilgang og mindset i mødet med borgeren. En mindset, der i en telefonsamtale retter sig mod at klæde borgeren på til at træffe et velinformeret valg om opstart i det bedste tilbud for denne ud fra et fokus på dennes ønsker og behov. Intensionen er at gøre borgeren opmærksom på sit ejerskab og valg i sit forløb.

Animationsfilmen er et af nøgleværktøjerne til formidlingen af en mere individuel opstart. Den beskriver valgmuligheder mellem en uddybende samtale som opstart eller direkte start i en aktivitet. Her er observeret, at 'Individuel Indgang' er brugt 14 gange i Svendborg Kommune. Medarbejderne angiver, at 58 % af borgerne ikke har set videoen ved første møde. I alt starter 38 % af borgerne direkte i en aktivitet. 15 % af borgerne starter op med en sundhedssamtale, og 30 % vælger en sundhedssamtale på baggrund af den afklarende telefonsamtale. Ifølge 69 % af medarbejderne er den afklarende telefonsamtale i høj grad relevant. I denne sammenhæng svarer 77 % af medarbejderne, at de i nogen eller mindre grad har fulgt interviewguiden. 96 % af medarbejderne føler, at interviewguiden i nogen til ringe grad støttede dem i samtalen med borgeren. Støttet af de kvalitative interviews af medarbejderne fremgår det, at ideen med en interviewguide er god, men indholdet skal justeres og forenkles. Desuden har færre end halvdelen af borgerne set animationsfilmen. Dette kan være et udtryk for, at det er nytænkning, at der linkes på eboks. Udfordringer med links på eboks er, at borgeren enten ikke kan få linket/videoen til at virke, at de overser linket eller ikke prioriterer at se filmen.

Feedbacksamtalen

Under afprøvningen anvendes 'Feedbacksamtalen' i alt 12 gange og kun i tilbuddet Små Skridt. Ifølge medarbejderne er formålet nemt at forstå for borgeren, og de tre coachende spørgsmål blev anvendt i høj grad (over 50 % anvendte dem). 91 % af dem, som benyttede feedbacksamtalen, besvarede, at de i nogen til ringe grad brugte tid på at sætte sig ind i dette værktøj, da det var letforståeligt. På grund af den korte afprøvning har det ikke været muligt at afprøve 'Feedbacksamtalen' i sit fulde omfang. Det viser sig ved,

at det kun er i Små Skridt at afprøvning af 'Feedbacksamtalen' har fundet sted, hvilket kan forklares ved Den korte afprøvning i "Mit liv", som betyder, at ganske få af de i afprøvningen inkluderede borgere har nået at have en afklarende samtale.

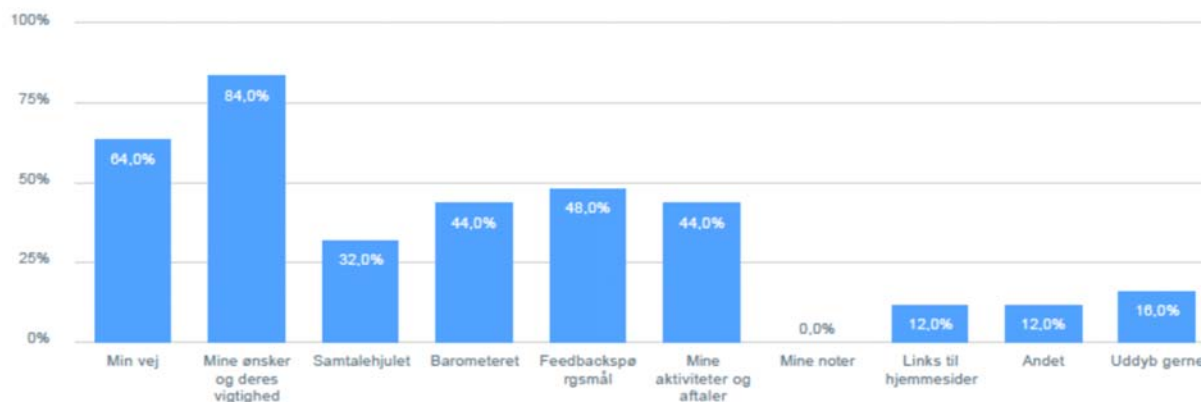
Quick Feedback

I alt er 'Quick Feedback' benyttet 34 gange. Værktøjet anvendes både i Små Skridts træning og gruppeundervisning (45 %), i træning i Mit Liv (30 %) samt i andre sammenhænge (15 %). 70 % af medarbejderne svarer, at de benytter boldene, 18 % benytter kort, og 12 % af medarbejderne benytter begge værktøjer. Det fremgår, at medarbejderne hurtigt føler sig fortrolige med 'Quick Feedback' og de tilhørende værktøjer, idet 'Quick Feedback' er et let forståeligt værktøj, der intuitivt indbyder til brugerinddragelse og refleksion, hvor borgeren får sat egne ord på. 'Quick Feedback' er blevet taget særdeles godt imod af både borgere og medarbejdere med en anbefaling om, at dette værktøj tages med videre, måske med en videreudvikling af relevante spørgsmål til inspiration i diverse aktiviteter. Dog fremgår det også, at der er aktiviteter, det ikke umiddelbart egner sig til, f.eks. mindfulness og mestringskurser, da noget af læringen i disse tilbud netop strider mod denne løbende status og måling af sig selv.

Mappen

Det er observeret, at 'Mappen' i alt er brugt 25 gange. 24 % af gangene er 'Mappen' brugt i kræft- eller hjerte/kar-forløb, 16 % i Små skridt og 12 % i KOL-forløb. 44 % af medarbejderne angiver, at de i høj grad forstår formålet med 'Mappen', mens 'Mappen' i høj grad (37 %) gav borgeren et overblik over forløbet. 18 % af medarbejderne mener i høj grad, at man ved brug af 'Mappen' kan opnå brugerinddragelse af borgeren. Herunder ses en graf for, hvilke dele af 'Mappen', der overvejende er brugt. Det ses, at 'Min vej' og 'Mine ønsker og deres vigtighed' i højere grad har været i brug. Der er et tydeligt behov for, i implementeringsfasen, at arbejde med 'Mappen' fra dens udgangspunkt i vores "hvorfor", for på den måde at genstarte en meningsfuld proces omkring 'Mappens' relevans og brugbarhed.

Hvilke dele af Mappen blev brugt i dag? (du må gerne sætte flere krydser)



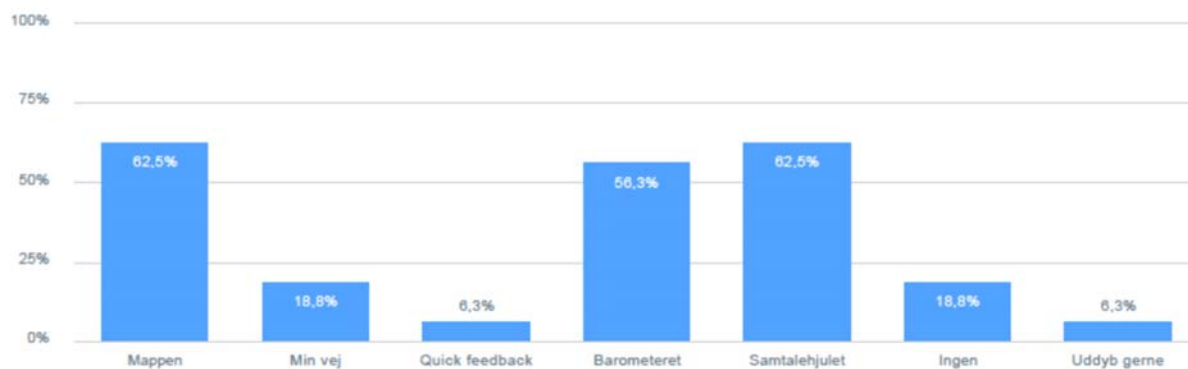
Vejen

Der er 5 observationer for 'Vejen' benyttet af medarbejdere. 3 gange er 'Vejen' anvendt i kræftforløb. 80 % af svarene udtrykker, at 'Vejen' er meget intuitiv og nem at forstå, og hhv. 60 % og 20 % af medarbejderne mener, at redskabet fremmer aktiv deltagelse i enten meget høj eller høj grad. Desuden angiver alle medarbejderne, som har anvendt 'Vejen', at redskabet bidrager med både relevans og vigtighed for borgeren enten i meget høj (40 %) eller høj grad (60 %). Ligeledes mente medarbejderne, at 'Vejen' støttede dialogen i meget høj (60 %) eller i høj grad (40 %). Et sidste fund for 'Vejen' er, at denne i meget høj (20 %) eller i høj grad (40 %) skaber overblik over mulighederne for borgeren. Det skal dog huskes, at der foreligger meget få observationer fra afprøvningen på dette værktøjs brugbarhed.

Mine ønsker og vigtighed

16 gange er 'Mine ønsker og vigtighed' benyttet af faggrupperne. 37,5 % af medarbejderne mener i høj grad, at dette redskab medfører, at borgeren bliver mere aktiv i samtalen, mens 19 % siger i meget høj grad. Værktøjet scorer højt på både relevans, intuitivt brug og dialog, da ca. 75-80 % af medarbejderne angiver dette. Dog med mindre score på identificering af egne ønsker (50 %). Medarbejderne italesætter, at 'Mine ønsker og vigtighed' er meget brugbar til at finde forståelse og motivation sammen med borgeren. Desuden viser værktøjet relevans ved at kunne fremme borgerens medansvar for at fastholde fokus på ønsker og mål undervejs, og dermed bidrage til relevant løbende tilretning og præcisering. I forbindelse med anvendelsen af Mine ønsker og vigtighed, ses der af grafen herunder ligeledes, at værktøjerne Mappen, Barometeret samt Samtalehjulet ofte blev anvendt i samme forbindelse.

Hvilke andre værktøjer brugte du i arbejdet med Mine ønsker og deres vigtighed? (du må gerne sætte flere krydser)



Barometer

'Barometeret' er i alt benyttet 16 gange, heraf 45 % af gangene i Små Skridt. Medarbejderne angiver, at det er et nemt redskab at forstå, men det skaber ikke lige så stor aktivitet hos borgeren (43 % i høj til meget høj grad) som andre værktøjer. 75 % af medarbejderne har brugt barometeret flere end 3 gange, og 50 % angiver barometerets relevans som værende høj. Ligeledes angiver 73 %, at værktøjet indeholder en høj til meget høj grad af vigtighed i mødet med borgeren, mens det scorer lavere på at være dialogskabende (37,5 % høj grad). Medarbejderne fortæller, at barometeret er meget brugbart, da det støtter borgerens refleksion over oplevelse og læring i sin proces. 'Barometeret' er udviklet ud fra et krav i 2017 fra KL om at implementere Fælles Sprog III. Der er i den forbindelse indført en vurderingsskala til dokumentation af proces og fremskridt. I projektet er dette udviklet visuelt til et barometer. Under en

eventuel implementering af 'barometeret', bør det dog undersøges, hvorfor der er flere medarbejdere, der ikke finder logikken mellem tal og farver korrekt. Flere medarbejdere synes ikke, at det egner sig til alle borgere, blandt andet ikke til borgere med et lavt refleksionsniveau.

Potentiale for værktøjer i en kort afprøvning

Nedenfor ses citater fra medarbejderne vedrørende oplevelsen af værktøjernes brugbarhed og relevans.

"Quick-feedbacken har vi nået at sætte en lille smule i system som et redskab. Det, synes jeg, er meget godt. Mappen er lidt sværere at håndtere."

"Det [kort afprøvning] er godt, fordi vi kan holde gryden i kog og fastholde fokus, men det er dårligt, fordi ingen når at komme gennem et helt forløb og få en tydelig fornemmelse for, hvad Mappen kan."

"Jeg har taget mig selv i at tænke.. puha, det er heldigvis kun to måneder. Og så har jeg måske ind i mellem lagt for meget energi i det, når det kun er for to måneder."

"Jeg var jo hele tiden på 'famlestadiet', og det kommer til at farve oplevelsen af det."

"Det er jo også en faglig vurdering ud fra, at man jo ikke vil trække fokus fra noget, som også er vigtigt."

Læringen er, at afprøvning af værktøjer, der skal vise relevans og brugbarhed over tid, kræver en noget længere afprøvningsperiode. Især for dette målgruppen i dette projekt, som er borgere med komplicerende faktorer, der har behov for støtte til at skabe overblik over sit forløb. Her har især afprøvningen af 'Mappen' og 'Feedback' været utilstrækkelig, da disse værktøjer har været anvendt i lav grad på grund af den korte afprøvning.

Forståelse af brugerinddragelse

Grafen herunder illustrerer medarbejdernes vurdering af, hvorledes det enkelte værktøj har støttet op om i højere grad at opnå brugerinddragelse i praksis.

Støttede værktøjerne dig til at opnå brugerinddragelse?



Det ses, at 'Individuel Indgang' støttede op om et mere brugerinddragende mindset hos 69 % af medarbejderne (26 % i høj grad, 43 % i nogen grad), mens 32 % mener, at værktøjet i ringe grad støttede op herom. Størstedelen af medarbejderne oplever, at feedback-samtalen enten i nogen grad (67 %) eller i høj/meget høj grad (25 %) støtter til brugerinddragelse. 'Quick-feedback' giver i høj (66 %) eller meget høj (19 %) grad støtte til at arbejde brugerinddragende, mens 16 % mener, at det blot støtter i nogen grad. Resultaterne for 'Mappen' bærer præg af den korte afprøvning, idet 68 % af medarbejderne mener, at 'Mappen' i nogen grad støtter til brugerinddragelse, mens 16 % vurderer, at værktøjet i ringe eller slet ikke støtter til et mere brugerinddragende mindset. Dog angiver 16 %, at 'Mappen' i høj grad støtter til at opnå større brugerinddragelse. 80 % af medarbejderne vurderer, at værktøjet 'Min Vej' i høj (40 %) eller meget høj (40 %) grad støtter op om at opnå mere brugerinddragelse. For 'Mine ønsker og vigtighed' mener medarbejderne, at værktøjet støtter til at opnå brugerinddragelse i høj (44 %) eller meget høj (25 %) grad, mens 31 % mener, at det i nogen grad er støttende. Barometeret støtter i høj grad til brugerinddragelse, ifølge 44 % af medarbejderne. 38 % mener, at værktøjet støtter i nogen grad, mens 13 % vurderer, at det støtter i ringe grad.

Anbefaling fra Innocate

Konsulentfirmaet Innocate har i begrænset omfang sammenholdt den kvantitative og den kvalitative evaluering, og er ud fra forståelsen af brugerinddragelse nået frem til følgende opsamlede overskrifter som anbefaling til fokusområder ifm. en fremadrettet kompetenceudvikling for brugerinddragelse:

- Ændring i mindset og kultur
- Behov for teori og undervisning
- Systematik
- Prioritering af brugerinddragelse

Anbefaling fra UCL

At sikre at kompetenceudviklingen omkring brugerinddragelse og arbejdet med kulturen er parallelle spor i den praktiske proces omkring prioritering og tilpasning af værktøjerne, således at metaperspektivet hele tiden følger det praktiske arbejde med værktøjerne. Dermed udnyttes muligheden i det praktiske arbejde, der skubber til det bevidstgørende kulturarbejde.

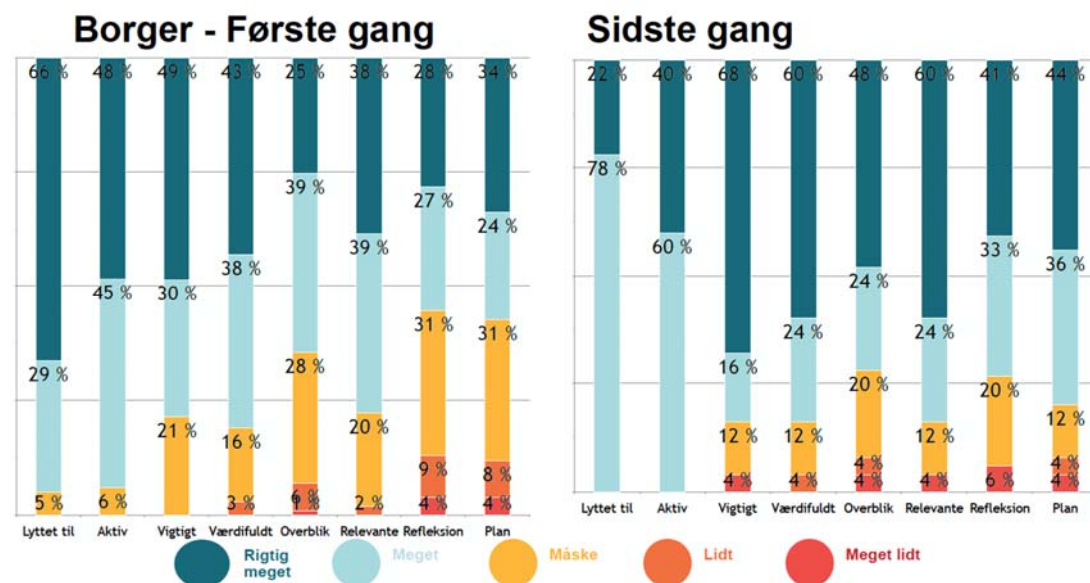
Følgende medarbejdercitater understøtter Innocates anbefalinger.

"Det er ikke fordi, jeg ikke er interesseret i brugerinddragelse, men det er lige nu bare en forstyrrelse oven i hatten."

"Jeg laver da meget brugerinddragelse, men gør jeg så det? Det er jo interessant nogle gange at få øjne på fra et andet sted."

Borgerens oplevelse af brugerinddragelse

Figurerne herunder illustrerer udviklingen i borgerens oplevelse af brugerinddragelse i Sundhedshuset fra start til slut af afprøvningsperioden. Borgeren har efter hver aktivitet i Sundhedshuset udfyldt et spørgeskema om oplevelsen af at være brugerinddraget, jf. bilag 3.



Alle 75 borgere har oplevet at blive lyttet til og være en aktiv del i eget forløb i høj eller meget høj grad. Desuden fordobles borgernes vurdering af overblik fra at 25 % (19 borgere) forventer, at der skabes ”rigtig meget” overblik til at gælde for 48 % borgere til slut. Borgerne oplever tilsyneladende at være blevet mere inddraget som følge af afprøvningsperioden, hvilket kunne afspejle en udvikling af medarbejdernes mindset over afprøvningsperioden.

Citater fra fokusgruppeinterviews af borgere efter afprøvningsperioden:

”Jeg synes, at det er meget fint at få opmærksomheden hen på, hvor er jeg egentlig selv. Hvad er det, jeg vil, og hvor er det, jeg gerne vil hen. Den der præcision i stedet for vi bare går ind og ud og siger, ”nå, men det er jo også sådan”. At vi bliver målrettet på, hvor er jeg henne, og hvor vil jeg gerne hen?”

”Man kommer til at tænke dybere om nogle ting i stedet for at sige: det har jeg ikke brug for.”

”Vi skal bevidstgøre os om, at vi jo ikke er her uden grund.”

”...for jeg har jo også en anden mappe fra sygehuset til de andre ting!” [henviser til Mappen i afprøvningsperioden]

”Man bliver henvist, men man ved ikke hvad, man bliver henvist til. Så hvis man kunne få en lille folder. Der behøver ikke at stå ret meget, men f.eks. oplys, at der er et sundhedshus. Det vidste jeg ikke, at der var. Og hvad handler den henvisning om, hvad er det, jeg skal hen til og hvorfor?”

Generelt udtrykker borgerne, at de fra start til slut i afprøvningen i højere grad bliver inddraget og får stillet reflekterende spørgsmål, hvilket viser en udvikling i mødet mellem borger og medarbejder, der gerne skulle give den enkelte borger større indsigt og ejerskab over sit forløb. En borger udtrykker det forstyrrende i, at stå med forskellige mapper til at samle sit overblik med. Mappen skulle fungere som en hjælp til overblik, her kan flere mapper i huset skabe forvirring.

Anbefaling

En anbefaling er at harmonisere borgernes mapper fra de forskellige tilbud i Sundhedshuset, således at borgeren har en samlet mappe som kan rumme materialer fra alle de aktiviteter, borgeren måtte deltage i.

8.3 Oplever I (projektgruppen), at projektet har bidraget til at forbedre kvaliteten i valget af behandling/indsats? Hvordan?

Opsummerende læring fra den afsluttende temadag efter afprøvningen

På den afsluttende temadag blev der opsamlet læring og formuleret anbefalinger og perspektiver for implementering af projektets resultater og fund. Undervejs i evalueringen er disse så vidt muligt integreret. Nedenfor findes øvrige pointer til at vise generel relevans og opnåede resultater af projektet.

Brugerinddragelse er, ifølge vores læring i projektet, en løbende proces, der sætter kultur og mindset i i spil i dagligdagen. Det kræver et fremadrettet systematisk fokus på brugerinddragelse, med en aftalt prioritering fra både ledelse og medarbejdere.

”Det kræver, at ledelsen prioriterer, at det er noget, vi vil have ind som omdrejningspunkt, ellers er der ingen grund til, at vi sidder og påvirker organisationen, hvis ikke det ønskes.”

”Jeg tænker også, at en øjenåbner for mig har været, at når jeg skulle udfylde de der skemaer [spørgeskemaer fra Innocate], når jeg så kom til det sidste spørgsmål; hvad har du så lært af det? Så blev jeg skide irriteret, for så skulle jeg pludselig begynde at tænke over det.”

”Jeg synes, der er rigtig mange gode redskaber i det, og det gode er, at det bliver en smule mere systematisk. Vi har fået øje på nogle ting, de få gange vi har kunne sætte os og tale om, hvordan går det her, og hvordan kan vi bruge de her redskaber. Der har i hvert fald været noget god refleksion og ”nå ja”.”

”Jeg tænker egentlig, at rigtig meget er mindsettet om, hvad vi har gjort. Der tænker jeg, at vi har ramt meget rigtigt. Men der er måske også nogle af redskaberne, der endnu ikke er, som de skal være.”

Mentorer

Ud fra fokusgruppeinterviews med medarbejderne efter endt afprøvning fremgår det, at mentorerne har spillet en væsentlig rolle, dels har de inspireret til brugerinddragelse i de daglige arbejdsopgaver og dels bidraget med præcisering, afklaring og refleksion. Dette har blandt andet ført til udvikling af relevante guides og supplerende støttespørgsmål. Medarbejderne anbefaler mentorordninger til fremadrettede projekter, der indeholder en afprøvningsperiode. Udfordringer, der fremhæves ved mentorrollen, er en usikkerhed om at være mentor samtidig med, at man selv er i afprøvning samt afsavn fra egen faggruppe med dårlig samvittighed som følge af fravær.

Citater fra medarbejdere:

"Det var godt, at de var her til alle her-og-nu spørgsmålene. Nu skal jeg have et svar ellers kan jeg ikke komme videre. Så det var godt, at hun [mentoren] var der".

"Når vi samles, har vi enten kunne få luftet frustrationer, eller man har kunne komme med "ah, sådan er der nogle andre, der gør". Pludselig fik vi lavet de der ark, og vi fik også brugt boldene – det der med, at der skete noget hver gang, vi mødtes. Møderne har været en optakt til at blive bedre og bedre".

Loyalitet og selvledelse

Almen kompetencer for rehabilitering omfatter ifølge "Hvidbogen" fra MaselisborgCentret 2004 social-, kommunikations-, lærings- og selvledelseskompetencer. I sundhedshuset har alle været ansat i feltet i mange år og har en høj grad af selvledelse. I opsamlingen ses det, at inklusion til projektet har været afhængig af medarbejderens vurdering af relevansen af værktøjer i forhold til den enkelte borgere. Borgeren har derfor måske ikke altid selv været involveret i valget om deltagelse i afprøvning af værktøjerne.

Systematisk loyal afprøvning af værktøjerne er en betingelse for, at medarbejderne får rutine og fortrolighed i brugen af værktøjerne, og for at værktøjerne reelt kan vurderes på brugbarhed og relevans. Det får i særlig grad betydning, når afprøvningsperioden er kort.

Måske har den korte afprøvning netop også haft en forstærkende indflydelse på, at medarbejderne ikke har kunnet se mening med afprøvning af nogle af værktøjerne.

Af opsamlingen dukker også andre relevante forhold op, der har givet forstyrrelser. Lovgivningsmæssigt har der været en usikkerhed på, om lovgivningen omkring varsling af genoptræning jf. §140 blev overholdt. En manglende afklaring her kan have påvirket loyaliteten. Desuden har etiske overvejelser om, hvorledes borgeren kunne bydes afprøvning af værktøjer spillet ind; dels vurderet ud fra om medarbejderen var fortrolig med at bringe værktøjet ind, dels om medarbejderen reelt fandt præsentationen af for mange værktøjer forvirrende og dermed ikke etisk forsvarlige ift. at støtte borgeren bedst muligt i det aktuelle møde.

Læringen er i endnu højere grad at justere tidsplan og ambitionsniveau ud fra en forventningsafstemning om systematik og loyalitet i en aftalt afprøvning, især hvor medarbejderne kan opleve etiske og tidsmæssige udfordringer.

Citat fra medarbejder:

”Vi er meget selvtilrettelæggende i Sundhedshuset. Så vi flytter bare rundt efter vores tid og muligheder. Det er både godt og ondt i forhold til at udvikle noget i fællesskab.”

Anbefaling

En anbefaling kan være at afgrænse afprøvning af værktøjer i højere grad med øje for den enkeltes funktion, således at det ikke er alle medarbejdere, der afprøver alle værktøjer. En anbefaling er desuden at involvere medarbejderne i detaljeringsgraden af en drejebog, når værktøjerne fortsætter i drift.

8.4 *Beskriv evt. igangværende nationale/regionale/kommunale initiativer, som påvirker eller overlapper projektets formål. Hvordan koordineres disse initiativer med nærværende projekt?*

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud, juni 2016 er en ledetråd for projektet, og har direkte indflydelse på valget om at afprøve værktøjerne for alle tilbud i Sundhedshuset, for på den måde, at modne processen for en større sammentænkning af tilbud om rehabilitering og forebyggelse. I 2016 er en generisk model, for udvikling af nye patientforløbsprogrammer godkendt i Region Syddanmark, for mennesker med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL), diabetes, kronisk ryggsygdom, leddegigt, depression og kronisk hjertekarsygdom. Foreløbig ligger forløbsplanerne for KOL (2017) færdig, og de øvrige er under udarbejdelse. En af de frikøbte i projektet har siddet med i udvikling af forløbsprogram for KOL, og dermed bidraget med viden herfra til projektet. Dokumentationssystemet Nexus er implementeret i Svendborg Kommune og dermed tilstandsbeskrivelser for helbredstilstande og funktionstilstande efter de 12 sygeplejefaglige områder efter Fælles Sprog III. Det tredje tilstandskatalog for forebyggelsesområdet skal nu udvikles. Her er en af de frikøbte fra Svendborg Kommune inviteret ind i en arbejdsgruppe over 1½ år. Her vil ’Barometeret’, som et af de i projektet udviklede beslutningsværktøjer blive taget med ind, med henblik på, at gøre skaleringen i fælles sprog III mere visuel og brugerinddragende i mødet mellem borger og medarbejder.

Sundhedshus Svendborg deltager desuden i et andet brugerinddragende projekt; Projekt eHealth City Svendborg, som er et samarbejde mellem OUH, Public Intelligence, Syddansk Universitet og Svendborg Kommune. Projektet handler om innovation, sundhed og brugerinddragelse og er et tværsektorielt projekt, hvor beboere fra tre udvalgte gader og veje i Svendborg Kommune er blevet interviewet. Resultaterne er samlet i ”13 Hovedindsigter” som danner baggrund for det videre udviklingsarbejde. Projektet har aktuelt udvalgt to overskrifter, som de arbejder videre med: ”Sundhed gennem fællesskaber” og ”Overgange fører ofte til undergange”. Da projekt eHealthCity er nået længst i den første, vælger projekt ”Samvalg” af tidsmæssige årsager at gå i samarbejde om denne overskrift. Det er aftalt med dette projekt, at vi i efteråret vil mødes omkring den sidste, som bliver i regi af projekt: ”Hjerterytmerehabilitering”, som også er støttet af Sundhedsstyrelsen. Det perspektiv, der er valgt i projekt eHealthCity, er en bottom-up tilgang på brugerinddragelse, som starter ved den brede befolkning og spørger, hvad der er vigtigt for deres sundhed. Dette perspektiv kan være lærerigt for en kultur for brugerinddragelse i Sundhedshuset. Samtidig støtter

det op om det i projektet tilbagevendende spørgsmål: ”Hvordan adskiller ’brugerinddragelse’ og ’beslutningsstøtte’ i en kommunal kontekst sig fra en sygehus kontekst?”

I projekt Samvalg har vi valgt at kalde beslutningsprocesser i en kommunal kontekst for ”Beslutningernes rejse”, da borgerens mange beslutninger omkring forebyggelsestiltag læner sig op af en løbende støtte til ’Overblik, indsigt og erkendelse’, som er et udgangspunkt for beslutningsstøtte i projekt ’Samvalg’, som ikke er direkte overførbart til en sygehus kontekst om at træffe et valg omkring en behandling, eksempelvis en operation. Vi vil derfor tage følgende to spørgsmål med ind i samarbejdet med projekt eHealth City:

- Hvordan kan ”Sundhed og fællesskaber” skabe mening for beslutningsstøtte?
- Kan fællesskaber bidrage til sundere vaner og dermed understøtte en motivation for at fastholde igangsatte livsstilsændringer?

8.5 *Andre opnåede resultater?*

Kompetencehjulet

Under afprøvningen af beslutningsstøtteværktøj blev det tydeligt, at det eksisterende kompetencehjul, der blev udarbejdet i januar 2016 i forbindelse med revidering af aftalen for rehabiliteringsindsatsen ”Mit Liv – tilbage til hverdagen” manglede centrale elementer i forhold til reel brugerinddragelse ud fra vores valgte referencer i projektet: ”Den narrative tilgang, kommunikative positioner og Karl Tomms spørgsmålstyper”. I fase III er der derfor i samarbejde med UCL udarbejdet en version af kompetencehjulet, hvor brugerens/borgerens historie, præference og prioriteringer ses som ligeværdigt input til fagkompetencerne, hvilket illustreres med ekstra eger i hjulet, der sammen ”trækker farten og bærer vægten”.

Oprindelige kompetencehjul



Revideret kompetencejul

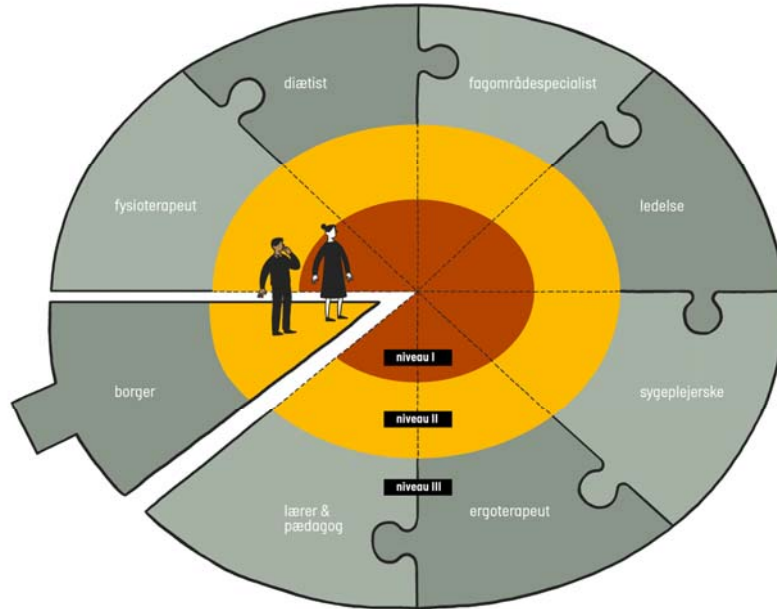
Kompetencehjulet

Nedenstående figur illustrerer borgeren i den tværprofessionelle forståelse, hvor borgeren ses som en ligeværdig samspejlspartner med sine helt unikke kompetencer og præferencer.

Når den enkelte borger møder en medarbejder i Sundhedshuset, møder denne samtidig teamet af mono- og tværfaglige kompetencer, hvor alle kompetencer bringes i spil i en balance mellem det systematiske og det situationsbestemte.

Det skulle gerne betyde, at borgeren oplever helhed, god timing og sammenhæng i et forløb, som i høj grad er styret af borgerens behov og præferencer.

niveau I
grundkompetencer Uafhængige af fagområde. Eksempelvis sundhedspædagogik, Den motiverende samtale, IKF, samtalehjulet, feedbackmodellen.
niveau II
fælles fagspecifikke kompetencer Både fagperson og borger bringer viden ind på generelt niveau. En borger har eksempelvis sin viden med fra nettet og et familiemedlem, omkring arbejdet med mad og drikke i forbindelse med træning. Fysioterapeuten er klædt på til at bringe spørgsmålet op uden direkte involvering af en diætist.
niveau III
monofaglige kompetencer Knytter sig til et fagspecifikt område eller til borgerens narrative. Fagpersonen er specialist på sit fagområde, men borgeren er specialist på sin historie, præference og prioritering.



9 Plan for implementering

9.1 *Forventes projektet (beslutningsstøtteværktøjet) sat i drift? Hvilke væsentligste risici kan påvirke implementering og brug af værktøjet i løbet af de kommende år? (Fx. ændringer i bemanding, organisation, lovgivning, budgetreguleringer etc.).*

Værktøjerne bliver efter aftale fortsat anvendt i Sundhedshuset i Svendborg og i Langeland Kommune ud fra, hvad den enkelte medarbejder finder relevant og brugbart. Afprøvningen fortsætter dermed, bare uden systematik og opsamling. Væsentligste risici er dels overordnede ændringer af aftaler og beslutninger eks. §140 som er varslingsregler for genoptræningsplaner og andre løbende vilkår i driften. Hvad vi selv har indflydelse på, er dog den lokale organisatoriske del, der handler om en aftalt plan, der følges op og fastholdes. Den vil blive understøttet af de nedenfor nævnte aktiviteter og funktioner.

9.2 *Hvornår forventes beslutningsstøtteværktøjet implementeret? Er der en tids- og milepælsplan?*

Som tidligere opsummeret fra den kvantitative og kvalitative evaluering tager arbejdet med brugerinddragelse et udgangspunkt i en bevidstgørelse af den enkeltes 'mindset', forstået som tankegang og tankesæt. Det kan anskues i samme forståelse for medarbejderen som værktøjet "systematisk feedback", der i projektet er udviklet til at understøtte den løbende personlige læring hos borgeren. At løfte det udviklede 'mindset' til en kultur for brugerinddragelse i Sundhedshus Svendborg kræver et organisatorisk fokus og systematik over tid. Kultur er baseret på læring og er mere end mindset/tankesæt. Kultur er et mønster af fælles opfattelser og værdier, der giver mening til ansatte og retningslinjer for, hvordan den enkelte bør optræde inden for organisationens rammer. jf. Edgar Schein.

I foråret afholdes en temadag i Sundhedshus Svendborg, hvor tilbagemeldingerne fra den kvantitative og kvalitative evaluering af værktøjerne bringes i dialog med medarbejderne. Under 9.3. uddybes nærmere formål med og indhold på dagen. På den opsamlende temadag vil medarbejderne ønske en genopfriskning og træning i den coachende tilgang blive afklaret. Et skitseoplæg til en temadag er udarbejdet i samarbejde med konsulentenheden ved Region Midt, Defactum. Aftalen indeholder emner som den narrative tilgang, kommunikative positioner og Karl Tomms spørgsmålstyper. Nærmere planlægning i samarbejde med medarbejderne, hvis der er ønske om denne proces.

I foråret planlægges en temadag med forumteatret Dacapo med overskriften:

"Brugerinddragelse, det gør vi allerede – og dog, måske er der plads til forbedringer".

Dacapo kombinerer konsulenttydelser med interaktive teaterprocesser, der udfordrer hjerne og hjerte samtidig og afslører kompleksiteten i de dilemmaer og udfordringer, vi møder i det daglige. Forumteater skaber afsæt for nye handlemuligheder og giver en referenceramme til refleksion, forståelse og læring. Emnet er relevant og generaliserbart til andre områder og faggrupper, hvor især et fælles kompetenceløft kan have en betydning for den sårbare borger, som ofte har kontakt med ret mange forskellige faggrupper i kommunen. Derfor er målgruppen tænkt udvidet til hele

direktørområdet for Social- og Sundhed, der dækker ældreområdet, social- og handicapområdet, arbejdsmarkedet og sundhedsområdet.

I Langeland Kommune blev de afprøvede værktøjer sat i drift i umiddelbar forlængelse af afprøvningsperioden. De værktøjer, som Langeland Kommune afprøvede, og som nu er i drift er:

- invitation til telefonsamtale
- bekræftelse af aftale om afklarende samtale
- animationsfilm
- telefonguide
- bekræftelse på aftale om afklarende samtale
- mappen (herunder vejen)

I Langeland Kommune er der fortsat ikke plan om at afprøve eller implementere de resterende beslutningsstøtteværktøjer – det vil sige:

- feedbacksamtalen
- quick feedback
- mine ønsker og vigtighed
- barometer

På baggrund af resultaterne fra afprøvningen og erfaringerne fra den efterfølgende driftsperiode har Langeland Kommune besluttet at tilpasse værktøjerne yderligere, fx præcisere i *invitationen til afklarende telefonsamtale* at filmen er en vigtig del af indgangen til forebyggelsestilbud i Langeland Kommune. Langeland Kommune er i skivende stund i gang med at udfærdige en tidsplan for tilpasningerne.

9.3 *Hvordan forventer I, at implementeringen og udbredelsen skal ske?*

For Svendborg Kommune er svarene på 9.3 og 9.5 samlet under 9.5

De værktøjer, som Langeland Kommune ønsker at tilpasse, implementeres i det øjeblik, tilpasningerne er lagret i det elektroniske dokumentationssystem. Hermed slettes tidligere versioner af værktøjerne. Såfremt der måtte blive tale om tilpasninger af fysiske værktøjer eller metodikker, ville det kræve en proces med de involverede medarbejdere for at sikre implementeringen. Der er på nuværende tidspunkt ikke planer om at udbrede værktøjerne til andre afdelinger i Langeland Kommune. Overordnet set vurderer Langeland Kommune, at såfremt det skal lykkes at implementere og udbrede brugerinddragelse og beslutningsstøtteværktøjer i kommunen, er det nødvendigt at starte på ledelsesniveau.

Da Langeland Kommune indgik aftale med Svendborg Kommune om deltagelse i projektet, blev det besluttet, at afprøvning i første omgang alene skulle omfatte en enkelt afdeling. Med afsæt i den pågældende afdelings erhvervede erfaringer, igangsætter Langeland Kommune en proces på ledelsesniveau indenfor ældre- og sundhedsområdet, hvor ledelsen skal opkvalificeres fagligt i forhold til brugerinddragelse, for derefter at kunne træffe beslutning om, hvorvidt der skal arbejdes videre med udvikling af brugerinddragelseskultur i Langeland Kommune.

Opkvalificeringen indledes med en kompetenceudviklingsdag om brugerinddragelse for ledere indenfor ældre- og sundhedsområdet. ViBiS står for undervisning og introduktion til begreberne individuel og organisatorisk brugerinddragelse om formiddagen. Om eftermiddagen faciliterer konsulenter ved Langeland Kommune en workshop med henblik på, at ledergruppen udarbejder retningslinjer for brugerinddragelse i Langeland Kommune samt drøfter, hvordan ledergruppen fremadrettet vil arbejde videre med brugerinddragelse.

9.4 Er der afsat ressourcer til implementering?

Der er afsat medarbejder- og ledelsesressourcer til at tilpasse og implementere de udvalgte beslutningsstøtteværktøjer i både Svendborg og Langeland Kommune samt til at integrere værktøjerne og kulturen med de øvrige projekter og tiltag omkring forebyggelsestiltag.

Langeland Kommune har foreløbigt afsat kr. 10.000 til opkvalificeringen på ledelsesniveau via midler fra projektet. Der vil derefter blive truffet beslutning om, hvorledes der skal arbejdes videre med udvikling af brugerinddragelseskultur i Langeland Kommune og herunder hvilke ressourcer, der kan afsættes.

9.5 Hvilke medarbejdere skal medvirke til udbredelse og implementering?

Værktøjerne ses som mediatorer for et mindset om brugerinddragelse men kan ikke løfte brugerinddragelse alene. Her er forståelsen for ViBiS kriterier samt læringsdimensionen i de løbende møder mellem borger og sundhedsfaglig afgørende som fundament for en langsigtet plan. I Langeland Kommune er tilpasning og implementering af de tidligere nævnte værktøjer foretaget af den medarbejdergruppe, der har været tilknyttet projektet i afprøvningsperioden.

Kultur- og implementeringsprocessen er i fuld gang i Sundhedshus Svendborg. Denne handler meget om, at læringen fra projektet breder sig til hele huset. Her er de tidligere frikøbte gode agenter for at støtte processen på vej, da de har deres dagligdag i praksis, og samtidig har de i projektet arbejdet med 'Samvalg' og 'Beslutningsstøtteværktøjer', der har givet dem meget viden og læring. Vilkaerne for medarbejderens deltagelse i kompetenceudviklingen har som tidligere nævnt været begrænset af mange nye tiltag omkring det nye sundhedshus. Det betyder et behov for at træde et skridt tilbage i processen, gentage nogle processer og samle op. Det er her nødvendigt at have fælles drøftelser af, hvordan 'Samvalg' og 'Beslutningsstøtteværktøjer' skal se ud og anvendes ud fra grundlagsdiskussioner og re-introduktion af den viden, og det ståsted, UCL har bidraget med i projektgruppen, nemlig en plan ud fra fire dimensioner, der er samlet i en artikel i klinisk sygepleje af Beedholm et al. "Patientinvolvering og institutionelle logikker – implementeringsprocesser i praksis" (bilag 8).

På den opsamlende temadag vil dette udgangspunkt blive anvendt for arbejdet med kultur for brugerinddragelse. Dette støttes efterfølgende op af et samarbejde mellem de tidligere frikøbte og ledelsen, der lægger en plan for, hvordan brugerinddragelse kan være et fortløbende aktuelt emne, der integreres i arbejdet med kulturen i det nye sundhedshus i det hele taget.

Formål med den opsamlende temadag er at uddrage læring, anbefalinger og perspektiver for værktøjerne med en beslutning om fremadrettede tiltag.

Delmål for dagen:

- At præsentere evalueringen af afprøvningen samt prioritere og aftale plan for tilpasning af de udvalgte værktøjer.
- At koble arbejdet med beslutningsstøtteværktøjer til den øvrige proces i huset.
- At lægge en plan og beslutte graden af systematik med øje for værktøjernes relevans og anvendelighed for diverse tilbud i huset.
- At behandle 'Brugerinddragelse og kompetenceudvikling' ud fra det ståsted, som UCL præsenterede for os i projektet.
- At beslutte om Sundhedshus Svendborg vil implementere begrebet 'Inddragelsespilot' og i så fald hvordan.
- At lægge en plan for den videre kompetenceudvikling.

UCL har i kompetenceudviklingen haft et fokus på kultur for brugerinddragelse og 'systematisk feedback'. Her har de bidraget med to typer af refleksionsark (bilag 5), som blev introduceret undervejs i projektet, disse vil blive reintroduceret på den opsamlende temadag, da de tidligere frikøbte har arbejdet med disse refleksionsark undervejs, og derfor har et godt udgangspunkt for, i en aftalt proces, at sprede denne kompetence blandt kollegerne. Disse refleksionsark er et input fra UCL til at igangsætte refleksioner i de grupper, de nu tidligere frikøbte færdes i samt mulighed for at anvende arkene til fælles tværprofessionelle refleksioner. På temadagen afklares det, om disse ark skal have en plads i en fremadrettet kompetenceudvikling, der involverer et større kendskab og træning i Karl Tomms spørgsmålstyper. Til afklaring af om funktionen 'Inddragelsespilot' har en fremtid i Sundhedshus Svendborg vil medarbejderen på samme temadag blive introduceret for ViBIS's oplæg til funktionen (bilag 2), som et udgangspunkt for at tage stilling til, om og/eller hvordan 'Inddragelsespilot' kan give mening for arbejdet med brugerinddragelse i Sundhedshus Svendborg.

Det kan tilføjes, at Sundhedshus Svendborg ud over projektperioden har et fortsat samarbejde med ViBIS, som betyder formidling af projektet på Vidensforum for Brugerinddragelse i efteråret 2018 og et samarbejde om at få videoklip på deres hjemmeside fra en kommunal kontekst.

I Langeland Kommune er der ikke truffet beslutning om, hvilke medarbejdere der skal medvirke til evt. videre udbredelse, jf. punkt 9.3.

Anbefaling fra UCL

At sikre at kompetenceudviklingen omkring brugerinddragelse og arbejdet med kulturen er parallelle spor i den praktiske proces omkring prioritering og tilpasning af værktøjerne, således at

metaperspektivet hele tiden følger det praktiske arbejde med værktøjerne. Dermed udnyttes muligheden i det praktiske arbejde, der skubber til det bevidstgørende kulturarbejde.

9.6 *Hvor (fx i hvilke kliniske sammenhænge og til hvilke patienter/borgere) forventes beslutningsstøtteværktøjet implementeret?*

Dette spørgsmål vil for Sundhedshus Svendborg kunne besvares mere konkret efter temadagen.

I Langeland Kommune er udvalgte BSV'er implementeret i en enkelt afdeling. Det er ikke besluttet, om de pågældende værktøjer skal implementeres i andre afdelinger.

10 Andre forhold

10.1 *Har der været uforudsete forhold som resultat af projektets aktiviteter (fx nye holdninger til behandlingsmetoder eller faggrupper)?*

Som resultat af projektets aktiviteter er der opstået en opmærksomhed på, hvordan fysiske og elektroniske beslutningsstøtteværktøjer kan bidrage til dokumentation i forbindelse med borgeres forløb i en kommune. Nogle af værktøjerne lægger op til at sætte mål og aftale handlinger/aktiviteter – en proces som skal give overblik og indsigt for både borgere og professionelle. At sætte mål og udarbejde handlingsanvisninger er samtidig en del af den samlede dokumentationsproces i metoden ”Fælles Sprog III”, der er ved at blive implementeret i både Svendborg Kommune og Langeland Kommune. Der er altså sammenfald imellem metodikken i nogle af de udviklede værktøjer og i dokumentationsmetodikken.

Det er således en erkendelse som resultat af projektets aktiviteter, at anvendelse af beslutningsstøtteværktøjerne kan bidrage positivt til en præcis og effektiv dokumentation. Ydermere vil det være en stor fordel, såfremt der kunne opnås elektronisk integration imellem beslutningsstøtteværktøjer og dokumentationssystemet, således at der kunne ressourceoptimeres i forhold til tidsforbrug i forbindelse med dokumentation.

10.2 *Er der forhold, der ikke er nævnt i det ovenstående, som har påvirket projektet positivt eller negativt?*

Et af projektets leverancer omfatter en vurdering af spredningspotentialer til andre organisationer, sektorer og andre kommuner. Samt integration til nuværende dokumentationssystemer.

I projektet er andre kommuner ud over den tværkommunale temadag i særlig grad dækket ind med Langeland Kommune. Som tidligere omtalt, blev en aftale med Nyborg Kommune annulleret. I denne aftale lå en vurdering af værktøjernes brugbarhed for udvikling af forløbsprogram for KOL.

Det har påvirket projektet negativt, at Langeland Kommune var på tærsklen til en omfattende organisationsændring samtidig med deltagelse i projektet. Det bevirkede, at kun en enkelt afdeling kunne afse ressourcer til at indgå i projektet.

Det har påvirket projektet positivt, at Langeland Kommune ved indgåelse i projektet var i gang med at udvikle et nyt forebyggelsestilbud i form af ”den afklarende samtale”. Det gav stor forpligtelse og engagement hos kommunen, idet deltagelse i projektet kunne forkorte processen med at kortlægge og udvælge metodik til brug i tilbuddet. Samtidig kunne kommunen koble sig på en allerede eksisterende afprøvningsplan og på denne måde spare ressourcer til procesplanlægning.

Det har påvirket projektet positivt, at afprøvningen er foretaget af en lille medarbejdergruppe i Langeland Kommune. Medarbejdergruppen i Langeland Kommune har kunnet foretage en dedikeret afprøvning af værktøjerne uden at skulle koordinere med andre medarbejdere og dermed kunnet undgå, hvad en sådan koordinering til tider kan medføre af ”støj” i form af afvigelser fra de aftalte arbejdsgange og individuel tilpasning af de aftalte værktøjer. Langeland Kommune er således et eksempel på, at deltagelse fra en lille kommune kan medføre klar afprøvning i god overensstemmelse med de aftalte rammer.

I projektbeskrivelsen var der indskrevet et fokus på en mulig integration til nuværende og nye dokumentationssystemer. I Region Syddanmark er 'Mit forløb' udviklet som en app, der er et kommunikationsværktøj mellem patienten/borgeren og de involverede sektorer. Det er for nuværende udviklet til hjerterehabilitering og svangreforløb i Region Syddanmark. Det er besluttet at udvikle videre på 'Mit forløb' til også at dække blandt andet KOL-forløb. 'Mit forløb' er udviklet i et samarbejde med MedWare, som er nævnt tidligere, som en af deltagerne på den tværkommunale workshop i projektets fase II. Samarbejdet blev dog ikke forsat, da udvikling og implementering af det nye dokumentationssystem, Nexus, i Svendborg Kommune og flytning af medarbejdere og tilbud til et nyt sundhedshus ikke gjorde det muligt at lægge endnu en udviklingsopgave ind i huset. Arbejdet med at integrere til 'Mit forløb' og Nexus fortsætter ud over projektperioden.

Der er udarbejdet et manifest i en tænketank under ViBIS, hvor danske Patienter sammen med KL og Danske Regioner i 2016 nedsatte en tænketank bestående af 6 ekspertgrupper med i alt 140 brugerrepræsentanter, forskere, uddannelsesrepræsentanter, klinikere, kvalitetskonsulenter og ledere fra det kommunale og regionale sundhedsvæsen. Her har projektleder for dette projekt deltaget i gruppen af kvalitetskonsulenter, hvilket har givet løbende input til dette projekt.

Da manifestet lægger sig pænt op af vores løbende anbefalinger i evalueringen, har vi valgt at vedlægge det som en opsummerende anbefaling. Manifestet er præsenteret i folketinget den 18.4.18 som afslutning på tænketankens arbejde, og fortsætter dermed det nationale fokus på brugerinddragelse og beslutningsstøtte med tilhørende kompetenceudvikling.

Dog vil vi nedenfor fremhæve vores egen opsummerede læring i projektet:

Den opsummerede læring fra Svendborg Kommune:

I den kvalitative evaluering efter afprøvning af værktøjerne fremgår et billede af, hvor forskelligt forståelsen for brugerinddragelse og feedback er blandt medarbejderne, fra de frikøbte, som har arbejdet intensivt med projektet, til de medarbejdere, der grundet involvering i flytning og nyt omsorgssystem stort set kun har kunnet forholde sig til projektet på et praktisk plan. Læringen af dette bliver, at arbejdet med en kultur for brugerinddragelse skal hvile på både et teoretisk og praktisk fundament for netop at give mening og dermed motivation for medarbejderne, som en forudsætning for at arbejde mod et fælles mindset for brugerinddragelse. Emnet er ret indgribende for medarbejderens individuelle faglige tilgang til borgeren, hvor også oplevelsen af at afgive faglig magt er en faktor. Intentionen skal gerne være, at brugerinddragelse ses som en faglig kompetence, der forbedrer tilbud til borgeren om behandling og rehabilitering og samtidig giver arbejdsglæde til medarbejderen.

En læring er også, hvordan de sideløbende tilbud fra ViBIS har givet mulighed for, at vi i dag har et udgangspunkt for at indføre funktionen 'Inddragelsespilot' i organisationen. De frikøbte har arbejdet teoretisk og praktisk med brugerinddragelse og beslutningsstøtte samt været tæt på arbejdet i Tænketanken og på den udviklingsproces, som ViBIS har været i, omkring brugerinddragelse i en kommunal kontekst.

En læring, der også skal fremhæves slutteligt, er altid at sikre en løbende tilpasning af ambitionsniveau efter de lokale vilkår og muligheder. Dette er en kendt faktor, men alligevel en relevant påmindelse for dette projekt om en tydelig organisatorisk plan for udvikling af tilbud, der systematisk inddrager brugerne i udvikling, organisering og evaluering af brugerinddragelse.

På en arbejdsdag med UCL og de frikøbte den 27.11.2017 nåede vi frem til følgende ledetråde/idekatalog til inspiration for det videre arbejde for brugerinddragelse i Sundhedshuset:

Vi sikrer rammer for egen læring i forhold til spørgemetodikken med Karl Tomms spørgsmålstyper ved feedback.

Fordi:

Spørgemetodikken med Karl Tomms spørgsmålstyper som fælles platform faciliterer tværprofessionalitet og brugerinddragelse.

Derfor:

- Udvikler vi en borgerrettet spørgeguide til opfølgende feedbacksamtaler
- Anvender vi refleksionsspørgsmål til refleksion over egen praksis med feedback i opfølgende samtaler efter afprøvningsperioden.

Idebank:

- Anvende John Hatties 3 spørgsmål systematisk som rammesætning ved alle samtaler også i målsætning ved grupperundervisning
- Introducere quickfeedback fra start på aktivitetshold
- Anvende kort og bolde på 'Små Skridt', som forberedelse til runde.
- Systematisere feedback og gøre det lige så vigtig som andet ex. dokumentation, evt ved brug af video og/eller følorder i undervisning og samtaler
- Anvende John Hatties 3 spørgsmål ved refleksionsstop (2 og 2) midt på dagen
- Anvende quickfeedback i personalegruppen
- talesætte læringsperspektivet: spørgsmål giver refleksion
- Anvende Karl Tomms i borgersparring og den tværfaglige sparring
- Sikre at værktøjerne er let tilgængelige
- Tilpasse interviewguide
- Anvende vejen i mappen sammen med mål og aktiviteter
- Involvere borgerne i udformning af gode feedbackspørgsmål til deres læringsproces samt dele eksempler på feedbackspørgsmål med hinanden

Samlet set har Langeland Kommune både bidraget ind i projektet og hentet læring fra deltagelse i projektet.

Det kan konkluderes, at Langeland Kommune har givet følgende bidrag til projektet:

- bidrag til udvikling af beslutningsstøtteværktøjer – særligt i forhold til formulering af følgende tre værktøjer: 1. invitation til telefonsamtale, 2. interviewguide og 3. bekræftelse af aftale om afklarende samtale
- refleksion ved vidensworkshops, kompetenceudviklingsdage og afsluttende temadag

- indsigt i forebyggelses- og rehabiliteringsforløb i Langeland Kommune
- bidrag til formulering af interviewguides til brug ved evaluerende brugersamtaler i form af henholdsvis fokusgruppeinterviews og telefoninterviews
- bidrag til slutrapporten

Det kan konkluderes, at Langeland Kommune har opnået følgende læring via projektet:

- udvikling og implementering af afklarende samtaleforløb, hvorunder de udvalgte beslutningsstøtteværktøjer anvendes
- læring om de konkrete beslutningsstøtteværktøjers fordele og ulemper
- kvalificering til at træffe beslutning om, hvilke metodikker/værktøjer der skal anvendes i afklarende samtaleforløb i Langeland Kommune
- katalysering af proces for udbredelse af brugerinddragelse inden for ældre- og sundhedsområdet i Langeland Kommune

Perspektivering

Den 18. april 2018 præsenteres i folketinget 'Manifest for brugerinddragelse'. Denne er formuleret efter arbejdet i en tænketank under ViBIS, som projektlederen har deltaget i over 2017⁹.

Dette manifest præsenterer en række veje til at nå en vision om mere brugerinddragelse i det danske sundhedsvæsen. Nedenfor opsummeres fra manifestet.

Tænketank for brugerinddragelse mener, at den vigtigste opgave for at styrke brugerinddragelse er **at skabe en kultur**, som i højere grad inkluderer brugeres perspektiver i såvel udvikling af sundhedsvæsenet som i individuelle forløb. En sådan kulturforandring kræver indsats på tre områder, der alle griber ind i hinanden:

Brugerinddragelse er:

Brugere er borgere, patienter og deres pårørende, som modtager ydelser i det kommunale, regionale eller private sundhedsvæsen.

Brugerinddragelse på Individniveau sker,

når den enkelte brugers præferencer, behov og viden afdækkes og indgår i beslutninger om eller tilrette-læggelse af dennes behandling, rehabilitering og pleje.

Brugerinddragelse på organisatorisk niveau sker,

når brugere indgår som repræsentanter for brugerperspektivet i organisering, udvikling og evaluering af sundhedsvæsenet.

⁹ Tænketanken er etableret i 2016 af Danske Patienter i samarbejde med KL og Danske Regioner med midler fra Sundhedsstyrelsen. Tænketanken bestod af seks ekspertgrupper med i alt 140 brugerrepræsentanter, forskere, uddannelsesrepræsentanter, klinikere, kvalitetskonsulenter og ledere fra det kommunale og regionale sundhedsvæsen. Hver ekspertgruppe mødtes 2-4 gange og diskuterede udfordringer og løsninger for brugerinddragelse.

Viden

Viden er et nødvendigt fundament for at de sundhedsprofessionelle kan inddrage brugere i praksis, og skal derfor skabes og formidles til alle erfarne og kommende sundhedsprofessionelle.

Forskere vil ...

- Forske i både positive og negative resultater af brugerinddragelse, og hvordan det påvirker brugere og sundhedsprofessionelle.
- Formidle og diskutere forskning om brugerinddragelse til andre forskere, sundhedsprofessionelle og brugere.

Uddannelsesansvarlige vil ...

- Formulere præcise krav til sundhedsfaglige studerendes viden om og kompetencer til at inddrage brugere, og teste disse i løbet af uddannelsen.
- Samarbejde med praktiksteder om at skabe sammenhæng mellem teoretisk og praktisk læring om brugerinddragelse.

Kvalitetskonsulenter vil ...

- Udvikle og udbrede brugerinddragende tiltag med afsæt i eksisterende viden og erfaringer.
- Dele erfaringer med brugerinddragelse med andre, som arbejder med området.

Motivation

Motivation hos sundhedspersonalet til at inddrage brugere afhænger af flere faktorer.

Centralt står, at det skal give mening i det daglige arbejde.

Klinikere vil ...

- Betragte brugerinddragelse som en faglig kompetence, der forbedrer behandling og rehabilitering, og giver arbejdsglæde.
- Invitere alle brugere til at være inddraget, men anerkende ønsker om ikke at være inddraget.
- Gøre en særlig indsats for at inddrage socialt sårbare brugere ud fra deres behov.

Ledere vil ...

- Værdsætte og efterspørge brugerinddragelse på alle niveauer i organisationen.
- Inkludere brugerinddragelse som en central del af den sundhedsfaglige kerneydelse.

Kvalitetskonsulenter vil ...

- Udfordre bureaukrati og regeltænkning i udvikling af brugerinddragende tiltag, og formidle resultaterne til alle lag i organisationen.
- Skabe realistiske forventninger hos alle relevante aktører til resultater af brugerinddragelse.

Brugerrepræsentanter vil ...

- Formidle brugernes perspektiv på behandling, rehabilitering og forløb direkte til klinikere,

der arbejder med brugere

Organisation

Organisation betegner de strukturelle forhold, der tilsammen udgør et frugtbart miljø for at brugere kan være inddraget, både i eget forløb og som repræsentanter for en større gruppe.

Ledere vil ...

- Lede udvikling af sundhedsvæsenet gennem systematisk inddragelse af brugere.
- Stille rammer til rådighed for udvikling, organisering og evaluering af brugerinddragelse.

Kvalitetskonsulenter vil ...

- Undersøge alle brugeres oplevelser af behandling, rehabilitering og forløb og lære af dem.
- Vurdere og synliggøre resultater af brugerinddragelse på faglige og organisatoriske parametre.

Brugerrepræsentanter vil ...

- Tydeliggøre hvilke kompetencer og betingelser, der skaber et godt samarbejde med sundhedsvæsenet.
- Efterspørge, at alle brugere ses som eksperter i deres eget liv og klædes på til at være inddraget.

11 Bilag

11.1 Bilag 1: Oversigtsskema

Oversigtsskema for workshops (W) og intro- og dialogmøder (ID) Større projektgruppeaktiviteter (PA) og undervisning (UV) i projektperioden

Hvad	Hvornår	Hvorfor og indhold	Hvem
Kick off (W) Facilitator.: Innocate og projekt- leder	4.nov. 2016	Kick off workshop, den foreløbige projektgruppe (Innocate og projektleder) præsenterer projektbeskrivelse med hvorfor, hvad og hvordan.	Borgere i forløb eller tidligere i forløb, medarbejdere fra forebyggelsestilbuddene, tovholdere fra frivilligregi (Stay female og frivillighuset), ViBIS samt projekt- og styregruppe, (Høringsgr.* og inspirationsgr.*)
Borger Workshop (W): Fac. Innoc.	12. dec. 2016	Beskrive nuværende forløb, som en del af feltarbejdet	Borgere (6) i aktuelt forløb – forskellig fra Kick off.
Opstart med frikøbte (PA). Fac.: Innocate og Line Sørensen (sgpl. Overbyg.	24. jan. 2017	Intro til projekt og brugerinddragelse samt opstart med SWOT, hvilke værktøjer er allerede kendt, intro til porte folie samt litteraturforslag.	4 frikøbte (3 dage om måneden i 12 (13) måneder), projektleder samt Katrine og Gitte fra Innocate
Sprint (PA) Fac. Innoc.	6.-10. febr.	Forventningsafstemning og præsentation af analyse fra dec. Udvikling af prototype for koncept og værktøjer.	4 frikøbte (3 dage om måneden i 12 (13) måneder), projektleder samt Katrine og Gitte fra Innocate.
Tværkom munal workshop (W). Facilitator: Innocate	21. marts	Bredere brugerinddragelse på medarbejderniveau. Oplæg om brugerinddrag. (ViBIS) Præsentation af feltarbejdet i Sv. Kom. (Innocate) Workshop på brugerindr. Samt udvikling af værktøjer i en kommunal kontekst.	3-4 sundhedsfaglige og ledere fra hver af følgende Vejle, Nyborg og Assens Kommune. Fra SvB.K: Camille og de fire frikøbte og projektleder samt ViBIS, Innocate og Medware. Samt to fra UCL (Janne og Helle). Frivillig deltagelse fra Sundhedshuset (antal ?)
Workshop i Sundheds-huset (W): Tovholder: Innocate	26. april	Præsenterer feltarbejdet. Præsenterer og kvalificere første bud på koncept og værktøjer.	Alle medarbejdere i Sundhedshuset inkl. Jesper inviteret. (14) Vi var næsten fuldtallig (?)
P-møde i Sundhedshuset (ID)	28. juni	Præsenterer nøgleord (paraply) De tre koncepter Fremhævet feedback	Alle i Sundhedshuset. Næsten fuldtallig (ikke nexusfolk)
Workshop (W) med borgere.	30. august	Kvalificering af prototype inden test, samt anbefalinger til	7 borgere (kick-off og nye) 5 SHP (alle inviteret), Peter, 2 fra

Fremtidsfabrik. Fac. Innocate og Projektled.		afprøvningsfasen.	Langeland (Zita og Winnie) projektgr (-Linda)., UCL (Janne)
Intro (ID) til afprøvningen. Fac. projektgruppen	13. Sept. 8-12	Introduktion til værktøjerne og dialog om anvendelse samt ramme for afprøvning.	SHP i sundhedshuset inkl Jesper samt Winnie fra Langeland (15)
Fælles sprog III Fac. Jesper Ejlsø (ID)	2. okt. 2 time	Introduktion til FSIII	Alle i Sundhedshuset (15)
Fælles afstemning ml. eksterne akt.	13. okt. 8-15.	Koordinering ml. Innocate og UCL. Plan for evaluering	Gitte, Janne, Karina og Tove
Temadag med UCL. (PA) Fac.: Janne	25. okt.	Brugerinddragelsesbegrebet i praksis, klinisk beslutning, feedback og rollen som mentor.	De 3 frikøbte samt Winnie, Karina (evaluator) samt janne(ucl) og Tove
Fælles forståelse af feedback (ID)	2. nov. 12-14	Feedback og brugerinddragelse, hvordan sammenhæng?	5-6 SHP samt de tre frikøbte og Janne.
Temadag med UCL. (ID) Fac. Janne	27. nov. 8-15	Brugerinddragelse og tværproff. Udvikling af ledetråde for feedback. Feedback og klinisk beslutningstagning	8-12: frikøbte og PL 12.30-14.30: Alle i Sundsheds huset inviteret (3 deltog)
Ledermøde Langeland (Formidling)	19. Januar 2018	Opsummering af rammen for projektet: lovgivning anbefalinger, FSIII og Mit liv	3 ledere, 1 medarb., Winnie og Zita samt Janne (UCL) og jeg.
Temadag	25. Januar	Formidling af den kvantitative og kvalitative evaluering med opsamling af læring, anbefalinger og perspektiver med følgende fire overskrifter: proces, beslutningsstøtteværktøjer, kompetenceudvikling og brugerinddragelse.	Styregruppe, projektgruppe, ViBIS, Innocate og UCL (syg)

11.2 Bilag 2: ViBIS

ViBIS har i 2016 udviklet 10 gode råd til funktionen 'Inddragelsespilot:

- Sørg for at få ledelsesopbakning. Lav forventningsafstemning og forpligtende aftaler med din leder. Det ideelle er et parløb med nærmeste leder i et projektførløb
- Skab konsensus og fælles retning gennem dialog og samtale omkring brugerinddragelse. Udbred forståelsen og snak med dine kollegaer på tværs af afdelingen
- Dem din viden med så mange som muligt. Lad folk vide, hvad de kan bruge din viden om brugerinddragelse til.

- Fastholde involverede i projektet, skab god kontakt til nøglepersoner i afdelingerne. Det er en god idé at være to eller flere i et team omkring projektet
- Brug netværk netværk og søg inspiration hos andre, som har arbejdet med brugerinddragelse inden for samme område
- Vær opmærksom på, at ting tager tid. Brug tid på forarbejde og sæt ikke flere ting i gang end personalegruppen kan rumme
- Vis resultater, lav deadlines og sæt mål på inddragelsen. Lav små tiltag, som giver mening i hverdagen
- Vær tro mod grundtanken om brugerinddragelse. Hvad er formålet med indsatsen og hvem gør I det for?
- Hav fokus på, at det er en kulturændring. Se jer selv som kulturbærere.
- Brug det til at skabe fokus på bedre arbejdsmiljø på arbejdspladsen

11.3 Bilag 3: Spørgeskema til borgerne

Hvordan oplevede du dit besøg i Sundhedshuset i dag?

- sæt kryds i det felt som passer bedst til din oplevelse i dag

	Meget lidt	Lidt	Måske	Meget	Rigtig meget
					
Oplevede du, at der blev lyttet til dig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deltog du aktivt i dagens aktiviteter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blev der sat fokus på det, der er vigtigt for dig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du fået noget værdifuldt med dig hjem i dag?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du overblik over hvad dine ønsker og mål er?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Var dagens aktiviteter relevante for det, du gerne vil opnå?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fik du tænkt mere over, hvordan du har det med din sygdom eller situation?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du en plan for, hvordan du når dine ønsker og mål?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



11.4 Bilag 4: UCL's leverancer

1. **Brugerinddragelsesbegrebet / brugersamarbejde.** Hvad betyder forståelserne af det for vores praksis og for borgeren? Hvordan kan vi udvikle praksis i henhold til brugerinddragelsesperspektivet både organisatorisk og i forhold til borgerens beslutningsrejse i rehabiliteringsforløbet?
2. **Klinisk ræsonnement / klinisk beslutningstagen** som samvalg med borgeren og brugerinddragelse. Hvordan sætter vi som professionelle vores kliniske ræsonnement i spil i mødet med borgeren – mhp. at foretage samvalg med borgeren?

3. **Tværfprofessionalitet og samvalg.** Hvad betyder det for brugeren, at vi samarbejder tværfprofessionelt om samvalget og hvordan kan vi praktisere tværfprofessionalitet, så borgeren oplever helhed og sammenhæng i forløbet?
4. **Kulturændring, evaluering.** Systematisk feedback, brugerinddragelse og tværfprofessionalitet. Hvordan kan vi arbejde med og udvikle såvel den systematiske feedback i et brugerinddragelsesperspektiv som tværfprofessionelle feedback i forhold til samvalg og brugerinddragelse?
Perspektiver i forhold til praksisudvikling med port folio og blended learning.
5. **Litteratursøgning** og kvalificering af det teoretiskeudgangspunkt for brugerinddragelse, samvalg og tværfprofessionalitet og i forhold til dokumentation af antagelsen om, at angst, depression og stress er hyppigere forekommende hos kronisk syge borgere.

11.5 Bilag 5: Refleksionsark

Refleksionsark til løbende læring i rollen som brugerinddragelsesagent

Hvor er jeg på vej hen som brugerinddragelsesagent? Hvad er mit mål som brugerinddragelsesagent?	Hvordan klarer jeg mig som brugerinddragelsesagent? Hvordan går det?	Hvordan skal jeg komme videre som brugerinddragelsesagent? Hvad vil jeg gerne have, at der skal ske nu?

Refleksionsspørgsmål

<p>Lineære spørgsmål Detektiven: afklarende, definerende, undersøgende (eksempler):</p> <p>Hvad vil du opnå? Hvad er målet? Hvad skete der? Hvad var din hensigt? Hvem deltog? Hvem deltog ikke? Hvad kunne du tænke dig at han havde gjort i stedet? Hvad vil du?</p>	<p>Lineære spørgsmål Kaptajnen: Ledende, konfronterende, instruerende (eksempler)</p> <p>Hvad er konklusionen? Skal der formuleres mål og aftales handlingsplaner? Hvad vil du gøre anderledes næste gang? Hvordan? Hvad er det første skridt du vil tage? Hvad er det mindste du kan gøre med størst effekt? Hvad tager du med dig fra denne refleksion?</p>
<p>Cirkulære spørgsmål Antropologen: Om adfærd, om perspektiver, er udforskende (eksempler):</p>	<p>Cirkulære spørgsmål Fremtidsforskeren: Hypotesespørgsmål, mulighedsspørgsmål, scenariospørgsmål</p>

<p>Er du sådan, du plejer at gøre? Hvad vil andre mene? Hvad betyder det for dine kollegaer? Hvad ville du sige, hvis du var borger? Hvad ville du som borger ønske mere af og mindre af? Hvad ville de sige, hvis vi spurgte dem? Hvis du skulle se sagen fra dine kollegaers side, hvad ville du så tilføje? Hvad er din andel i, at tingene er, som de er</p>	<p>(eksempler)</p> <p>Hvis alt kunne lade sig gøre, hvad ville du så gøre? Hvis du var sikker på at lykkes, hvad ville du så gøre? Hvad vil det være vigtigt, at der er sket, når du reflekterer over dette næste gang? Hvad ønsker du at gøre mere/mindre af fremover? Hvordan kan I blive endnu bedre til at praktisere brugerinddragelse? Hvad ønsker dine kollegaer af dig i fremtiden? Hvad vil borgerne råde dig til at ændre? Når I næste måned har gennemført forandringen, hvad tror du da, at borgerne er mest glade for? Hvad tror du ledelsen mener, vil give jer succes i forhold til brugerinddragelse?</p>
---	--

Refleksionsark til løbende læring i rollen som mentor

Hvor er jeg på vej hen som mentor?	Hvordan klarer jeg mig som mentor?	Hvordan skal jeg komme videre som mentor?
Hvad er mit mål som mentor?	Hvordan går det?	Hvad vil jeg gerne have, at der skal ske nu i forhold til min rolle og kollegaer?

Refleksionsspørgsmål

<p>Lineære spørgsmål Detektiven: afklarende, definerende, undersøgende (eksempler):</p> <p>Hvad vil du opnå? Hvad er målet? Hvad skete der? Hvad var din hensigt? Hvem deltog? Hvem deltog ikke? Hvad kunne du tænke dig at han havde gjort i stedet? Hvad vil du?</p>	<p>Lineære spørgsmål Kaptajnen: Ledende, konfronterende, instruerende (eksempler)</p> <p>Hvad er konklusionen? Skal der formuleres mål og aftales handlingsplaner? Hvad vil du gøre anderledes næste gang? Hvordan? Hvad er det første skridt du vil tage? Hvad er det mindste du kan gøre med størst effekt? Hvad tager du med dig fra denne refleksion?</p>
<p>Cirkulære spørgsmål Antropologen: Om adfærd, om perspektiver, er udforskende (eksempler):</p> <p>Er du sådan, du plejer at gøre?</p>	<p>Cirkulære spørgsmål Fremtidsforskeren: Hypotesespørgsmål, mulighedsspørgsmål, scenarispørgsmål (eksempler)</p>

<p>Hvad vil andre mene? Hvad betyder det for dine kollegaer? Hvad ville du sige, hvis du var borger? Hvad ville du som borger ønske mere af og mindre af? Hvad ville de sige, hvis vi spurgte dem? Hvis du skulle se sagen fra dine kollegaers side, hvad ville du så tilføje? Hvad er din andel i, at tingene er, som de er?</p>	<p>Hvis alt kunne lade sig gøre, hvad ville du så gøre? Hvis du var sikker på at lykkes, hvad ville du så gøre? Hvad vil det være vigtigt, at der er sket, når du reflekterer over dette næste gang? Hvad ønsker du at gøre mere/mindre af fremover? Hvordan kan du blive endnu bedre til som mentor? Hvad ønsker dine kollegaer af dig som mentor i fremtiden? Når I næste måned har gennemført forandringen, hvad tror du da, at kollegaer er mest glade for? Hvad tror du ledelsen mener, vil give dig succes som mentor?</p>
---	---

11.6 Bilag 6: 17 delmål

17 delmål/milepæle til projekt beslutningsstøtteværktøj

Projektets udviklingsproces af Samvalg BSV er inspireret af Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) udviklingsmodel af beslutningsværktøjer http://www.vibis.dk/sites/vibis.dk/files/bibliotek/figur_udviklingsproces_2.pdf samt af den anerkendte brugerinvolverende innovationsmetode Design Thinking. Design Thinking er en menneskecentreret tilgang, der bygger på empati, etnografi og tværfaglighed. <http://www.innocate.dk/om-innocate/innovation-og-sundhedspaedagogik/>
Projektet består af 3 faser med 17 delmål (jf. tidsplan)

Fase 1: Afdækning

- 1) Borgerens behov, værdier og muligheder er afdækket i forhold til, når borgeren skal træffe et valg og til et fælles beslutningsstøtteværktøj.
- 2) ”Borgerrejser” gennem forskellige tilbud er klarlagt
- 3) 4-6 Personaer til brug for udvikling af koncept.
- 4) SHPs behov, værdier og muligheder er afdækket i forhold til at give støtte til borgeren i valgsituationer.
- 5) Fordele/ ulemper ved forskellige Svendborgs Kommunes sundhedstilbud/valg er identificeret
- 6) Relevant litteratur, andre beslutningsværktøjer og metoder er identificeret.

Tidsramme: august- december 2016

Fase 2: Udvikling

- 7) Design principper er udviklet
- 8) Et overordnet BSV koncept er beskrevet
- 9) Forskellige sammenhængende og understøttende værktøjer er designet, layoutet og trykt
- 10) Indarbejdet i Sundhedsafdelingens it-systemer
- 11) Instruktionsguide er skrevet
- 12) Værktøjer er prototype testet i praksis
- 13) Test analyseret og finjusteringer er foretaget
- 14) Koncept med værktøjer og guide er trykt og klar til ekstern test

Tidsramme: januar-august 2016

Fase 3: Implementering og udbredelse

14) BSV er peer-reviewed og testet af såvel borger som SHP, som ikke har været med i udviklingen af værktøjet.

15) SHP har deltaget i kompetenceudvikling

16) Der er anbefalinger for, hvordan værktøjet mest hensigtsmæssigt anvendes, udbredes og implementeres i lignende sundhedsfaglige sammenhænge.

17) Evaluering og afrapportering er foretaget

Tidsramme: september 2016 – februar 2017

11.7 Bilag 7: Quickguide for nationale kliniske retningslinjer for hjerterehabilitering

NATIONAL KLINISK RETNINGSLINJE FOR HJERTEREHABILITERING

Quick guide

Anbefalingerne handler om fase II rehabilitering af patienter med iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt samt af patienter som har fået lavet en hjerteklapoperation.

Systematisk henvisning

↑↑	Det anbefales, at patienter med iskæmisk hjertesygdom (AMI, angina pectoris, CABG og PCI) systematisk henvises til hjerterehabilitering (⊕⊕○○).
(√)	Arbejdsgruppen anser det som god praksis, at patienter med hjertesvigt, og patienter der har fået foretaget en hjerteklapoperation, vurderes systematisk med henblik på deltagelse i hjerterehabilitering.

Barrierer for fastholdelse

↑	Det bør overvejes at håndtere kendte barrierer med henblik på at fastholde deltagere i hjerterehabilitering (⊕○○○).
---	---

Fysisk træning

↑↑	Det anbefales, at patienter med iskæmisk hjertesygdom (AMI, CABG og PCI) og hjertesvigt tilbydes fysisk træning (⊕⊕⊕○).
(√)	Arbejdsgruppen anser det som god praksis, at patienter med angina pectoris, og patienter der har fået foretaget en hjerteklapoperation, tilbydes fysisk træning.

Patientuddannelse

↑↑	Det anbefales, at patienter med iskæmisk hjertesygdom (AMI, angina pectoris, CABG og PCI) og hjertesvigt tilbydes patientuddannelse (⊕⊕⊕○).
(√)	Arbejdsgruppen anser det som god praksis, at patienter, der har fået foretaget en hjerteklapoperation, tilbydes patientuddannelse.

Psykosocial indsats	
↑↑	Det anbefales, at patienter med iskæmisk hjertesygdom (AMI, angina pectoris, CABG og PCI) tilbydes en psykosocial indsats i forbindelse med hjerterehabilitering (⊕⊕⊕○).
(√)	Arbejdsgruppen anser det som god praksis, at patienter med hjertesvigt, og patienter der har fået foretaget en hjerteklapoperation, tilbydes en psykosocial indsats i forbindelse med hjerterehabilitering.
Opsporing af angst og depression	
(√)	Arbejdsgruppen anser det som god praksis at opspore angst og depression hos patienter med iskæmisk hjertesygdom (AMI, angina pectoris, CABG og PCI) og hjertesvigt, samt patienter som har gennemgået en hjerteklapoperation.
Kostintervention	
↑↑	Det anbefales at patienter med iskæmisk hjertesygdom (AMI, angina pectoris, CABG, og PCI) initialt vurderes med henblik på at afklare behovet for kostintervention og ved identificeret behov at tilbyde diætbehandlingsom led i hjerterehabilitering (⊕⊕⊕○).
(√)	Arbejdsgruppen anser det som god praksis, at patienter med hjertesvigt, og patienter som har gennemgået en hjerteklapoperation (i det tidlige postoperative forløb), vurderes med henblik på at afklare behovet for kostintervention.
Rygestop-intervention	
↑↑	Det anbefales at rygere med iskæmisk hjertesygdom (AMI, angina pectoris, CABG og PCI) tilbydes rygestop-intervention som en del af hjerterehabilitering (⊕⊕○○).
(√)	Arbejdsgruppen anser det som god praksis, at rygere med hjertesvigt eller som har gennemgået en hjerteklapoperation opfordres til rygestop og tilbydes intervention i lighed med baggrundsbefolkningen.
Arbejdsfastholdelse	
(√)	Arbejdsgruppen anser det som god praksis at afdække tilknytning til arbejdsmarkedet hos patienter med iskæmisk hjertesygdom (AMI, angina pectoris, CABG og PCI) og hjertesvigt, og hos patienter som har fået lavet en hjerteklapoperation. Arbejdsgruppen anser det også som god praksis at støtte patienterne i at vende tilbage til arbejdet i videst muligt omfang.

Info om quick guiden

Denne quick guide indeholder en oversigt over de centrale anbefalinger i den nationale kliniske retningslinje for hjerte-rehabilitering, fase II rehabilitering af patienter med iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt samt patienter som har fået lavet en hjerteklapoperation.

Efter anbefalingerne er angivet følgende symboler, som indikerer styrken af den bagvedliggende evidens – fra høj til meget lav:

(⊕⊕⊕⊕) = høj
(⊕⊕⊕○) = moderat
(⊕⊕○○) = lav
(⊕○○○) = meget lav.

Foran anbefalingerne er angivet følgende, som indikerer styrken af anbefalingerne:

↑↑ = stærk anbefaling for
↓↓ = en stærk anbefaling imod
↑ = en svag/betinget anbefaling for
↓ = en svag/betinget anbefaling imod.

Symbolet (√) angiver god praksis, hvis der ikke er fundet evidens på området, men arbejdsgruppen ved konsensus ønsker at fremhæve særlige aspekter af anerkendt klinisk praksis.

Yderligere materiale på sst.dk

På sst.dk kan man finde en detaljeret gennemgang af den bagvedliggende evidens, information om emnevalg, metode og proces.

Information om de nationale kliniske retningslinjer (NKR)

Denne nationale kliniske retningslinje er én af 50 nationale kliniske retningslinjer (NKR), der udarbejdes i regi af Sundhedsstyrelsen i perioden 2013-2016.

11.8 Bilag 8: Patientinvolvering og institutionelle logikker – implementeringsprocesser i praksis

Teoretisk ramme for operationalisering af implementering gennem fire generative mekanismer:

<p>1. <i>Mening og sammenhæng</i> vedrører deltageres forståelse af praksis og den mening, de tilskriver praksis. Antagelsen er, at implementeringsprocesser får deres energi fra deltagerne meningstilskrivning. Undersøgelsen fokuserer på, hvordan praksis forstås af deltagerne, og hvordan de sammenligner den med andre praksisser.</p>	<p>2. <i>Kognitiv deltagelse</i> vedrører deltageres engagement og legitimering. Antagelsen er, at implementeringsprocesser får deres energi fra deltageres engagement. Undersøgelsen fokuserer på, hvordan deltagerne tager del i praksis, og hvad der motiverer dem til fortsat at deltage.</p>
<p>3. <i>Kollektiv handling</i> vedrører handlinger, som hæmmer eller fremmer gennemførelsen. Antagelsen er, at implementeringsprocesser får deres energi fra deltageres indsats i praksis. Undersøgelsen fokuserer på, hvordan deltagerne får en praksis til at fungere, og hvordan deres aktiviteter er organiseret og struktureret.</p>	<p>4. <i>Refleksiv monitorering</i> vedrører måling, som hæmmer eller fremmer deltageres opfattelse af effekten af praksis. Antagelsen er, at implementeringsprocesser får deres energi fra deltageres vurdering. Undersøgelsen fokuserer på, hvordan deltagerne evaluerer praksis, hvordan vurderingen ændrer det sig over tid, og hvad effekten er af evalueringen.</p>

Beedholm et al., 2017 (nr. 3)