

Brugerinddragelse i det kommunale sundhedsvæsen



**VIDENSCENTER FOR
BRUGERINDDRAGELSE**
– i sundhedsvæsenet

Brugerinddragelse i det kommunale sundhedsvæsen

© Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS)
København, marts 2015

Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS)

Danske Patienter

Nørre Voldgade 90

1352 København K

Tlf. +45 33 41 47 60

www.vibis.dk

info@vibis.dk

Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenets (ViBIS)

publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilde.

Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende,
bedes sendt til ViBIS.

ViBIS er støttet af

TrygFonden

Indhold

Sammenfatning	4
Anbefalinger og indsatsområder	6
Fælles forståelser og klare mål	6
Holdninger til borger	6
Strukturelle barrierer	6
Systematik og metode	6
Indledning	7
Materiale og metode	7
Hvad betyder brugerinddragelse i den kommunale kontekst	8
Kultur og kompetenceudvikling	8
Dilemmaer og udfordringer	9
Bestiller-udfører modellen	9
Omsorg og rehabilitering	10
Økonomi	10
Personaleholdninger	11
Grænser	12
Habilitet	12
Kommunale standarder og pakker	12
Pårørende	13
Fælles beslutningstagning	14
Kan vi kortlægge den kommunale indsats?	15
Diskussion og perspektiver	16
Anbefalinger og indsatsområder	18
Fælles forståelser og klare mål	18
Holdninger til borger	18
Strukturelle barrierer	18
Systematik og metode	18
Referencer	19

Sammenfatning

ViBIS har tidligere kortlagt brugerinddragende aktiviteter i hospitalsvæsenet og søger med denne undersøgelse at nærme sig en beskrivelse af det samme i det kommunale sundhedsvæsen.

Mellemledere og medarbejdere fra afdelingerne for sundhed og omsorg og for rehabilitering i fire kommuner i Region Midtjylland er interviewet kvalitativt om, hvad man i kommunal sammenhæng mener med "borgerinddragelse", hvordan man udfolder det i praksis, og hvilke grænser og udfordringer, der ligger i det.

Alle informanter peger på, at borgerinddragelse er helt grundlæggende i al sundhedsfaglig aktivitet i kommunerne – så grundlæggende, at informanterne ikke kan forestille sig andet. Det ligger i kulturen, og kommunerne udfolder mangeartede aktiviteter for at udvikle og vedligeholde disse grundholdninger.

Interviewene udfolder en række dilemmaer og modsætninger. I det kommunale felt hersker der – ligesom på hospitalerne – forskellige, undertiden modstridende opfattelser af, hvad det vil sige at inddrage. Det mest iøjnefaldende er balancen mellem omsorgens og rehabiliteringens paradigmer. Selv inden for det enkelte paradigme tales om så forskellige tilgange som coachende samtale, mestrings-teams og decentral visitering. En anden vigtig balance er, hvornår en opgaveoverdragelse fra personale til borger er inddragelse og aktivering, og hvornår det er en spareøvelse. Balancen mellem den sundhedsfaglige kompetence og borgerens selvbestemmelse er et tredje felt, som også kendes fra hospitalerne.

Den kommunale arbejdsgang, hvor det er vigtigt, at bestiller og udfører adskilles, opleves af disse folk fra driften som et vilkår og en udfordring. Der er ikke interviewet i kommunernes myndighedsfunktion. Informanterne mener loyalt, at visitationen så vidt muligt foregår på borgernes præmisser. Men en informant mener, at visitationen med sine forpligtelser for de overordnede rammer aldrig kan indgå i en ligeværdig relation med borgeren. Det er et åbent spørgsmål, i hvilket omfang hun har ret.

I en analyse af inddragelsesidealer og beslutningsprogrammer på genoptræningsområdet er det vist, at "... en organisering af visitationen, som skal øge borgerinddragelsen gennem frit valg ... i realiteten udelukker borgerinddragelse i forbindelse med visitationsbeslutninger." I de studerede organisationer opnåedes en rationel serviceleverance på borgernes præmisser kun gennem stor tolerance for, at praksis afviger fra de formelle beslutninger og tilpasser sig det faglige skøn og borgerens behov.

Disse informanter kan slet ikke forestille sig faglig aktivitet uden borgerinddragelse. Men undersøgelsen handler kun om de professionelle opfattelser. Der er ikke indhentet data fra borgere. En nylig dybdegående undersøgelse dokumenterer, at virkeligheden set fra borgernes perspektiv er mere kompliceret. Her demonstreres detaljeret de grundfortællinger, der udfolder sig i ældre menneskers tværfaglige og tværsektorielle patientforløb: Handicappet med behov for kompenserende hjælp, Udviklingsaktør med behov for træning og Patient med behov for behandling. Dertil kommer den truende Risikofortælling, der indskrænker personens råderum og blokerer for, at hendes personlige præferencer kommer i spil. Og endelig fortællingen om Skrøbelig gammel med behov for beskyttelse, som får alt for lidt plads. Afhandlingen slutter med et ønske om, at der må blive brugt flere kræfter på at høre efter, hvad de gamle siger – også når de ikke siger noget.

Undersøgelsen omfatter ikke kommunernes afdelinger for psykiatri og handicap. Nogle informanter nævnte borgere, som de har fælles med psykiatrien, og at det giver udfordringer. *“Det er to myndighedsområder, som hver især sætter deres mål op sammen med borgeren, og det skal altså koordineres.”* Men man har fælles borgere, som man er nødt til at samarbejde om i praksis. *“Det er en anden faggruppe – primært pædagoger. Men de har også den understøttende tilgang – det har de faktisk arbejdet på. Det er ikke langt fra hinanden ... vi er lige så stille begyndt at lære noget af hinanden”.*

De foreliggende data stammer fra et opportunistisk, begrænset udvalg af kommuner i Region Midtjylland, og de er begrænset til sundhed / omsorg og træning / rehabilitering. De er bemærkelsesværdigt enslydende. I alle kommunerne kender man og har forholdt sig til erfaringerne fra to kommuner i Region Syddanmark, der har gjort sig gældende på området. Der er grund til at tro, at fagfolk i alle kommuner holder sig fagligt ajour, og at der er udstrakt enighed om de “nye” principper om samspil mellem det omsorgs- og det rehabiliteringsfaglige.

Den aktuelle lærebog om det kommunale sundhedsvæsen anfører, at “stort set alle kommuner har ... i forskelligt omfang indført hverdagsrehabilitering”. En hjemmeside om emnet samler over 30 projekter fra over 20 kommuner i landet. I en rundspørge foretaget af FOA svarede 92 procent af de kommunale ældrechefer, at de i 2011 ville udvikle ældreområdet til at arbejde ud fra en rehabiliteringstankegang. Der er således grund til at tro, at disse midtjyske kommuner ikke afviger væsentligt fra andre kommuner i landet.

Anbefalinger og indsatsområder

Fælles forståelser og klare mål

De sundhedsprofessionelle ledere forholder sig til borgerinddragelse og er opsat på at realisere det. Det svarer til fundene i en kvalitativ undersøgelse på hospitalerne. Det fremgår også, at fænomenet er mangetydigt og i praksis tilpasses den lokale kontekst. Skal inddragelse af patienten ændres fra uklar retorik til vidensbaseret aktiv handling, fordrer det, at alle sundhedsprofessionelle bliver klogere på, hvilke grundtrin der skal trædes.

Målet om borgerinddragelse har (mindst) to dimensioner: en humanistisk/omsorgs-faglig og en politisk/økonomisk. Begge målsætninger er i spil, og det ser ud til, at dilemmaet håndteres i de fleste tilfælde. Men det fordrer en accept fra borgerne af autonomi som mål i sig selv, og det fordrer en "herredømmefri dialog" mellem system og borger.

Kommunerne kan arbejde med at klargøre og operationalisere mål og forståelser, der kan optimere borgernes inddragelse i de beslutninger, der træffes om dem.

Holdninger til borger

De kommunale ledere har klare holdninger til værdien af at inddrage borgerne i de kommunale serviceleverancer. De er også klare over dilemmaerne og udfordringerne i feltet. Der pågår en dialog mellem paradigmerne for omsorg og rehabilitering, hvor det sidste synes at vinde terræn over det første, ikke mindst båret af et politisk-administrativt rationale.

Kommunerne kan overveje at inddrage personalets – og systemets som sådan – holdninger til borgerne i udviklingsarbejdet og at arbejde med at påvirke disse.

Strukturelle barrierer

Den todelte beslutningsproces i den kommunale myndighedsfunktion opleves som en barriere for optimal borgerinddragelse. Denne opfattelse understøttes af danske forskningsresultater.

Kommunerne kan overveje mere borgervenlige beslutningsprocesser for tildelingen af kommunale serviceydelser.

Systematik og metode

Både på det omsorgsfaglige og det terapeutiske område opleves borgerinddragelse som et grundvilkår. Måske derfor er det vanskeligt at komme med klare, operationelle formuleringer om mål og forståelser. Når det ikke er transparent for den enkelte, hvilke procedurer mv., der skal benyttes, må det være svært for nytilkomne at lære metoder og systematik mht. borgerinddragelse.

Kommunerne kan overveje at præcisere metoder, procedurer mv., der kan anspore til at klarlægge og reagere på borgernes individuelle præferencer og behov.

Indledning

Individuel patientinddragelse kan defineres som at være i systematisk dialog med patienterne, respektere deres viden, præferencer og ressourcer og bidrage med information, der er tilpasset den enkelte¹. Det giver mere tilfredse patienter, der i højere grad samarbejder med de sundhedsprofessionelle om pleje, behandling og rehabilitering². På hospitalerne hersker mange forskellige forståelser af, hvad patientinddragelse betyder³. Men det kommunale sundhedsvæsen håndterer også rigtig mange kontakter med borgere, der har behov for sundhedsydelser (betegnelsen borger refererer her til borgere, der har behov for sundhedsydelser). For at støtte praksis målrettet i at inddrage deres borgere, må vi kende til de forståelser, som hersker i den professionelle praksis.

ViBIS gik i 2012 i gang med at indsamle oplysninger om emnet i hospitalsvæsenet. Resultaterne ligger i en offentligt tilgængelig database, som rummer 367 eksempler på brugerinddragende aktiviteter i hele det danske hospitalsvæsen⁴. Kunne man etablere en tilsvarende database over aktiviteter i kommunerne?

Materiale og metode

Det viste sig vanskeligere end med hospitalerne. Centret udvalgte en stikprøve på femten kommuner, fordelt over landet og sendte materiale på samme måde som til hospitalerne. Trods telefoniske kontakter og rykkere lykkedes det kun at få svar fra fem, og de beskrevne aktiviteter levede ikke i alle tilfælde op til ViBIS' kriterier for brugerinddragelse.

En informant skrev: "... det er for begrænset at spørge til involverende aktiviteter – der er mere tale om en tilgang." Centret besluttede derfor at forsøge en mere kvalitativ tilgang. En medarbejder havde været ansat i Region Midtjylland og havde kontakter til de medarbejdere, der i regionens kommuner havde med patientsikkerhed at gøre. Ad denne vej skaffedes kontakt til fire kommuner, hvor mellemledere fra afdelingerne for sundhed og omsorg og for rehabilitering stillede op til et kort interview. I de fleste tilfælde deltog også en medarbejder, som lederen havde udvalgt. Det blev fravalgt at interviewe også i afdelingerne for psykiatri og handicap ud fra en forforståelse af, at disse udgør et andet myndighedsområde, og at forholdene her adskiller sig fra de øvrige.

Interviewet var eksplorativt og åbnede med spørgsmålet: "Hvordan skal vi spørge – jer og andre kommuner – for at få at vide, hvordan kommunerne reelt arbejder med brugerinddragelse?" Interviewguiden kan ses i bilaget. Interviewet søgte at afdække og afgrænse, hvad man i kommunal sammenhæng mener med "borgerinddragelse", hvordan man udfolder det i praksis, og hvilke grænser og udfordringer, der ligger i det.

Hvad betyder brugerinddragelse i den kommunale kontekst

Alle informanter havde formuleringer om begrebet, og alle formulerede det ud fra den praktiske interaktion med borgeren: *"Når borgeren i samspil med kommunale tilbud ender ud med tilbud og mål, borgeren har haft indflydelse på"*. Enten det drejede sig om pleje og omsorg eller om træning og rehabilitering, fortalte alle om den kommunikationsproces, hvor borgerens aktuelle behov blev formuleret. I hjemmeplejen foregår tingene på borgerens fysiske matrikel, så informanterne kunne ikke forestille sig andet, end at ydelserne naturligt blev besluttet i en tæt dialog med borgeren: *"Hvad vil du gerne have hjælp til?" – "Borgerne bestemmer, hvad de vil være med til, og hvad de vil modtage. Borger bestemmer – de kan sige fra."*

For terapeuterne var det lige så selvindlysende, at træning, uden at borgeren er helt med og motiveret for målene med træningen, ikke kan lade sig gøre. *"Hvis ikke borgeren selv beslutter målene, er de ikke motiverede, og hvis ikke de er motiverede, så kan vi hoppe på tungen, og der sker ikke noget,"* siger en leder af et rehabiliteringscenter.

Kultur og kompetenceudvikling

Borgerinddragelse opleves som et selvindlysende grundbegreb – en del af kulturen. En hjemmeplejeleder siger: *"Vi kan ikke trække den sygeplejerske eller assistent ud af vores teams, som ikke har det som grundholdning, at vi inddrager. Det er så grundlæggende i alt det vi går og gør."* Alle de interviewede kommuner har iværksat større eller mindre kampagner, målsætningsprocesser og så videre, for at fremme og understøtte denne kultur, og alle er klar over, at det er langsigtede processer, som kræver stadig ledelsesmæssig opmærksomhed. Lederne understreger, at en borgerinddragende kultur skal vedligeholdes. *"Ledelsens tilgang – hele måden at kommunikere på"*, er en forudsætning for at fremme og vedligeholde frontmedarbejdernes engagement. En hjemmeplejeleder fortæller: *"Det er virkelig en ændring i konteksten og en ny måde at tale om tingene på, at vi faktisk hjælper borgeren mest ved at hjælpe dem til at klare sig selv ... Det har vi brugt nogle år på, men nu mærker vi det begynder at hjælpe – det er svært nogle steder stadigvæk."*

De fleste mener, at personalet har disse holdninger med sig fra grunduddannelsen. Hos terapeuterne er det en selvfølge, og på sosu-uddannelserne formidles de både på skolen og i praktik. I nogle kommuner kommer sosu-medarbejderne på kurser i mestring, rehabilitering, den motiverende samtale o.l. Introduktionsprogrammer og sidemandsoplæring bruges alle steder, jobrotation og kollegial sparring nævnes også.

Alle kommuner har elektroniske journalsystemer, og i et eller andet omfang er der ønsker og i nogle tilfælde igangværende aktiviteter for at gøre disse fælles mellem faggrupperne. Det ses som et vigtigt kulturelt redskab, at man kan dele information på denne måde. Standardiserede skemaer nævnes som redskaber til at sikre, at borgeren bliver hørt og får sine præferencer dokumenteret. En terapileder taler varmt for det ergoterapeutiske COPM-skema, men også det fælles kommunale Fælles Sprog II har sine fortalere. Det er ikke helt klart, i hvilket omfang disse skemaer bliver brugt, og i hvilket omfang det er effektivt som borgerens platform. Det er i hvert fald en udfordring at motivere især sosu-hjælperne til en udstrakt brug af skriftlig dokumentation.

Interviewene afdækkede også, at der også i kommunerne findes forskellige forståelser, holdninger og strukturelle barrierer, der udfordrer idealet om borgerinddragelse. Det handler resten af notatet om.

Dilemmaer og udfordringer

Bestiller-udfører modellen

Den kommunale arbejdsgang er todelt. Når en borger har brug for hjælp fra kommunen, hvad enten det drejer sig om pleje og omsorg (servicelovens § 83) eller træning og rehabilitering (servicelovens § 86), vurderer kommunen som myndighed først art og omfang af det tilbud, kommunen vil yde – en visitation. I alle kommuner ligger denne myndighed – bestiller-enheden – fysisk og tjenstligt adskilt fra de udførende enheder.

Samarbejdet mellem visitation og de udførende enheder i driften beskrives noget forskelligt. Flere giver udtryk for, at begge parter gør sig de hæderligste anstrengelser for at begge dele finder sted så tæt på borgerens præmisser som muligt. Men det kan ikke skjules, at visitationen finder sted inden for nogle rammer, som lovgivningen og de kommunale standarder og servicebeskrivelser udgør. *“Myndighed fastlægger nogle rammer, og det kan aldrig blive et ligeværdigt forhold ...”*, siger en ledende terapeut. Og hun tilføjer: *“... det skal det heller ikke være ...”*.

I alle kommuner indledes forløbet efter visitationen med et besøg i hjemmet af terapeut og/eller plejepersonale. I dette samvær forhandles den praktiske udfyldning af de rammer, som visitator har udstukket. Her er alle interviewpersoner overbevist om, at der finder reel borgerinddragelse sted. De kan som nævnt slet ikke forestille sig andet.

Den skarpe adskillelse mellem bestiller og udfører opleves af flere interviewpersoner som hæmmende for den ønskede borgerinddragelse. Flere steder arbejder man målrettet med at håndtere den potentielle interesse modsætning. I én kommune igangsætter man et forsøg, hvor terapeuten selv varetager visitationen – hvor de overordnede og de praktiske mål med træningen koordineres i én arbejdsgang. De henviser til en registerundersøgelse, hvor en sådan fremgangsmåde ikke øgede forbruget af sygepleje og hjemmehjælp⁵. I en anden kommune arbejder man med en coachende tilgang i visitationen for at optimere samstemning mellem borgerens personlige præferencer og det kommunale tilbud – *“... du skal starte med at se på, hvad borgeren prioriterer ...”*.

Nogle interviewpersoner sukker over forskelle mellem det, visitator havde besluttet, og det, som terapeuten eller plejepersonen efterfølgende i samarbejde med borgeren vurderer. Og alle giver udtryk for, at man som regel kan kommunikere sig til overensstemmelse. En erfaren menig sosu-hjælper siger, at hun aldrig har oplevet at få nej til mere tid, hvis hun bad om det. På spørgsmålet, om, hvad man gør, hvis de retningsgivende mål, som visitator stiller op, ikke passer med praksis, svarer en hjemmeplejeleder *“Det oplever vi da ... Men så henvender vi os og snakker om det ...”* fortsætter hun.

Omsorg og rehabilitering

Der er et potentielt modsætningsforhold mellem omsorg og rehabilitering. For flere interviewpersoner er sosu-personalet bærere af et fagligt omsorgsrationale. En ledende terapeut mener, at "... Hjælperne mangler redskaber. De har nogle store hjerter, og de er gode til at hjælpe folk, men de har måske ikke forudsætningerne for at forstå det med hjælp til selvhjælp." Hun tilføjer dog: "... Nogle har ...".

Også en hjemmeplejeleder bruger ord på at forklare det, når hun skal karakterisere begrebet i praksis: "Man er begyndt at arbejde med det på en anden facon end man har gjort før. Som sundhedspersonale er vi gode til at tro, at vi ved, hvad borgerne forventer af os, men vi er begyndt at tænke, om borgeren selv har en mening ...".

Der er ingen tvivl om, at den generelle trend i disse kommuner går "fra pleje og omsorg til rehabilitering". Udtrykket er overskriften på en evaluering af et kommunalt projekt, der blev refereret til i alle kommuner⁶, og udgør en samlebetegnelse for de aktiviteter, der er rettet mod at indføre en mere rehabiliterende tilgang i ældreplejen. I disse kommuner arbejdes med forskellige udtryk og under forskellige former ud fra dette tankesæt. De opfatter det som kultur, og alle arbejder med projekter, kampagner og uddannelsesaktiviteter, der skal understøtte processen.

En kommune bruger "mestringsteams" med terapeuter og sygeplejersker, der holder ugentlige møder med hjemmeplejen, en anden iværksætter som nævnt decentral visitering ved en terapeut, der besøger borgeren i hjemmet. En tredje kommune er ved at etablere tværfaglige teams bestående af terapeut og plejepersonale, der skal støtte sosu-hjælperne i at følge de etablerede planer i form af en slags supervision eller vejledning.

Flere interviewpersoner nævner tværfaglighed som en faktor, der fremmer borgerinddragelse: "Vi må arbejde i en respekt for hinandens faglighed for at opnå en kvalitet, der skaber resultater". – "... Det giver øjenåbnende aha-oplevelser, når vi bringer de forskellige fagligheder sammen ..."

Økonomi

I de undersøgte kommuner abonnerer man på det "nye" paradigme om, at borgerne skal involveres med henblik på selv at kunne varetage flere områder af deres liv og på den måde mindske trækket på de kommunale ressourcer. En menig sosu-assistent udtrykker det: "Hver gang vi kører ud, tænker vi borgerinddragelse. For eksempel hvis borgeren skal have insulin – kan borger selv indtages – tage sig af det selv." Hun siger senere: "Inddrager vi ikke borgerne, ville vi blive kvalt i vores arbejde. ... Vi kan ikke hænge på en medicingivning for altid ... Det er på samme måde med sårbehandling. Gå ud og skyl såret, så kommer vi bagefter." Hendes hjemmeplejeleder indskyder: "Grundlæggende skal borger bidrage med det, de kan – så får de et bedre liv".

En hjemmeplejeleder i en anden kommune siger: "Det handler om, at sygeplejersken i stedet for at gå ud og give medicin eller for eksempel insulin, så tænke – kan jeg få borger til selv at gøre det. Og hvad skal der til for at borger selv kan gøre det." I én kommune er hele processen på det organisatoriske plan initieret på politisk initiativ. Det politiske udvalg ønskede innovative løsninger, bedre arbejdsgange og LEAN.

Når dette er sagt, er det ikke meget, der bliver sagt direkte i interviewene om et modsætningsforhold mellem borgerinddragelse og økonomi. Tværtimod argumenterer alle interviewpersoner med, at borgernes øgede engagement i deres omsorg og træning er en komponent i øget livskvalitet – et mål i sig selv. "Ud over at gøre borgeren så selvhjulpent som muligt, så handler det

også om at minimere udgifterne til hjemmeplejen. De to bliver forenelige, når det er borgerne, der beslutter målene for rehabiliteringen ... Det er et gode at være uafhængig, også af det offentlige hjælp" – "Målet er, at borgeren får et godt liv – det er det øverste for det hele. At man bruger sine resourcer til at få et godt liv." – "At svinge støvekluden giver mening med livet."

Interviewpersonerne – især terapeuterne – er også klare i mælet om, at det ind imellem ikke lykkes at inddrage borgerne i det omfang, de professionelle gerne vil: "... altså folk, som ikke vil, kan være vældig svære at hjælpe. Nogen gange skal de også have lov. Nogle er ganske enkelt træt af dage, og det skal man også have lov til at blive," siger en terapileder. En anden terapeut siger: "Jeg tænker på, hvornår det bliver tvang og overgreb, og hvornår det foregår på frivillig basis. Kernen er og bliver, at det er borgeren, der beslutter målene. ... Man skal være meget bevidst om sin egen faglighed, at den ikke går ind over i forhold til det her med, at jeg ved bedst."

Personaleholdninger

Den potentielle modsætning mellem omsorg og rehabilitering handler til dels om de to fagområders forskellige paradigmer. Man kan sige, at rehabiliteringens paradigme er ved at kolonisere omsorgens domæne. Hvis nyordningen skal fungere i praksis – "... skal vi gøre det på en anden måde, og dem, der skal gøre allermest, er de kortest uddannede ...", siger en kommunal udviklingskonsulent. Hun fortsætter: "Medarbejderne, der før især fik kredit for det store hjerte – det er en anden måde nu ... det handler om hele ens arbejdsidentitet, der skal ændres. Hvordan får jeg mig selv bygget op som medarbejder i forhold til de her nye kompetencer."

I interviewene blev der spurgt til forhold, der hæmmer borgerinddragelse, og i ét interview blev der svaret "... Vaner ... Det handler om hvad man har det godt med som fagperson. Det kan godt være angstprovokerende at træde ud af sin rolle, som man har lært oppe på skolen, og jeg ved bedst. Det handler også om, hvordan man er som menneske ...". Især i forløb, hvor en borger har modtaget hjemmehjælp i længere tid, kan det være en udfordring for den enkelte hjælper. Når man som sosu-hjælper er kommet hos en borger i lang tid og har udviklet sine rutiner i den konkrete relation, kan – "... det være svært at skulle stille spørgsmål ved sin egen praksis – sin egen faglighed, sin egen legitimitet ..."

Det stiller krav om faglig indsigt, relationelle og kommunikatoriske kompetencer og personlig modenhed. En erfaren sosu-hjælper formulerer det: "Du skal også kunne mestre dit eget liv. Det duer ikke at have en dårlig dag. Man skal have overskud. Du skal ville arbejdet. Du skal gi' mere end du får..."

Grænser

Habilitet

På spørgsmålet om situationer, hvor borger ikke skal / kan / bør inddrages, taler alle informanter om tilfælde, der læner sig op ad juridisk umyndiggørelse af borger. Flyttesager nævnes af flere som eksempel på, hvor kommunen må gå imod borgerens ønsker. Familier med demens eller anden hjerneskade og borgere med misbrug giver tilsvarende udfordringer.

En hjemmeplejeleder fortæller, at man i de vanskelige sager – "... *har embedslægen indover ...*". Det hænder, at man selv rejser umyndighedssager. Det er en fælles oplevelse, at det at gå imod en borgers udtrykte ønsker kræver juridisk opbakning. En hjemmeplejeleder understreger betydningen af, at man tidligt opsporer forløb, der kan ende med for eksempel flytning. "*Jo før jo bedre man kan komme til snakke om, hvad det her handler om, jo nemmere er det at håndtere det, når det så bliver rigtig svært ...*" Et par terapiledere siger, at da man ikke har med de akutte sager at gøre, oplever man ikke tilfælde, hvor det faglige personale tilsidesætter borgerens ønsker. I hjemmeplejen nævnes de akutte situationer, for eksempel ved pludselig opstået sygdom, hvor man som enhver anden sundhedsfagperson har pligt til at handle umiddelbart.

Kommunale standarder og pakker

Det er et grundvilkår for disse informanter, at de overordnede beslutninger om ydelser til borgeren træffes ved visitationen – jf. tidligere om bestiller-udfører modellen. "*Det er jo ikke et tag-selv bord ... Det forstår borgerne godt. Vi er jo alle sammen borgere i X kommune.*" Den samme terapeleder taler videre om at arbejde borgerrettet med de nye budskaber: "*At få italesat, at det er tendensen at kunne varetage så meget som muligt selv, og at det giver et øget velvære at kunne handle selv.*"

Alle kommuner arbejder i visitationen med "pakker" – standardiserede ydelseskataloger til givne tilstande hos borgeren. I en kommune har man en "... *pilotpakke, individuelt tilpasset – for at fjerne rammerne for visitatorerne, for at sige det kan godt være, at vi har nogle rammer her i X kommune, men hvis der er noget, som kan få dig til at mestre dit liv på en bedre måde, så kan vi strikke en pakke ydelser sammen til dig, som passer til lige præcis dig.*"

Pårørende

Alle er enige om, at det er vigtigt at inddrage pårørende. Flere beskriver, hvordan den indledende kontakt med borgeren indbefatter et helhedssyn på patienten, herunder familien, med henblik på at kortlægge eventuelle ressourcer og udfordringer. *“Vi inddrager hele familiens ressourcer – det kan være en fordel og en ulempe.”* Man kortlægger ressourcer i form af pårørende, der kan hjælpe til i hjemmet og spare hjemmehjælp, og som kan være med til at motivere til træning, kost eller andet. *“Det handler om, at borger – eller pårørende – skal tage ansvar for sig selv.”* *–“Pårørende er en vigtig brik – nogle gange er det svært at fortælle sin pårørende, at det er altså også vigtigt for mig, at du gør det her [at du træner] ... Det er vigtigt med pårørende som medspiller.”*

Udfordringer drejer sig for eksempel om potentielle konflikter mellem ægtefæller eller andre samboende om art og omfang af hjælpen eller træningen, og navnlig hvis det som nævnt måske trækker op til, at familien eller en ægtefælle må skifte bolig.

Fælles beslutningstagning

Udtrykket "Shared Decision Making" blev nævnt første gang i et amerikansk regeringsdokument i 1982. Siden er begrebet gået over hele verden⁷. På dansk er det blevet til "Fælles beslutningstagning". Der verserer mange definitioner. Formuleret kort og groft drejer det sig om, at beslutninger om en sundhedsydelse træffes i fælleskab af sundhedsperson og borger, der deler information og når til enighed om, hvad der er bedst at gøre i den foreliggende situation.

Arbejdet med fælles beslutningstagning har mest fokuseret på beslutninger om (lægelig) behandling, når der foreligger nogenlunde ligeværdige behandlingsmuligheder. Men giver det mening at tale om det i kommunal sammenhæng?

Ud fra disse data giver det god mening. På det åbne spørgsmål om, hvad borgerinddragelse går ud på, beretter alle informanter om holdninger, der kan tolkes som, at ingen beslutninger i den daglige drift i princippet træffes, uden at borgeren er med i det. Det foregår inden for de rammer, som visitationen har fastlagt ud fra lovgivning og kommunalt serviceniveau. Rammerne betragtes som en udfordring, som man sætter en ære i at håndtere, så man i videst muligt omfang kommer borgerens præferencer i møde. *"Serviceniveau er altid sådan lidt en udfordring. Vi udfordrer det ved at finde andre muligheder ... men nogle gange er det også rart at have serviceniveauet som ramme."*

Kan vi kortlægge den kommunale indsats?

Den foreliggende undersøgelse kom i stand ud fra en oplevelse af, at den fremgangsmåde, som havde virket til at kortlægge aktiviteter i hospitalsvæsenet, ikke rigtig virkede i det kommunale sundhedsvæsen. Alle informanter blev spurgt, om der var andre måder, vi kunne spørge på for at få at vide, hvordan kommunerne reelt arbejder med borgerinddragelse. En enkelt foreslog et multiple-choice spørge-skema, men ellers var svaret var som helhed nej. *“Det kan man ikke svare på, fordi det ligger under det hele.” – “Borgerinddragelse er jo kernen – så det er svært at svare på ... Hvad er det, vi skal besvare?”*

Kommuner er forskellige organisatorisk, politisk og har forskellige fokus og vilkår. Ingen kommuner har et “kontor for borgerinddragelse”. En ledende terapeut siger: *“Det er svært, på hvis vegne jeg kan udtale mig. Det er svært i en kommune at finde folk, der kan udtale sig på vegne af både sundhed, træning, handicap/psykiatri, borgerservice, jobcenteret ... Der er så mange grene, at man bliver nervøs for at blive over- eller fejlfortolket.”* Hun fortæller videre om et spørgeskema om et ellers rimelig afgrænset sundhedsfagligt projekt, der fordrede fem kolleger samlet, for at man kunne besvare det. *“Man kan jo blive nødt til at svare ved ikke – og så ser det ud, som at i X kommune laver man ikke noget ...”*

Diskussion og perspektiver

I det kommunale felt hersker der – ligesom på hospitalerne – forskellige, under-tiden modstridende opfattelser af, hvad det vil sige at inddrage. Det mest iøjne-faldende er balancen mellem omsorgens og rehabiliteringens paradigmer. Selv inden for det enkelte paradigme tales om så forskellige tilgange som coachende samtale, mestringsteams og decentral visitering. En anden vigtig balance er, hvornår en opgaveoverdragelse fra personale til borger er inddragelse og aktivering, og hvornår det er en spareøvelse. Balancen mellem den sundhedsfaglige kompetence og borgerens selvbestemmelse er et tredje felt, som også kendes fra hospitalerne.

Undersøgelsen omfatter ikke kommunernes afdelinger for psykiatri og handicap. Nogle informanter nævnte borgere, som de har fælles med psykiatrien, og at det giver udfordringer. *“Det er to myndighedsområder, som hver især sætter deres mål op sammen med borgeren, og det skal altså koordineres.”* Men man har fælles borgere, som man er nødt til at samarbejde om i praksis. *“Det er en anden faggruppe – primært pædagoger. Men de har også den understøttende tilgang – det har de faktisk arbejdet på. Det er ikke langt fra hinanden ... vi er lige så stille begyndt at lære noget af hinanden.”*

Den kommunale arbejdsgang, hvor det er vigtigt, at bestiller og udfører adskilles, opleves af disse folk fra driften som et vilkår og en udfordring. Der er ikke interviewet i kommunernes myndighedsfunktion. Fra den indledende skriftlige dataindsamling foreligger et enkelt udsagn fra en bevillingsenhed: *“Ved det første møde med visitator inddrages borgeren i forhold til borgerens hverdagsliv. Visitator er en slags “pennfører” for borgeren, og borgerens ønsker og prioriteter for den hjælp, der skal iværksættes, inddrages direkte i planlægningen.”*

Informanterne i driften mener loyalt, at visitationen så vidt muligt foregår på borgernes præmisser. Men det er et åbent spørgsmål, om den informant har ret, som mener, at visitationen med sine forpligtelser for de overordnede rammer aldrig kan indgå i en ligeværdig relation med borgeren.

I en analyse af inddragelsesidealer og beslutningsprogrammer på genoptræningsområdet er det tilsvarende vist, at *“... en organisering af visitationen, som skal øge borgerinddragelsen gennem frit valg ... i realiteten udelukker borgerinddragelse i forbindelse med visitationsbeslutninger.”* I de studerede organisationer opnåedes en rationel serviceleverance på borgernes præmisser kun gennem stor tolerance for, at praksis afviger fra de formelle beslutninger og tilpasser sig det faglige skøn og borgerens behov⁸.

Undersøgelsen er foretaget i ledelseslaget med enkelte indspark fra praktikere. Der er heller ikke indhentet data fra borgere. Flere kommuner kører med brugerundersøgelser af forskellig art inden for ældreomsorgen, men man har ikke som i hospitalsvæsenet fælles landsdækkende brugerundersøgelser, der kan give anvendelige udtryk for, i hvilket omfang borgerne opfatter sig passende inddraget. Skal man videre med at studere, hvordan borgerne i det kommunale sundhedsvæsen i praksis inddrages og hvordan de oplever det, må man tættere på i form af deltagerobservation og lignende, og bredere ud i form af tværgående borgerundersøgelser. Det er større, ressourcekrævende projekter, og man kan diskutere nytten. Det er sandsynliggjort, dels at kommunerne på det overordnede plan har adækvate holdninger, og at der utvivlsomt foregår en del tværgående netværksarbejde.

Disse informanter kan slet ikke forestille sig faglig aktivitet uden borgerind-dragelse. Men undersøgelsen handler kun om de professionelles opfattelser. En nylig dybtgående undersøgelse dokumenterer, at virkeligheden set fra borgernes perspektiv er mere kompliceret. Her demonstreres detaljeret de grundfortællinger, der udfolder sig i ældre menneskers tværfaglige og tværsektorielle patientforløb: Handicappet med behov for kompenserende hjælp, Udviklingsaktør med behov for træning og Patient med behov for behandling. Dertil kommer den truende Risikofortælling, der indskrænker personens råderum og blokerer for, at hendes personlige præferencer kommer i spil. Og endelig fortællingen om Skrøbelig gammel med behov for beskyttelse, som får alt for lidt plads. Afhandlingen slutter med et ønske om, at der må blive brugt flere kræfter på at høre efter, hvad de gamle siger – også når de ikke siger noget⁹.

De foreliggende data stammer fra et opportunistisk, begrænset udvalg af kommuner i Region Midtjylland, og de er begrænset til sundhed / omsorg og træning / rehabilitering. De er bemærkelsesværdigt enslydende. I alle kommunerne kender man og har forholdt sig til erfaringerne fra to kommuner i Region Syddanmark, der har gjort sig gældende på området. Der er grund til at tro, at fagfolk i alle kommuner holder sig fagligt a jour, og at der er udstrakt enighed om de "nye" principper om samspil mellem det omsorgs- og det rehabiliteringsfaglige. En terapeut siger: *"I alle kommuner snakker man jo rehabilitering og på mange forskellige måder."*

Den aktuelle lærebog om det kommunale sundhedsvæsen anfører, at "stort set alle kommuner har ... i forskelligt omfang indført hverdagsrehabilitering"¹⁰. En hjemmeside om emnet samler over 30 projekter fra over 20 kommuner i landet¹¹. I en rundspørge foretaget af FOA svarede 92 procent af de kommunale ældrechefer, at de i 2011 ville udvikle ældreområdet til at arbejde ud fra en rehabiliteringstankegang¹². Der er således grund til at tro, at disse midtjyske kommuner ikke afviger væsentligt fra andre kommuner i landet.

Anbefalinger og indsatsområder

Fælles forståelser og klare mål

De sundhedsprofessionelle ledere forholder sig til borgerinddragelse og er opsat på at realisere det. Det svarer til fundene i en kvalitativ undersøgelse på hospitalerne¹³. Det fremgår også, at fænomenet er mangetydigt og i praksis tilpasses den lokale kontekst. Skal inddragelse af patienten ændres fra uklar retorik til vidensbaseret aktiv handling, fordrer det, at alle sundhedsprofessionelle bliver klogere på, hvilke grundtrin der skal trædes¹⁴.

Målet om borgerinddragelse har (mindst) to dimensioner: en humanistisk/omsorgsfaglig og en politisk/økonomisk. Begge målsætninger er i spil, og det ser ud til, at dilemmaet håndteres i de fleste tilfælde. Men det fordrer en accept fra borgerne af autonomi som mål i sig selv, og det fordrer en "herredømmefri dialog" mellem system og borger.

Kommunerne kan arbejde med at klargøre og operationalisere mål og forståelser, der kan optimere borgernes inddragelse i de beslutninger, der træffes om dem.

Holdninger til borger

De kommunale ledere har klare holdninger til værdien af at inddrage borgerne i de kommunale serviceleverancer. De er også klare over dilemmaerne og udfordringerne i feltet. Der pågår en dialog mellem paradigmerne for omsorg og rehabilitering, hvor det sidste synes at vinde terræn over det første, ikke mindst båret af et politisk-administrativt rationale.

Kommunerne kan overveje at inddrage personalets – og systemets som sådan – holdninger til borgerne i udviklingsarbejdet og at arbejde med at påvirke disse.

Strukturelle barrierer

Den todelte beslutningsproces i den kommunale myndighedsfunktion opleves som en barriere for optimal borgerinddragelse. Denne opfattelse understøttes af danske forskningsresultater.

Kommunerne kan overveje mere borgervenlige beslutningsprocesser for tildelingen af kommunale serviceydelser.

Systematik og metode

Både på det omsorgsfaglige og det terapeutiske område opleves borgerinddragelse som et grundvilkår. Måske derfor er det vanskeligt at komme med klare, operationelle formuleringer om mål og forståelser. Når det ikke er transparent for den enkelte, hvilke procedurer mv., der skal benyttes, må være svært for nytilkomne at lære metoder og systematik mht. borgerinddragelse.

Kommunerne kan overveje at præcisere metoder, procedurer mv., der kan anspore til at klarlægge og reagere på borgernes individuelle præferencer og behov.

Referencer

- 1 <http://www.vibis.dk/kriterier-vibis-arbejde/hvad-er-en-patientinddragende-indsats>
- 2 Coulter A. Patient Engagement – What Works. *J Ambulatory Care Manag*, 2012; 35(2): 80-89
- 3 Freil M, Wandel A, Pedersen LH, Jönsson ABR, Nyborg MJG. Sundhedsprofessionelles forståelse af patientinddragelse – en spørgeskemaundersøgelse blandt ansatte på hospitaler. København, Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet, Dansk Sygeplejeråd, Lægeforeningen, 2014 <http://www.danskepatienter.dk/sites/danskepatienter.dk/files/Rapporten.pdf>
- 4 <http://www.vibis.dk/viden/projektdatabase>
- 5 Sloth-Egholm A. Giver borgernes bestemmelse af mål for rehabiliteringen højere effektivitet i hjemmeplejen? Masterafhandling, Aarhus universitet, Institut for Statskundskab 2011 http://www.etf.dk/sites/default/files/uploads/public/tx_subjectdb/as-e_borgerens_1211.pdf
- 6 Kjellberg PK, Ibsen R, Kjellberg J. Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Kbh: DSI Dansk Sundhedsinstitut, 2011 <http://www.kora.dk/media/1039625/fra-pleje-og-omsorg-til-rehabilitering-viden-og-anbefalinger.pdf>
- 7 Coulter A, Collins A. Making Shared Decision-Making a Reality – No decision about me, without me. London: The King's Fund, 2011 <http://www.kingsfund.org.uk/publications/making-shared-decision-making-reality>
- 8 Knudsen M & Højlund H. Grænser for inddragelse. En analyse af inddragelsesidealer og beslutningsprogrammer på genoptræningsområdet. I: Kjær P & Reff A. Ledelse gennem patienten. Nye styringsformer i sundhedsvæsenet. Kbh: Handelshøjskolens Forlag, 2010
- 9 Thuesen J. Gammel og svækket I nye omgivelser. Narrativt arbejde i bruger-orienterede rehabiliteringsforløb. PhD-afhandling, Roskilde Universitet, Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning, 2013 http://rudar.ruc.dk/bitstream/1800/12921/1/thuesen_fin.pdf
- 10 Nielsen CV & Maribo T. Genoptræning og rehabilitering. I: Pedersen BM & Petersen SR (red). Det kommunale sundhedsvæsen. Kbh: Hans Reitzels Forlag, 2014
- 11 <http://www.hverdagsrehabilitering.dk/index.php/igangvaerende-kommuner-centre>
- 12 <http://www.foa.dk/~media/faelles/pdf/rapporter-undersogelser/2010/rundspoerge-aeldrechefer-2010.ashx>
- 13 Jönsson ABR, Nyborg MJG, Pedersen VH, Pedersen LH, Wandel A, Freil M. Sundhedsprofessionelles forståelser af patientinddragelse – en kvalitativ undersøgelse. København, Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet, 2013. http://www.vibis.dk/sites/vibis.dk/files/bibliotek/kulturprojekt_web.pdf
- 14 Færch J, Harder I. Medinddragelse i egen pleje – fra retorik til realiteter. *Sygeplejersken* 2009 ; (17) : 54 <http://www.dsr.dk/Sygeplejersken/Sider/SY-2009-17-54-1-Medinddragelse.aspx>