INSPIRATIONSKATALOG

Borgerinddragelse i kommunernes sundhedsopgaver

10 eksempler på borgerinddragelse i kommuner

VIDENSCENTER FOR BRUGERINDDRAGELSE
– i sundhedsvæsenet

Indhold

Introduktion	**3**
Dette inspirationskatalog	**3**
Hvad er borgerinddragelse?	**4**
Anbefalinger til implementering af borgerinddragelse	**7**
10 eksempler på borgerinddragelse i kommuner	**9**
1. Ældre- og Værdighedspolitik • Rudersdal Kommune	**10**
2. Sammen om byen • Københavns Kommune	**12**
3. Samskabelse, Unge og Alkohol • Roskilde Kommune	**14**
4. Fastsætte mål sammen med borgeren • Københavns Kommune	**16**
5. Brobyggerne • Skanderborg kommune	**18**
6. Sammen om min vej • Lolland og Guldborgsund kommuner	**20**
7. Fælles beslutningstagning • Svendborg Kommune	**22**
8. Koordination med borgeren i centrum • Esbjerg Kommune	**24**
9. Konference med borgeren • Gladsaxe Kommune	**26**
10. Inddragelse af pårørende i eget forløb • Rødovre Kommune	**28**
Borgerråd	**29**
Læs mere	**30**
Bilag 1 ViBIS kriterier for Borgerinddragelse	**31**
Bilag 2 Det nationale kvalitetsprogram, sundhedsaftaler og det borgernære sundhedsvæsen	**35**

Introduktion

Flere og flere danskere bliver ældre og mange af dem lever med kroniske sygdomme. På grund af sundhedsvæsenets struktur, kortere indlæggelsestider og flere ambulante besøg varetager kommunerne et stigende antal sundhedsopgaver. Det gælder blandt andet pleje af syge i eget hjem, rehabilitering og genoptræning. Kommunerne varetager derfor en central rolle i sundhedsvæsenet og i pleje af borgere.

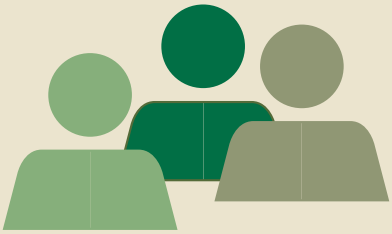
Der er en øget kompleksitet i behandling, pleje af borgere og et stigende antal multisyge borgere (det vil sige borgere med to eller flere sygdomme). Desuden sker en stor del af behandlingen og plejen i hjemmet, hvilket ofte er noget, som borgeren selv varetager. Derfor er der et øget behov for at tilpasse pleje og behandling til den enkelte borger. I forlængelse af dette er der et ønske i befolkningen om mere inddragelse af borgeren i den enkeltes pleje og forløb.

Dette inspirationskatalog

Inspirationskatalogets formål er at inspirere kommuner til at kvalificere deres arbejde med borgerinddragelse eller til at begynde at arbejde med borgerinddragelse i sundhedsopgaverne.

Kataloget giver en indføring i begrebet borgerinddragelse og kommer med anbefalinger til, hvordan man kan arbejde med at inddrage borgerne i sundhedsopgaverne. Efterfølgende beskrives 10 eksempler på borgerinddragelse i kommunernes sundhedsopgaver. Eksemplerne viser konkrete måder, hvorpå man i kommunerne kan arbejde med borgerinddragelse i sundhedsopgaverne.

Målgruppen er ledere, projekt- og udviklingsmedarbejdere i kommunerne, der arbejder med eller gerne vil arbejdemed inddragelse i sundhedsopgaverne. Det er primært i sundhedsforvaltningerne, men også andre forvaltninger (eksempelvis social- og beskæftigelsesforvaltningerne), der samarbejder med sundhedsforvaltningerne, kan også have glæde af inspirationen i forbindelse med tværgående samarbejde.



BEGREBSAFKLARING – BORGER

Borger betegner her en person, som benytter sig af kommunens sundhedsydelser, herunder for eksempel pleje, rehabilitering eller forebyggelse. Borger kan også dække over pårørende til personer med sygdom.

Hvad er borgerinddragelse?

Borgerinddragelse i kommunernes sundhedsopgaver handler om at inddrage borgernes viden, præferencer og behov i tilrettelæggelsen af sundhedopgaverne, så de tilpasses den enkelte eller borgergruppen. Det betyder, at man systematisk afdækker borgerens viden, præferencer og behov, hvorefter borgeren og sundhedspersonen i fællesskab finder frem til de bedst mulige løsninger eller det bedst mulige forløb.

ViBIS opdeler inddragelse i:

- **Individuel inddragelse:** Inddragelse af borgere i deres eget forløb – for eksempel rehabiliteringsforløb, som tilpasses individuelt til den enkelte på baggrund af en systematisk dialog om borgerens viden, præferencer og behov.
- **Organisatorisk inddragelse:** Inddragelse af borgere i udvikling af løsninger af kommunernes sundhedsopgaver, hvor borgerperspektivet afdækkes og inddrages i udvikling eller drift.
- **Pårørendeinddragelse:** Inddragelse af pårørende i de syge borgeres forløb eller inddragelse i de pårørendes eget forløb.

VIBIS' KRITERIER FOR BORGERINDDRAGELSE

- ViBIS har udviklet kriterier, der konkretiserer forståelsen af borgerinddragelse. De er delt op i tre kategorier: **Organisatorisk inddragelse, individuel inddragelse og pårørendeinddragelse.**
- Kriterierne handler om at skabe **rammer** for inddragelsen, at skabe en systematisk **proces** for samarbejdet mellem borger og sundhedsperson samt – i samarbejde med borgeren – at **anvende** viden fra borgeren i tilrettelæggelsen af det videre forløb.
- Kriterierne kan bruges til at kvalificere, i hvilken grad sundhedsopgaverne er tilrettelagt borgerinddragende, og hvordan opgaverne i højere grad kan være borgerinddragende.

Se bilag 1.

Hvorfor borgerinddragelse?

Borgerinddragelse er ikke et mål i sig selv, men har til formål at skabe bedre løsninger for borgerne, sammen med borgerne. Borgere i sundhedsvæsenet har et andet perspektiv og en anden viden end sundhedspersonerne og medarbejderne i sundhedsforvaltningerne, og derfor kan borgerne være med til at stille andre former for spørgsmål og finde andre typer af løsninger, når det gælder sundhedsopgaverne. I kommunerne er der et potentiale i at arbejde med borgerinddragelse, da det kan målrette løsningerne på sundhedsopgaverne endnu bedre til borgerne.

Individuel inddragelse er skræddersyede forløb, som i højere grad imødekommer individuelle problemer. Det kan give bedre forløb og resultater for borgerne, idet et skræddersyet forløb til den enkelte i højere grad understøtter individuelle løsninger på individuelle problemer.

Organisatorisk inddragelse fremmer en kultur, hvor borgerens og sundhedspersonernes perspektiv anerkendes som vigtige og ligeværdige og samtidig sikrer løsninger, der imødekommer borgernes behov. Det bidrager til at kvalificere og nuancere kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet.

Borgerperspektivet i både individuel og organisatorisk inddragelse indgår som ligeværdig ekspertviden ligesom sundhedsfaglig, administrativ og økonomisk viden. Borgerperspektivet handler om, hvad det vil sige at benytte sig af en sundhedsindsats, eller hvordan det er at leve med en sygdom. I processer, hvor man inddrager borgerperspektivet, kommer der dermed en anden type viden i spil, og det giver som regel andre løsninger, som er mere borgerrettede. Inddragelse af borgerperspektivet bidrager med en 'forstyrrelse', idet borgere bidrager med en anden type viden. Man skal være klar til denne forstyrrelse og ville inddragelsen af borgerperspektivet for netop at finde andre løsninger.

Hvad så med samskabelse?

I kommunerne anvendes begreberne **samskabelse** og **co-creation.** Det er udviklingsprocesser, hvor man i samarbejde med borgerne udvikler borgerrettede løsninger på kommunale opgaver. Samskabelse er en proces, hvor medarbejdere i kommunen sammen med interessenter fra det omgivende samfund (frivillige, borgere, erhvervsliv med videre) udvikler konkrete indsatser.

Samskabelse lægger sig tæt op af eller overlapper med borgerinddragelse. Borgerinddragelse og samskabelse kan i praksis udmøntes, så de ligner hinanden, og de skal begge sikre, at borgerne reelt får indflydelse. Det er vigtigt at være opmærksom på, at borgerinddragelse i ViBIS' forståelse handler om systematisk at afdække og anvende borgerperspektivet i sundhedopgaver – både i individuelle forløb og i organisatoriske udviklingsprocesser. Målgruppen for borgerinddragelse er borgere, der benytter sig af sundhedsydelser og ikke alle borgere i kommunen. Samskabelse drejer sig derfor ikke nødvendigvis om sundhedsopgaver, men kan inddrage en bredere gruppe af borgere og har ikke nødvendigvis de samme kriterier (se bilag 1). Samskabelse er således en mere generel udviklingsproces, men har mange af de samme træk som borgerinddragelse.

Anbefalinger til implementering af borgerinddragelse

Udvikling og implementering af borgerinddragelse i sundhedsopgaver kræver både systematik, rammer, kompetencer og kultur. Det skal tilsammen understøtte, at medarbejdere og sundhedspersoner i kommunerne reelt kan inddrage borgerne og deres viden, præferencer og behov i forløb og udviklingsprocesser. ViBIS' kriterier for borgerinddragelse (se bilag 1) kan kvalificere indsatsen ved at spejle kriterierne ind i indsatsen.

For i endnu højere grad at understøtte udvikling og implementering af borgerinddragelse, har ViBIS udviklet seks anbefalinger, der guider og konkretiserer arbejdet med borgerinddragelse i sundhedsvæsenet.

Anbefalingerne har fokus på udvikling og implementering af nye inddragelsesindsatser. De har til formål at skabe indsatser, der er nyttige for borgere og sundhedspersoner, og samtidig tilpasse indsatserne til den lokale praksis. Anbefalingerne er underbygget af solid forskning om udvikling og implementering af borgerinddragelse på hospitaler samt internationale erfaringer fra andre større implementeringsprojekter.

De 6 anbefalinger

- Inddrag borgerne systematisk i udviklingen og implementeringen af inddragelsesmetoderne.
- Gå forrest som leder.
- Giv sundhedspersonerne stor indflydelse.
- Tilbyd sundhedspersonerne undervisning og processtøtte.
- Brug borgernes stemme og de gode historier som motivation.
- Evaluer indsatsen med konkrete måleredskaber.

Læs mere på www.vibis.dk/DBHanbefalinger

Som supplement til implementeringsanbefalingerne er nedenfor opstillet en række overvejelser, som man skal gøre sig i forbindelse med implementeringen af borgerinddragelsen. De relaterer sig til henholdsvis organisatorisk inddragelse, individuel inddragelse, pårørendeinddragelse og medarbejderkompetencer. Det er overvejelser, man skal reflektere over og besvare i forhold til sin egen kontekst og praksis. Overvejelserne skal konkretisere formål med inddragelsen, rammerne for inddragelsen, processen for samarbejdet med borgerne og anvendelsen af borgernes perspektiver. De skal yderligere understøtte meningen og relevansen i den praksis, som man arbejder med, hvilket er helt afgørende for at kunne kvalificere eller implementere inddragelse af borgerne. Overvejelserne er således supplerende procesredskaber.

Overvejelser i forbindelse med implementering af borgerinddragelse:

Organisatorisk inddragelse – inddragelse af borgere i udvikling af sundhedsopgaver:

- Hvad er formålet med borgerinddragelsen i kommunen eller i den konkrete sundhedsopgave?
- Hvilke rammer, vilkår og muligheder har kommunen for borgerinddragelse i udvikling og drift?
- Hvilken proces har kommunen for borgerinddragelse? Hvornår inddrages borgerne? Hvad inddrages de i? Hvordan afdækker kommunen borgerperspektivet (også for særlige og/eller sårbare grupper)?
- Hvordan bæres borgerperspektivet ind i udvikling og drift, så viden aktivt anvendes?
- Hvordan følges indsatsen, så den løbende kan tilpasses gruppen?
- Hvornår er det svært?

Individuel inddragelse – inddragelse af borgere i deres eget forløb:

- Hvad er borgerinddragelse i den konkrete sundhedsopgave?
- Hvilke rammer, vilkår og muligheder har sundhedspersonerne for at inddrage borgerne i de enkelte forløb?
- Hvilken kultur har medarbejdergruppen for at inddrage borgerne i tilrettelæggelsen af deres individuelle forløb?
- Hvilke redskaber og metoder har sundhedspersonerne i forhold til at:
  1. Afdække borgeres viden, præferencer og behov?
  2. Dele sundhedsfaglig viden og borgerens viden?
  3. I fællesskab med borgeren at anvende borgerperspektivet i tilrettelæggelsen af det videre forløb?
- Hvornår er det svært?

Pårørendeinddragelse – inddragelse af pårørende i eget eller den syge borgers forløb:

- Hvilke rammer, vilkår og muligheder har kommunen for at inddrage pårørende?
- Hvordan afdækker sundhedspersonerne, hvem de pårørende er?
- Hvilke redskaber og metoder har sundhedspersonerne til at afdække de pårørendes viden, præferencer og behov samt anvende deres perspektiv i tilrettelæggelsen af den pårørendes eller den syges forløb?

Kompetenceudvikling:

- Hvordan kan kommunen arbejde med at kvalificere medarbejdernes kompetencer til at inddrage borgere?
- Hvilke medarbejdere skal være en del af kompetenceudviklingen?
- Hvilke kompetencer er centrale?

10 eksempler på borgerinddragelse i kommuner

I dette afsnit er der beskrevet 10 eksempler på kommunale sundhedsopgaver, hvor man har gode erfaringer med at inddrage borgerne. Eksemplerne er af varieret omfang, og de er beskrevet mere eller mindre fyldigt og detaljeret her i kataloget. Der er både eksempler på organisatorisk og individuel inddragelse samt pårørendeinddragelse, og nogle eksempler rummer flere typer af inddragelse.

I eksemplerne beskrives det, hvad indsatsen indeholder, og hvad det borgerinddragende element er. De viser måder, hvorpå borgerinddragelse fungerer i en kommunal, sundhedsfaglig kontekst, og eksemplerne er tænkt som inspiration til, hvordan man kan gribe inddragelsen an.

1 RUDERSDAL KOMMUNE

Ældre- og Værdighedspolitik

Rudersdal Kommune har udviklet en Ældre- og Værdighedspolitik, hvor de har beskrevet kommunens visioner og værdier i forbindelse med at hjælpe borgere på sundheds- og ældreområdet. Politikken beskriver, hvordan kommunen bestræber sig på at have et aktivt samarbejde med borgerne med ligeværdighed og respekt i relationen.

Politikken beskriver både, hvordan borgerne skal inddrages i individuelle forløb på baggrund af deres personlige baggrund, erfaringer og behov og medarbejdernes faglige viden**.** Samt at borgerne har indflydelse på beslutninger og planer, der vedrører dem selv. (Individuel inddragelse)

Politikken beskriver desuden, at borgere bidrager i planlægning og udformning af politikker, indsatser og projekter, der vedrører borgere i kommunen, og at borgernes erfaringer og inputs indgår i videreudviklingen af tilbud og arbejdsgange. (Organisatorisk inddragelse)

På den måde sættes inddragelse (individuelt og organisatorisk) i fokus som en vision, som man skal arbejde hen imod. Politikken står ikke alene, men bliver i kommunens praksis blandt andet udmøntet via forvaltningernes virksomhedsplaner og – som beskrevet her – via rehabiliteringen i hjemmeplejen.

I praksis ses politikken eksempelvis udmøntet i rehabiliteringen i hjemmeplejen, hvor målgruppen er borgere med behov for pleje eller praktisk hjælp (Serviceloven § 83a). Følgende faggrupper kan potentielt indgå i rehabiliteringsforløbene: Ergo- og fysioterapeuter, sygeplejersker, social- og sundhedspersonale, visitatorer, koordinerende sygeplejersker, sagsbehandlende ergoterapeuter og kostfaglige medarbejdere. Det er dermed dem, der omsætter og virkeliggør politikken i dagligdagen, og ofte er det en lille gruppe medarbejdere, der arbejder sammen – typisk en ergoterapeut, en sygeplejerske og social- og sundhedspersonale.

Rammen for rehabiliteringsindsatsen er en lokalt udarbejdet skriftlig **rehabiliteringsinstruks** for det tværfaglige rehabiliteringsforløb. Denne ramme skal blandt andet sikre den individuelle borgerinddragelse. Ved opstart af et forløb interviewer ergoterapeuten borgeren om egne oplevede behov, ressourcer og aktivitetsproblematikker, og der samarbejdes om og aftales mål for indsatsen med borgeren. Til det anvendes redskabet **Canadian Occupational Performance Measure – COPM**. På baggrund af interviewet aftaler ergoterapeuten og borgeren samt eventuelt pårørende målene for indsatsen. Målene justeres og indsatsen evalueres i samarbejde med borgeren.

Rehabiliteringsindsatserne koordineres efterfølgende på ugentlige tværfaglige rehabiliteringsmøder med deltagelse af ergoterapeuter, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Der udarbejdes en overordnet rehabiliteringsplan til opfyldelse af borgerens mål for aktivitet og deltagelse samt øvrige behov for sundhedsfaglige og/eller sociale indsatser.

2 KØBENHAVNS KOMMUNE

Sammen om byen

Københavns Kommune har en fælles, organisatorisk inddragelsesindsats på tværs af forvaltningerne kaldet **Sammen om Byen**. Formålet er at styrke dialogen med københavnerne for at inddrage dem mere i byens udvikling – blandt andet på sundhedsområdet.

Indsatsen baseres på fem principper, der skal gennemstrømme tilgangen til dialogen med københavnerne på tværs af kommunes forvaltninger:

- Dialog er en kerneopgave. Organisationen skal løbende tilpasses for bedre at kunne understøtte dialog både om kerneopgaver og nye projekter.
- Dialogen skal finde sted tidligt i processen.
- Dialogen skal være tydelig. Det handler om forventningsafstemning og om at være præcis.
- Dialogen skal være engagerende. Rammerne skal skabes, så der bliver mulighed for, at idéer kan udfoldes, gribes og bæres videre, så indflydelsen bliver reel.
- Dialogen skal være mangfoldig, så flest mulige interesser og synspunkter inddrages.

Konkrete indsatser på sundhedsområdet, hvor borgerinddragelse er i centrum er blandt andet: Hjemmedemokrati på plejecentre, borgerpanel og borgerdialogmøder i hjemmeplejen, strategi for borgerinddragelse i sundhedshusene.

Meget af indsatsen i Sammen om Byen består i at blive bedre til at dele de erfaringer og viden mellem forskellige medarbejdergrupper og forvaltninger og at skabe opmærksomhed i ledelseslaget om, hvordan dialog med borgerne bedre kan understøttes systematisk.

Borgerinddragelsen kommer til udtryk, når konkrete projekter og indsatser planlægges og udfoldes rundt om i kommunen med inspiration fra de fem principper. Sammen om Byen-grupperne har indtil videre kun lavet få københavnervendte aktiviteter, primært en webportal (www.kk.dk/faaindflydelse), hvor man som borger kan se mulighederne for at deltage i forskellige tiltag og/eller begivenheder. I Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er der imidlertid allerede fokus på inddragelse af borgerne i mange sammenhænge, så det skal ikke forstås som, at dette fokus først er opstået med Sammen Om Byen.

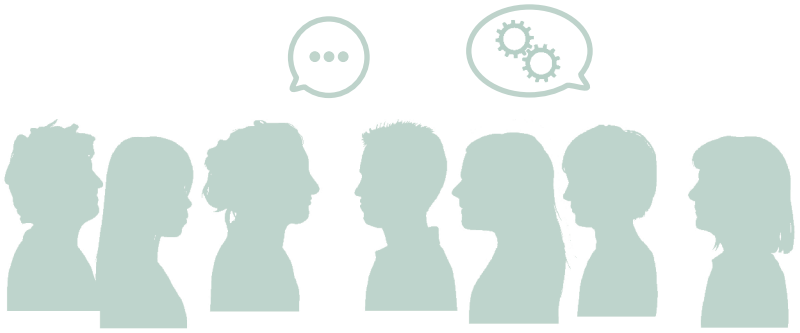
3 ROSKILDE KOMMUNE

Samskabelse, Unge og Alkohol

I Roskilde Kommune har man arbejdet aktivt med organisatorisk inddragelse i projektet Samskabelse, Unge og Alkohol[1]. Projektet skal nå unge som en særlig målgruppe[2]. Formålet er at udvikle nye idéer og aktiviteter sammen med de unge med henblik på at nedsætte alkoholforbruget og skabe en sundere alkoholkultur, mens samskabelse afprøves som metode.[3]

Målgruppen er unge i udskolingsalderen, unge på ungdomsuddannelserne i Roskilde Kommune og – sekundært – unge uden for arbejdsmarkedet. Medarbejdergruppen er kommunale og lokale interessenter, der til dagligt arbejder med unge – herunder SSP, rusmiddelkonsulenter, ungevejledere og Headspace.

Sammen med sundhedspersoner har de unge været inddraget i hele projektets proces fra opstart, planlægning, afvikling af aktiviteter til afslutningen af projektet. Der er blandt andet blevet afholdt en fælles indledende workshop til idégenerering og definition af projektet – netop for at åbne op for eventuelle input, som man i projektgruppen ikke selv har haft øje for. En bred ungegruppe med repræsentanter fra ungeudvalget og unge fra gymnasierne blev inviteret til workshoppen. De unge tog ejerskab og gjorde det til deres projekt blandt andet ved en ung-til-ung-italesættelse af alkoholproblematikken. Det resulterede blandt andet i en række alkoholfrie arrangementer på steder, hvor de unge færdes i kommunen.



1 Samskabelse, Unge og Alkohol er et partnerskabsprojekt, som Roskilde Kommune har deltaget i sammen med seks andre kommuner, Kræftens Bekæmpelse, Trygfondens alkoholkampagne, Alkohol & Samfund og Kommunernes Landsforening (KL).

2 Projektet er et forebyggelsesprojekt, og målgruppen er således ikke borgere, der benytter kommunens sundhedsopgaver. Eksemplet er taget med, da det illustrerer, hvordan man kan udvikle en indsats målrettet en særlig gruppe, som ellers kan være vanskelig at nå uden borgerinddragelse.

3 Bemærk, at der er et overlap mellem begreberne **samskabelse** og **organisatorisk borgerinddragelse**, læs mere i introduktionen til dette inspirationskatalog.

I evalueringen af projektet fremgår det, at inddragelse af målgruppen har tilvejebragt bedre og mere relevante aktiviteter, der kan bidrage til at skabe en sundere alkoholkultur blandt unge. Erfaringerne viser, at det er vigtigt, at de unge inddrages i hele processen og er med til at udvikle nye idéer og konkrete løsningsforslag, der tages seriøst. Det er vigtigt, at de unge har en reel indflydelse, samt at det er tydeligt, hvor de har indflydelse, og hvor de ikke har indflydelse. Der er en positiv sammenhæng mellem den grad, som de unge er blevet involveret, og den grad de unge har følt engagement og ejerskab for processen.

Projektet viser, at det kan være svært at fastholde de unges interesse over en lang projektperiode. Det er særligt i planlægningsprocessen, at det er svært at finde en mødeform, der appellerer til de unge, så deres interesse fastholdes. Derfor er det – for eksempel i forhold til møder – vigtigt at afprøve nye mødeformer i form af dagsordener, referater, mødesteder, kommunikationsplatforme og så videre. Ligeledes er det vigtigt, at processen faciliteres af andre end de unge i en åben proces, hvor de unges input anvendes.

4 KØBENHAVNS KOMMUNE

Fastsætte mål sammen med borgeren

I Københavns Kommunes genoptræning og rehabilitering anvendes **Patient Specifik Funktionel Skala** (PSFS). Det er et redskab, som kan anvendes til at inddrage borgere i målsætning, opfølgning, justering og effektmåling af genoptrænings- og rehabiliteringsforløbet. PSFS er et effektmålingsredskab, der udfyldes i dialog med borgeren og et redskab til individuel inddragelse.

PSFS har to formål:

- Det kan være et dialog- og inddragelsesredskab til at afdække og fastsætte mål sammen med borgeren for genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen.
- Det kan være et effektmålingsredskab til at vurdere udviklingen i borgerens funktion (altså monitorere indsatserne med resultatdata for den borgeroplevede effekt).

PSFS anvendes ved den indledende samtale med borgeren og kan herefter genbesøges og monitoreres i forbindelse med løbende opfølgning og/eller som afslutning af indsatsen. Borgeren skal i samarbejde med sundhedspersonen via PSFS udvælge aktiviteter, som denne gerne vil forbedre under indsatsen. Med PSFS understøttes en dialog om målsætningen med indsatserne, således at målsætningen sker i samarbejde med borgeren.

PSFS måler effekten af ICF-dimensionen **aktivitet** og **deltagelse**[4]. PSFS giver mulighed for en systematisk inddragelse af borgeren i målsætningen for indsatsen og leverer valide data for målsætningens opfyldelsesgrad. PSFS anvendes i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen til effektmåling på en lang række rehabiliterings- og genoptræningsindsatser. Resultaterne af PSFS-målingerne er en del af ledelsesinformationen.

Målgruppen er borgere i den arbejdsdygtige alder, hjemmeboende ældre samt svækkede ældre efter indlæggelse på hospital. PSFS anvendes til genoptræning efter sundhedslovens § 140, indsatserne under servicelovens § 83a og på de midlertidige døgnophold servicelovens § 84.2. PSFS kan appliceres af alle sundhedspersoner, men anvendes dog fortrinsvis af fysio- og ergoterapeuter samt sygeplejersker. Det kræver lidt øvelse fra sundhedspersonerne side i forhold til at anvende redskabet, men der kræves ikke løbende undervisning for at anvende det.

4 ICF er WHO's internationale klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand.

5 SKANDERBORG KOMMUNE

Brobyggerne

Skanderborg Kommune arbejder med konceptet Brobyggere, der er en form for individuel inddragelse. Borgere fra Skanderborg Kommune, der er indlagt med komplekse forløb eller sygdomsbilleder og er klar til udskrivelse fra Horsens Hospital, understøttes af ansatte fra Skanderborg Kommune for en tryggere og mere overskuelig udskrivelse på baggrund af deres behov og ressourcer.

Formålet er dels at sikre bedre overgange og sammenhænge mellem hospital og kommune, men også at sørge for at borgerne føler sig trygge og fulgt godt på vej. Udgangspunktet er, at borgerne er eksperter i deres eget liv, og de derfor skal kunne mest muligt selv, samt at dette skal understøttes af en styrket dialog mellem borger og kommune. Målgruppen er den ældre, medicinske borger (patient), men kan også være andre skrøbelige borgere (patienter), som har brug for en særlig indsats.

Kommunen har ansat to brobyggere (en sygeplejerske og en fysioterapeut), der har deres daglige gang på Horsens Hospital. De håndterer 100-120 komplekse forløb om måneden. Hver dag gennemgår de – i samarbejde med sundhedspersoner på Horsens Hospital – de borgere (patienter), der er indlagt fra Skanderborg Kommune, og som er ved at være klar til udskrivelse.

Brobygger og borger (og eventuelle pårørende) mødes fysisk i slutningen af indlæggelsen og drøfter borgerens situation, behov og ressourcer ud fra en samtaleskabelon og principperne i den motiverende samtale. Sammen finder de ud af borgerens behov efter udskrivning og undersøger hvilke indsatser – altså konkrete handlinger – der skal være fra kommunens side.

Brobyggeren udarbejder et **Brobyggernotat**, hvori der beskrives et helhedsindtryk af borgerens situation og behov. Brobyggernotatet sendes til kommunens visitation, som varetager visitationen til hjemmeplejeindsatser. Brobyggernotatet er det samlede notat, der deles mellem visitationen, hjemmesygeplejen, hjemmehjælp, genoptræningen og specialfunktioner – det kan eksempelvis være et demensteam – og det er baggrunden for de indsatser, som de forskellige faggrupper skal levere til borgeren.

Borgerinddragelsen består i, at borgerne og de pårørende selv peger på deres behov og ressourcer, og hvad de mener, der er behov for efter udskrivelsen. Kommunen forsøger at imødekomme disse behov så vidt muligt. På den måde bliver der både forventningsafstemt tidligt, og kommunen har samtidig mulighed for at understøtte en bæredygtig udskrivelse på baggrund af borgerens samlede behov og ikke blot hospitalets sundhedsfaglige perspektiv.

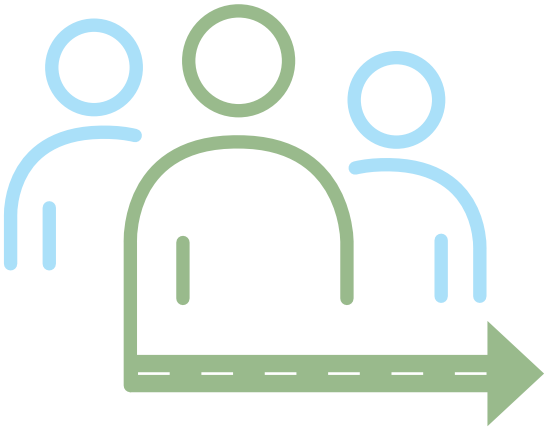
6 LOLLAND OG GULDBORGSUND KOMMUNER

Sammen om min vej

Broen til Bedre Sundhed er et tværsektorielt udviklingsprogram mellem Lolland og Guldborgsund kommuner, Region Sjælland, Nykøbing F. Sygehus, Psykiatri Syd, PLO Sjælland og Business Lolland-Falster. Et af delprojekterne, **Sammen Om Min Vej**, er et kvalitetsudviklingsprojekt med et sigte om at skabe en styrket tværsektoriel og borgercentreret indsats omkring borgere med et stort ressourceforbrug på tværs af social- og sundhedssektoren.

Formålet er blandt andet at udvikle borgercentrerede og sammenhængende indsatser, der matcher en målgruppe, som ellers ikke nås i den nuværende organisering i social- og sundhedsvæsenet. Projektets succeskriterier er baseret på den tredelte målsætning **Triple Aim**.

Borgerne i projektet har ofte flere fysiske sygdomme, forskellige former for misbrug, psykiske udfordringer, sociale problemer eller er ofte indlagt. Borgerne identificeres i hospitalsregi, psykiatrien, kommuner og almen praksis, og de kan selv henvende sig. Med borgerens accept formidles der kontakt til et flerfagligt projektteam, og en medarbejder med sundheds- eller socialfaglig baggrund tager kontakt til borgeren. Der aftales et besøg, hvor en indledende samtale finder sted. Borgeren vælger selv stedet, som ofte er i eget hjem eller et offentligt sted, og de pårørende opfordres til at deltage.



Samtalerne tager udgangspunkt i borgerens aktuelle livssituation, og sammen skabes der et overblik over borgerens ressourcer, udfordringer og behov, og hvordan problemerne hænger sammen. Det afklares, hvordan borgeren ønsker at lade sig støtte, og sammen lægger borger og medarbejder en plan for det videre forløb med kortsigtede og langsigtede mål. Borgeren prioriterer selv rækkefølgen på de problemstillinger, der skal arbejdes med. Problemstillingerne er ofte komplekse med fysiske sygdomme, misbrugsproblemer, psykiske sygdomme (dobbeltdiagnose) og sociale udfordringer. Det betyder, at der ofte er behov for flere samtaler for at opbygge en tillidsfuld relation mellem borger og medarbejder og for at skabe et samlet overblik – men det er der også tid til i indsatsen. Borgerens plan med aftalte mål og aktiviteter deles med eller sendes til borgeren, således at borgeren kan følge udviklingen og kan blive støttet i at få overblik. Planen justeres og opdateres efter behov gennem hele forløbet.

Efter behov støttes borgeren fremadrettet af medarbejderen, som bliver borgerens forløbspartner i mødet med social- og sundhedsvæsenet. Aftalte indsatser sættes i gang, koordineres og følges op ud fra individuelle behov på tværs af eksempelvis jobcenter, misbrugscenter, hjemmesygepleje, ambulatorier, psykiatrien eller praktiserende læge. Forløbspartneren opstarter **Koordinerende Indsatsplaner** og indkalder til koordinerende møder, når det er relevant. Forløbspartneren arbejder på tværs af forvaltninger og sektorer, hvilket giver mulighed for at kunne arbejde i større sammenhænge og med mere helhedsorienterede løsninger tilpasset den enkelte borgers livssituation. Tyngden af aktiviteten i den enkelte borgers sag er individuel, og indsatsen kan vare fra uger til mange måneder.

Projektet evalueres ved at monitorere forbrug af ydelser og se på, om der viser sig et andet mønster i forbruget – for eksempel færre akutte ydelser eller flere planlagte ydelser. Desuden følges borgernes oplevede udbytte af deltagelse og borgerinddragelse, og de ringes derfor op hver 12. uge, hvor de bliver stillet spørgsmål om blandt andet deres helbredstilstand (PRO-data).

Borgerne stiller deres oplysninger og data til rådighed både med henblik på optimering af deres eget forløb, men også i et mere overordnet perspektiv for projektet. Dette er med henblik på at bidrage til generel læring og dermed fremadrettet at kunne skabe tilbud, der matcher borgernes reelle behov.

7 SVENDBORG KOMMUNE

Fælles beslutningstagning

I Svendborg Kommune arbejder man på anvendelse af metoden **fælles beslutningstagning** og udvikling af et beslutningsstøtteværktøj i kommunalt regi. Formålet er at sikre den enkelte borger et individualiseret rehabiliteringsforløb tilpasset dennes behov og ressourcer.

Fælles beslutningstagning er en afprøvet metode til individuel borgerinddragelse, der er udviklet og hyppigt anvendt i hospitalsregi i forbindelse med større behandlingsbeslutninger[5]. Metoden kan have et potentiale i kommunalt regi, hvilket Svendborg Kommune nu afprøver.

Udvikling af beslutningsstøtteværktøj i Svendborg er baseret på en antropologisk observation af tilbuddene i Svendborg Kommune til borgere med diagnoserne diabetes, KOL, kræft og hjertesygdom med særligt fokus på komplekse forløb eller helbredstilstande. Ud af dette arbejde skulle følgende principper styre udviklingen: Partnerskab, tydelighed, individualisering og timing. Overordnet har der ud fra målgruppen været et stort fokus på at udvikle visuelle redskaber og minimere tekst.

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

På den baggrund består indsatsen af:

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

  Borgerens rehabiliteringsforløb sættes i højere grad i gang ud fra devisen om, hvad borgeren selv har overvejet på forhånd af aktiviteter, end hvad kommunen foreslår.

  For at informere borgeren inden første samtale, hvor rehabiliteringsforløbet planlægges, er der i projektet udarbejdet en animationsfilm. Inden første samtale sendes der derfor et link til filmen til borgeren. Filmen oplyser borgeren om tilbud og valgmuligheder, så borgeren har muligheden for at orientere sig inden mødet med en sundhedsperson fra Sundhedshuset.

  Ved første møde anvendes et **beslutningsstøtteværktøj.** Det opstiller valgmuligheder mellem 1) at gå direkte i gang med en aktivitet eksempelvis træning eller 2) have en uddybende samtale inden opstart. Beslutningsstøtteværktøjet gør det lettere for borgeren at forstå og overskue valget og mulighederne for det videre rehabiliteringsforløb. Det danner baggrund for at kunne tilpasse borgerens forløb til dennes viden, præferencer og behov.

- **Samlet overblik over rehabiliteringsforløb:**

  Hver borger får en fysisk mappe med det formål at støtte borgeren med at få overblik og sammenhæng i borgerens forløb.

- **Systematisk feedback:**

  Borgeren tilbydes løbende feedback-samtaler for at understøtte egen læring og udvikling i forløbet med fokus på borgerens overblik, indsigt og erkendelse. Det foregår ved individuelle opfølgningssamtaler eller i grupper. Systematikken ligger i strukturen og dermed genkendeligheden for borgeren.

Svendborg Kommune påpeger, at hvor fælles beslutningstagning i hospitalsregi handler om et klart defineret større behandlingsvalg, er fælles beslutningstagning i kommunalt regi i højere grad 'beslutningernes rejse'. Det bunder i, at effekten af indsatsen hviler på borgerens motivation og lyst, og forløbet i et rehabiliteringsforløb består af mange mindre beslutninger undervejs. Derfor kan man lade sig inspirere af metoden fælles beslutningstagning – og tankerne bag denne – i kommunalt regi, men beslutningsstøtteredskaberne og deres anvendelse virker formentlig anderledes i kommunalt regi. Kortlægning af forløb og beslutninger understøtter genkendelighed og tydelighed for borgeren, som dermed får større mulighed for at forberede sig på de løbende beslutninger i sit forløb.

ViBIS har beskrevet fælles beslutningstagning og udvikling af beslutningsstøtteværktøjer i **Inspirationskatalog for udvikling af beslutningsstøtteværktøjer**, hvor i fælles beslutningstagning også udfoldes. (ViBIS, 2016)

8 ESBJERG KOMMUNE

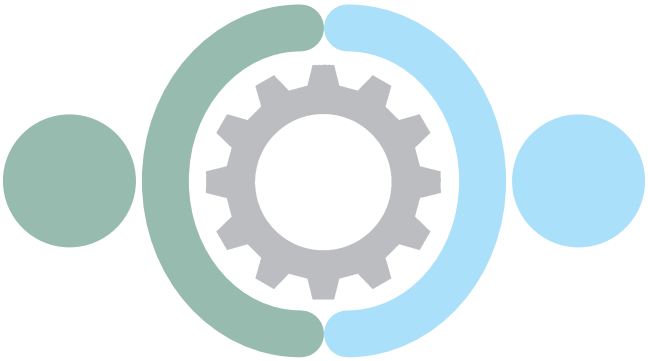
Koordination med borgeren i centrum

I Esbjerg Kommune har man udviklet en model for at afdække borgernes viden, behov og præferencer, så man sammen med borgerne kan sætte individuelle mål for rehabilitering. Det er en form for individuel inddragelse, hvor man understøtter en inddragende dialog. Den kendes også som Esbjerg-modellen.

Formålet er at forbedre kvaliteten i sundhedsindsatserne ved at lade borgerne guide kommunens fagpersoner[6]. Det vil sige, at man giver plads til at inddrage borgeren på så højt et niveau, at relationen til borgeren ændrer sig. Dette har skabt positive forandringer i indsatserne og organisationen.

Målgruppen er borgere med: KOL, kronisk hjertesygdom, diabetes, kræft eller borgere, der har haft kræft samt overvægtige (BMI 30+).

Redskaberne er udviklet med fokus på det generiske, så de kan anvendes på tværs af fagligheder, målgrupper og kontekster med mennesket i centrum. Metoden tager udgangspunkt i WHO's internationale klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand (ICF). Som en del af Esbjerg-modellen er der ud fra ICF udviklet en række dialogstøtteredskaber[7] til fagpersonerne og til inddragelse af borgerne.



6 I eksemplet anvendes begrebet fagpersoner, idet modellen og redskaberne anvendes af både sundhedspersoner og andre faggrupper såsom socialrådgivere.

7 Dialogstøtteredskaberne har til formål at afdække borgeres behov, situation og ressourcer og støtte dialogen, så den indbyder til, at borger og sundhedspersoner deler og strukturerer viden og beslutninger. Det kan for eksempel være redskaber, der øger borgernes vidensniveau gennem information, forbereder borgerne til møderne med sundhedspersonerne eller støtter borgerne og sundhedspersoner i selve dialogen.

- **Samtalehjulet** kan understøtte fagpersonerne i at afdække borgerens oplevelse af ressourcer, behov og parathed. Det er et visuelt redskab, som borger og fagperson sammen anvender til at afdække og sætte mål for borgeren. Hjælpekort medfølger til at understøtte dialogen og behovsafdækningen. Der er også udviklet et spørgeskema – et behovsvurderingsredskab, der skal hjælpe med at afdække borgerens oplevelser af ressourcer og begrænsninger.

- Herudover er der udviklet en generisk **stratificeringsmodel**, der består af fire borgerprofiler i kategorierne A, B, C og D. Stratificeringsmodellen guider fagpersonerne til at vurdere graden af borgerens mestringsevne koblet op på graden af funktionsevnenedsættelsen i forhold til indsats, indsatstyngde og koordineringsbehov. Da stratificeringsmodellen primært er et redskab, som anvendes af fagpersoner, er der i 2016 blevet udviklet et borgerrettet redskab kaldet **Lyskurven**. Lyskurven bruges til at få borgerens egen oplevelse af sin situation (farven grøn indikerer kategori A, gul er kategori B og C, og rød er kategori D). Afprøvning i 2016 viste, at der er overensstemmelse mellem borgerens egen vurdering med Lyskurven og medarbejderens stratificering.

På baggrund af spørgeskemaet, samtalehjulet, stratificeringsmodellen og Lyskurven tilrettelægges en individuel rehabiliteringsindsats.

Redskaberne kan ikke stå alene og støttes af, at man opbygger en relation til borgeren. I processen har fagpersonerne derfor erhvervet sig kompetencer til at kunne inddrage borgeren på deres præmisser, således at indsatsen tilrettelægges på forskellige måder for at skabe mest muligt værdi for den enkelte borger. Redskaberne er med til, at fagpersonerne oparbejder en systematik i at komme hele vejen rundt og være nysgerrige i mødet med borgeren. Hjælpekort og dét borgeren har på hjerte er med til at kvalificere målsætning og handleplan sammen med borgeren.

Modellen er kvalificeret af MarselisborgCentret og DEFACTUM, og vidensopsamlingen af Esbjerg-modellen er foretaget af VIVE 2017. Rapporten fra VIVE konkluderer, at inddragelse er blevet en fast del af kulturen, og at borgeren oplever at blive inddraget i mødet med de forskellige fagpersoner i hele deres rehabiliteringsforløb.

9 GLADSAXE KOMMUNE

Konference med borgeren

I et rehabiliteringsforløb for hjerneskadede borgere i Gladsaxe Kommune er man gået fra at holde tværfaglige konferencer (tværfagligt møde) **om** borgeren til at holde tværfaglige konferencer **med** borgere og pårørende. Borgere og pårørende inddrages derfor systematisk i rehabiliteringsforløbet i forhold til at planlægge og prioritere mål og indsatser.

Formålet med konferencen er at sikre individuel borgerinddragelse igennem hele rehabiliteringsforløbet, ved at borgeren deltager i alle møder omhandlende eget forløb og medvirker i målsætning, planlægning af forløb og evaluering.

Borgeren og den pårørende indkaldes til et tværfagligt møde senest tre dage efter udskrivelsen fra hospitalet. På mødet afdækkes og drøftes borgerens ønsker for hvilke mål, der skal arbejdes hen imod. Med udgangspunkt i dette bliver der besluttet nogle fælles mål og handlinger. Der holdes opfølgende møder med borgeren, den pårørende og de fagpersoner, som er involveret i forløbet, med henblik på at justere mål og handlinger løbende.

Som udgangspunkt er det hjerneskadekoordinatoren, der indkalder relevante faggrupper til konferencen, og koordinatoren er fast mødeleder. Faggrupper, der kan deltage i konferencen er: Ergoterapeuter, fysioterapeuter, logopæder, neuropsykologer, hjemmevejledere, hjemmeplejen, sagsbehandlerne i jobcentret, sagsbehandlerne i Social- og Handicapforvaltningen, konsulenter i rusmiddelcentret og eksterne behandlere fra eksempelvis kommunikationscentret. Alle er ansvarlige for gennemførelsen af mødet og byder ind med deres faglighed.

Til konferencen er der en fast dagsorden, som indledes med et narrativt interview med borger og eventuelle pårørende. Interviewet afdækker borgerens hverdag og de behov, som borgeren oplever, han eller hun har brug for til at kunne få en ordentlig genoptræning. Efterfølgende spørger fagpersonerne uddybende ind, hvorefter borger i samarbejde med fagpersoner sætter mål for rehabiliteringsforløbet. Når målene er sat, aftales der en plan for den kommende periode, og det sikres, at der er enighed om mål og plan, hvilket skrives til referat. Der skrives altid et referat, som sendes til borgerens e-boks, og der aftales et nyt møde, inden konferencen ophæves.

Kommunen har opnået, at borgerne i højere grad tager ejerskab for egen rehabiliteringsplan og dermed tager større ansvar for at arbejde målrettet med opsatte mål gennem hele forløbet. Det bidrager til en mere aktiv deltagelse i rehabiliteringsforløbet. Borgeren har dog indimellem ikke samme mål som fagpersoner, hvorfor løbende forventningsafstemning og dialog mellem borger og fagpersoner er væsentlig. Borgerinddragelsen kan også fremme erkendelsesprocesser hos borgeren, hvis denne har sat urealistiske mål.

10 RØDOVRE KOMMUNE

Inddragelse af pårørende i eget forløb

I Rødovre Kommune tilbyder man månedlige møder med demensramte og deres pårørende. Samtidig er der tiltag specifikt rettet mod de pårørende blandt andet i form af tilbud om pårørendegrupper med både fagligt indhold og erfaringsudveksling med andre i samme situation. Formålet er at støtte borgere med demens og deres pårørende gennem praktisk hjælp, aflastning, vejledning, vidensdeling og oprettelse eller vedligeholdelse af netværk.

En forløbskoordinator har løbende kontakt med den pårørende for netop at afdække den pårørendes behov og ønsker i forløbet. Man bruger flere forskellige metoder til at afdække borgernes og de pårørendes behov og ønsker, og man anvender den viden i tilrettelæggelse af det videre forløb. Af andre tiltag for pårørende kan blandt andet nævnes sorggrupper for efterladte, lær-at-tackle-kurser med henblik på at lære pårørende at takle hverdagen som pårørende.

Organisatorisk inddrages pårørende i udviklingen af demensarbejdet i forhold til kommunens fremtidige arbejde med demensramte. Blandt andet er pårørende i sommeren 2017, på et borgermøde om demens, blevet inddraget i udviklingen af kommunens fremtidige demenshandleplan.

ViBIS har beskrevet pårørendeinddragelse i **Tema – Pårørendeinddragelse** (ViBIS, 2015)

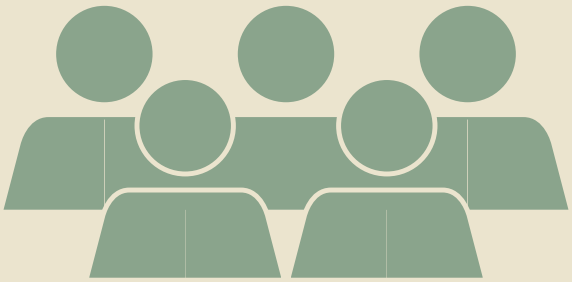
Borgerråd

Det er oplagt at oprette borgerråd, sparringspaneler og lignende, som består af borgere, der tilknyttes udviklingen og driften af sundhedsopgaverne. De kan understøtte processer, hvor man arbejder med inddragelse af borgerperspektivet. Grupperne kan bestå udelukkende af borgere, eller borgere kan indgå i råd, arbejdsgrupper med videre sammen med medarbejdere.

Der findes lokalt etablerede borger- og pårørenderåd eksempelvis på plejecentre, i sundhedshuse med videre. Borgerråd er en form for organisatorisk inddragelse og understøtter borgerperspektivet i løsningen af sundhedsopgaverne.

Kommunernes seniorråd og handicapråd består ligeledes af borgere og har til formål at bidrage til den politiske proces. Der er således allerede etableret en basis for at arbejde borgerinddragende via råd.

ViBIS har udviklet inspirationskataloget **Organisatorisk Brugerinddragelse. Når sundhedsvæsenet udvikles i samarbejde med borgere, patienter og pårørende. En guide til brugerrepræsentation i praksis** (ViBIS, 2017).



Læs mere

- DSI, CB Jacobsen HM Martin, K Nørrekjær, E Dali, M Hamburger, S Kalledsøe. **Dialogstøtteredskaber – Konkrete veje til patientinddragelse**. 2009.
- Kompetencecenter for Patientoplevelser. **www.patientinddragelsesguiden.dk**. 2017.
- Region Hovedstaden og KKR Hovedstaden. **Aktivt samarbejde med borgere i kommuner, almen praksis og på hospitaler.** 2016.
- ViBIS. **Organisatorisk Brugerinddragelse – Når sundhedsvæsenet udvikles i samarbejde med borgere, patienter og pårørende – En guide til brugerrepræsentation i praksis**. 2017.
- ViBIS. **Kriterier for Brugerinddragelse**. 2017.
- ViBIS. **Inspirationskatalog for udvikling af beslutningsstøtteværktøjer**. 2016.
- ViBIS. **Tema – Pårørendeinddragelse.** 2015.

BILAG 1

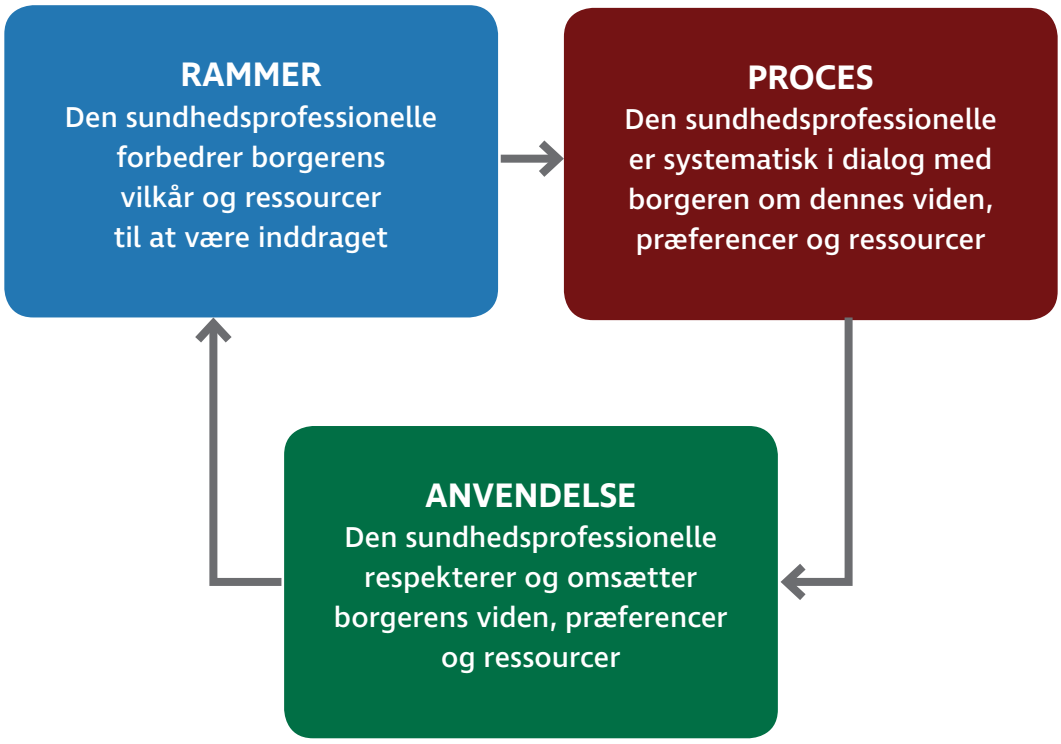
ViBIS kriterier for Borgerinddragelse

ViBIS opdeler borgerinddragelse i tre former:

- Individuel inddragelse
- Organisatorisk inddragelse
- Pårørendeinddragelse

Individuel inddragelse

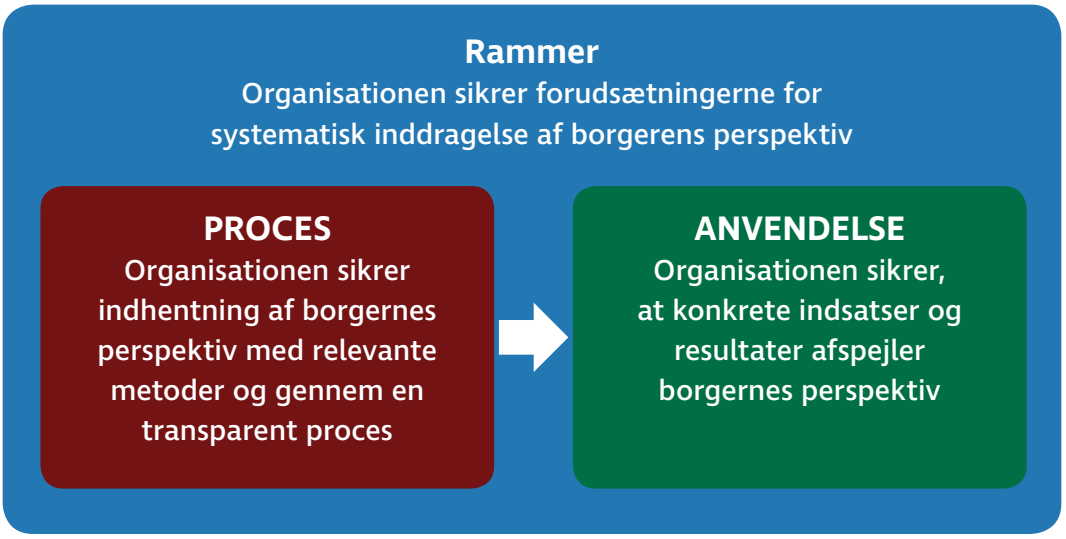
Individuel inddragelse handler om at inddrage den enkelte borgers viden, præferencer og behov i tilrettelæggelsen af det videre forløb. Det kan eksempelvis være, at man sammen med borgeren undersøger, hvilken hverdag og livssituation borgeren har, og hvordan det videre forløb i kommunen kan tilpasses dette. Formålet er at skabe et individuelt tilrettelagt forløb med forventeligt bedre resultat for borgeren.



Figur 1: Kriterier for individuel inddragelse, ViBIS

Organisatorisk inddragelse

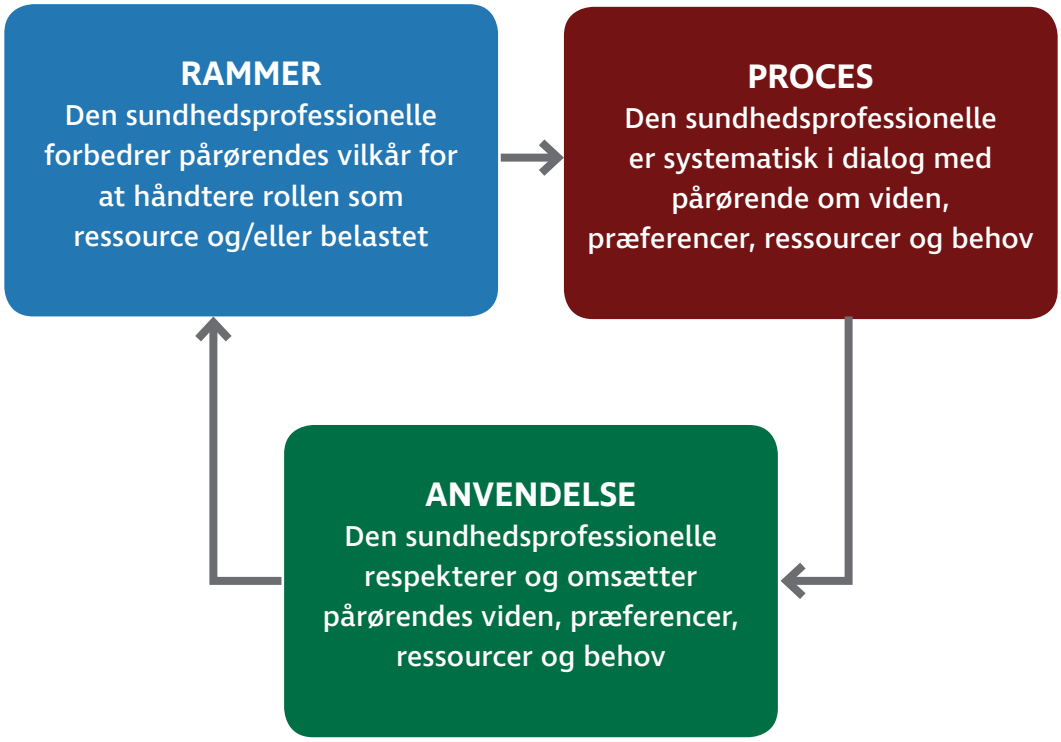
Organisatorisk borgerinddragelse handler om, at man afdækker borgerperspektivet, og anvender det til enten udvikling eller drift i et samarbejde med borgerne. Borgerne og deres viden og perspektiver indgår ligeværdigt sammen med sundhedsfaglig, økonomisk og administrativ viden. Borgerperspektivet kan indgå indirekte via borgerundersøgelser og videnssamlinger og/eller forskning eller direkte via borgerrepræsentanter i råd, arbejdsgrupper med videre. Målet med organisatorisk borgerinddragelse er: Indstillinger og beslutninger af høj kvalitet samt dialoger, der udvider forståelsen for borgerperspektivet – og dermed skaber bedre beslutninger for borgere i sundhedsvæsenet.



Figur 2: Kriterier for organisatorisk inddragelse, ViBIS

Pårørendeinddragelse

Pårørendeinddragelse handler om at inddrage de pårørende i enten den syge borgers forløb eller i den pårørendes eget forløb. Formålet er at skabe forløb, der er tilpasset den syge borgers behov og ressourcer ved at samarbejde med de pårørende om at understøtte borgeres forløb. Formålet kan dog også være at understøtte den pårørende i dennes eget forløb for dermed at opnå et mere bærdygtig forløb for den pårørende.



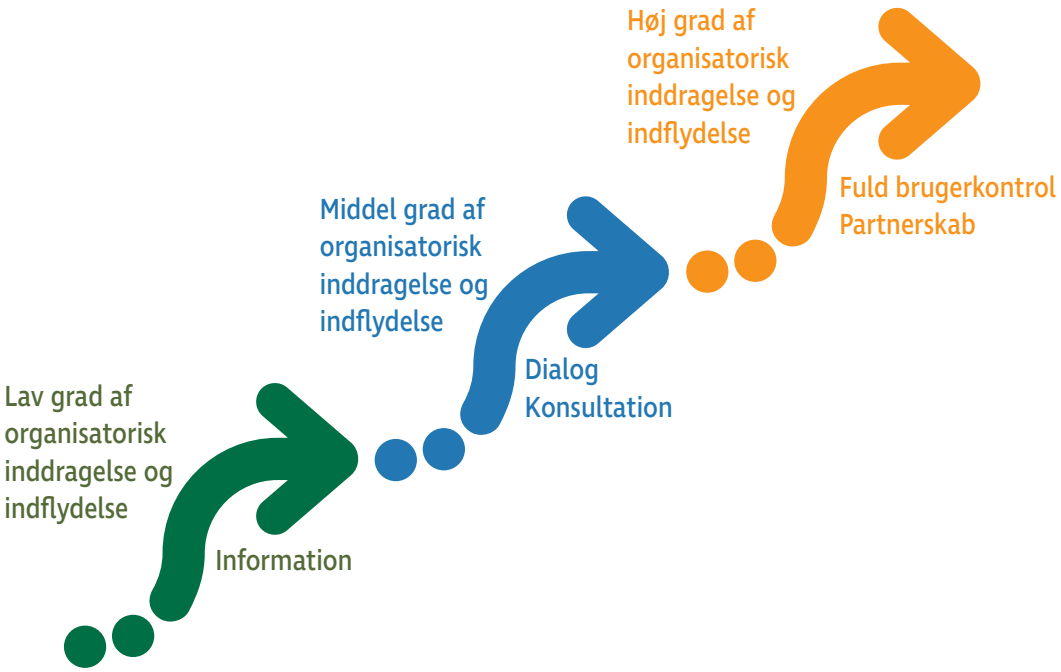
Figur 3: Kriterier for pårørendeinddragelse, ViBIS

Graden af indflydelse

Borgerinddragelse kan give borgerne forskellige grader af indflydelse afhængig af formen for inddragelse samt opgaven og områdets karakter.

Graden af inddragelse og indflydelse kan illustreres ved en inddragelsesstige (inspireret af Arnstein 1969) eller inddragelsestrappe (figur 4). Trinnene udgør niveauer af inddragelse med stigende grader af indflydelse. Modellerne kan bruges som inspiration til at drøfte og definere, hvilket niveau af borgerinddragelse, man ønsker, og hvad man forventer at opnå med den.

De øverste trin, med den højeste grad af borgerindflydelse, er ikke et mål eller ideal i alle situationer. Det mål, der er sat for den enkelte inddragelsesproces, har betydning for, hvilken placering der giver mening, og hvilke metoder der kan være relevante at bruge. Som borgerne får mere indflydelse, vil der være andre i organisationen, der skal afgive indflydelse – det forhold skal man som organisation være indstillet på, hvis man arbejder med at give borgerne mere indflydelse.



Figur 4: Inddragelsestrappe, modificeret af VIBIS fra Arnsteins inddragelsesstige, 2017 (ViBIS, 2017)

BILAG 2

Det nationale kvalitetsprogram, sundhedsaftaler og det borgernære sundhedsvæsen

Der er en række forhold, som er nationale og dermed ens i kommunerne. I flere af dem er borgerinddragelse aktivt beskrevet som (politiske) mål for sundhedsopgaverne i kommunerne. Nedenfor er fremhævet nogle centrale initiativer.

Det nationale kvalitetsprogram

Regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening (KL) lavede i 2015 et nationalt kvalitetsprogram. Det opstiller otte fælles nationale mål, som alle hospitaler, kommuner og almen praksis skal arbejde hen imod. De skal udvikle lokalt forankrede mål og sikre dokumentation for, hvordan de arbejder hen imod disse nationale mål. **Øget patientinddragelse** er et af de otte nationale mål. Men de nationale mål er blot ét element i kvalitetsprogrammet. I 2016 blev blandt andet nye lærings- og kvalitetsteams introduceret sammen med et nationalt ledelsesprogram. Herudover er der også enighed om et styrket fokus på systematisk borgerinddragelse, bedre brug af sundhedsdata og forsøg med værdibaseret styring. Det betyder, at kommuner i de kommende år skal arbejde med, hvordan øget borgerinddragelse opnås lokalt, og hvordan det kan dokumenteres.

De nationale mål er dermed et sted, hvor borgerinddragelse er et konkret mål, og hvor kommuner kan arbejde med borgerinddragelse.

Sundhedsaftaler

Sundhedsaftalerne udarbejdes af sundhedskoordinationsudvalget i hver region. Sundhedskoordinationsudvalget består af repræsentanter udpeget af regionsrådet, kommunekontaktrådet (KKR) i regionen samt Praktiserende Lægers Organisation (PLO) i regionen. Sundhedsaftalerne skal bidrage til at sikre sammenhæng og koordinering af indsatserne i de borgerforløb, der går på tværs af regionernes hospitaler, kommuner og almen praksis. Formålet er, at borgere modtager en sammenhængende indsats af høj kvalitet uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, som de har behov for.

Der er fem sundhedsaftaler – én for hver region og dermed én fælles aftale for kommunerne i regionen. De har blandt andet fokus på at skabe øget lighed

i sundhed, ligestilling mellem psykiatriske og somatiske patienter samt på at styrke inddragelsen af borgere og pårørende i beslutninger om behandlingsforløbet. Derudover har de fokus på at sikre en større sammenhæng for borgere, som får indsatser i flere sektorer på samme tid.

Sundhedsaftaler er dermed endnu et sted, hvor borgerinddragelse er et konkret mål, og hvor kommuner oplagt kan arbejde med borgerinddragelse. Det er både individuelt og organisatorisk inddragelse. Ad den vej kan borgerinddragelse blive en del af det tværsektorielle arbejde med at skabe sammenhængende forløb med borgernes perspektiv i fokus.

Det borgernære sundhedsvæsen

På grund af øget kompleksitet i behandlingsforløb og kortere indlæggelser arbejder mange aktører i sundhedsvæsenet, heriblandt Kommunernes Landsforening (KL), Danske Patienter, Danske Regioner og Sundheds- og Ældreministeriet på initiativer, der skal sikre mere kvalitet i det borgernære sundhedsvæsen (det vil sige den del af sundhedsvæsenet, der ikke omhandler indlæggelser på hospitaler). I initiativerne er der fokus på at tilpasse forløbene til den enkelte borger og på at sikre en større sammenhæng på tværs af sektorer. I den forbindelse nævnes borgerinddragelse hyppigt som et redskab til at skabe bedre løsninger for den enkelte.

Borgerinddragelse i kommunernes sundhedsopgaver
10 eksempler på borgerinddragelse i kommuner
INSPIRATIONSKATALOG

© Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet
Januar 2018

Inspirationskataloget er udarbejdet af:
Mette Munch-Petersen
Annemette Lundmark Jensen

Publikation fra ViBIS må frit citeres – dog med tydelig angivelse af kilde.

Kompagnistrædet 22, 1. sal
1208 København K
info@vibis.dk
www.vibis.dk

Grafisk Produktion: Peter Dyrvig Grafisk Design