

TEMA – inspirationskatalog fra workshop 26. juni 2013

**UDVIKLINGEN AF DE
BORGERNÆRE SUNDHEDSTILBUD**
– med borgernes perspektiv

Udviklingen af de borgernære sundhedstilbud – med borgernes perspektiv
Inspirationskatalog fra workshop 26. juni 2013

© Sundhedsstyrelsen, 2013. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Faglig redaktion: Britta B. Mortensen, Line Raahauge Hvass og Steen Dalsgård Jespersen,
Forebyggelse & Borgernære Sundhedstilbud, Sundhedsstyrelsen

Tekst og foto: Gunhild Riske, journalist og antropolog
- bortset fra foto side 5 taget af fotograf Eva Dahlberg og foto side 29 af fotograf Lars Møller
og øvrige portrætfotos, der er deltagernes eller deres ansættelsessteds egne

Design og layout, redigering: Lone Asp Engberg, Kommunikation, Sundhedsstyrelsen

Emneord: borger, brugerinddragelse, sundhedstilbud, kommuner, almen praksis, hverdagsliv, patient

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 29. november 2013

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-581-9

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, december 2013.

INDHOLD

Leder	5
Om inspirationskataloget	7
At balancere mellem standarder og individuelle behov	9
Nye roller som borger og sundhedsprofessionel	17
“Den aktive borger” – muligheder og misforståelser	25
Sammenhænge og sprækker i sundhedstilbud	33

FAKTABOKSE:

■ Om de borgernære sundhedstilbud	6
■ Hvad er et borgerperspektiv?	38
■ Kort om workshoppen	39

LEDER:

– Det er borgernes borgernære sundhedstilbud

De borgernære sundhedstilbud er for alvor kommet på dagsordenen. Det er udtryk for en generel forandring og udvikling i sundhedsvæsenet og samfundet - også en kulturforandring!

Befolkningen som helhed lever længere end alle tidligere generationer, men får samtidig flere kroniske sygdomme. Som danskere dog bliver bedre og bedre til at leve med. Nu går "gamle koner" på 70 måske på arbejde og er i fuld vigør. Derfor har borgerne stigende forventninger til en let og fleksibel adgang til sundhedstilbud.

Vi ønsker alle at opretholde hverdagslivet i videst muligt omfang. Det betyder, at vi gerne vil slippe for ventetider, lang transporttid, unødige indlæggelser eller ophold afskåret fra de forpligtelser og interesser, hverdagslivet er fyldt af.

Sundhedsstyrelsen har det nationale ansvar for at understøtte den faglige kvalitet og sammenhæng i udviklingen af de borgernære sundhedstilbud. Derfor holdt Sundhedsstyrelsen i sommeren 2013 workshoppen: "Borgernes perspektiv i udvikling af de borgernære sundhedstilbud."

Borgernes oplevelser, ønsker og bud på forandring ikke bare interessante, men afgørende og nødvendige for at justere og udvikle de borgernære sundhedstilbud.

Det er borgernes borgernære sundhedstilbud. Derfor arbejder Sundhedsstyrelsen systematisk på at inddrage borgernes perspektiv i vores opgaveløsning. Workshoppen fungerede som en konkret arbejds metode til at sætte borgernes behov og ønsker i spil.

Det er netop med afsæt i borgerperspektivet, at Sundhedsstyrelsen udgiver dette tematiserede katalog med hovedbudskaber fra workshoppen. Kataloget er tænkt som inspiration og et oplæg til flere diskussioner om emnet.

Det er ikke nyt, at vi i sundhedsvæsenet siger, at borgeren skal være i centrum for vores aktiviteter. Men der er stadig et stort behov for at konkretisere og udfolde idealet for at øge borgernes muligheder for indflydelse og deltagelse.

Mere dialog på kryds og tværs af borgere og sundhedsansatte er nødvendig, for at det

kan lykkes. For som workshoppen viste, er der mange spørgsmål og udfordringer i det daglige arbejde med at udvikle de borgernære sundhedstilbud:

- Hvordan bliver sundhedstilbud med borgeren i centrum egentlig praktiseret her og nu?
- Hvad er det for nogle udfordringer, dilemmaer og nye muligheder, der opstår, når vi arbejder ud fra borgerspæktiver?
- Hvordan kan de borgernære sundhedstilbud blive bedre for både de sundhedsansatte og borgerne?

Det overordnede ansvar for at sætte rammerne for sundhed ligger fortsat i sundhedsvæsenets hænder. Det må vi holde fast i. Men Sundhedsstyrelsen, sundhedsprofessionelle og ledere på sundhedsområdet må gå i dialog med borgerne for at skabe de bedste rammer for borgernes borgernære sundhedstilbud.

Sundhedsstyrelsen takker alle deltagerne på workshoppen for deres bidrag.

Else Smith

Adm. direktør, Sundhedsstyrelsen



FAKTA

Om de borgernære sundhedstilbud

Siden kommunalreformen i 2007 er der sket en kraftig udvikling i de borgernære sundhedstilbud, der overvejende er forankret i regi af kommuner og praksisområdet.

Det handler både om helt nye ansvarsområder og udviklingen i kvalitet og sammenhæng i de eksisterende opgaver.

Borgernære sundhedstilbud er kendetegnet ved:

- Sundhedsaktiviteter tæt på borgerens hverdagsliv – som ofte bliver tilbudt i sammenhæng med aktiviteter inden for andre områder end sundhedsområdet. Det kan typisk være social-, undervisnings-, beskæftigelses- og fritidsområdet.
- Sundhedsaktiviteterne tager afsæt i og koordineres i forhold til borgerens livssituation.
- Sundhedsaktiviteterne omfatter både sundhedsfremme og forebyggelse, tidlig opsporing, udredning, behandling, pleje, genoptræning, rehabilitering og palliation.
- Der er mange aktører involveret: kommunerne, praksisområdet, sygehuse og private aktører samt brugerorganisationer og andre frivillige organisationer.

Læs mere i publikationen “Borgernære sundhedstilbud – med fokus på udvikling af kvalitet og sammenhæng” på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, sst.dk.

TEMAER FRA WORKSHOPPEN

Om inspirationskataloget

Temaerne er i det følgende beskrevet i hver sin artikel. De fire temaer behandles ikke udtømmende i artiklerne. De skal ses som et forsøg på at vise nogle af de dilemmaer, som borgere og sundhedsansatte møder og forholder sig til – og som blev fremført på workshoppen. Deltagerne på workshoppen er derfor citeret flere steder i artiklerne.

Denne publikation henvender sig til sundhedsplanlæggere, sundhedsprofessionelle og de øvrige involverede aktører og borgere, der arbejder med udviklingen af de borger-nære sundhedstilbud til hverdag.

Centrale budskaber fra hvert tema fremgår i en opsummering for hver af de fire temaartikler - i en farvet boks svarende til de følgende.

God læselyst.

Redaktionen, december 2013.

- At balancere mellem standarder og individuelle behov
- Nye roller som borger og sundhedsprofessionel
- “Den aktive borger” - muligheder og misforståelser
- Sammenhænge og sprækker i sundhedstilbuddene



At balancere mellem standarder og individuelle behov

AT BALANCERE MELLEM STANDARDE OG INDIVIDUELLE BEHOV

Borgernes behov skal være i centrum i de borgernære sundhedstilbud og i udviklingen af dem. Men borgernes behov og ønsker er ofte ikke ens og kan ændres over tid.

Samtidig søger sundhedsudbydere og sundhedsprofessionelle at basere tilbudene på den bedste viden i form af faglige, lokale og nationale standarder, som fx kliniske retningslinjer og forløbsprogrammer. Standardiseringen sker for at sikre den faglige kvalitet og ensartethed i et tilbud, hvad enten borgeren bor i Odder eller Odense.

Derudover tilrettelægges sundhedstilbudene også typisk med afsæt i andre former for standardiseringer og ensretninger – som fx diagnoser, fastsatte typer af indsatser samt standardiseret kommunikation og registrering, bl.a. med henblik på at håndtere de varierende behov administrativt.

De to dagsordener om standardisering på den ene side og den enkelte borgers behov på den anden side (individualisering) kan i praksis være en svær balancegang at hånd-

tere. Standardkrav og gode intentioner kan undertiden ganske utilsigtet virke modstridende.

Deltagerne på workshoppen lavede mange interessante nedslag i netop disse problemstillinger. For hvordan kan sundhedsprofessionelle, ledelser og borgere fremover understøtte ensartede faglige standarder samtidig med, at de borgernære sundhedstilbud tager afsæt i den enkelte borgers behov og livssituation?

Hensyn til standarder og individ støder sammen

Fra kommunal side pegede Morten Ørsted-Rasmussen, leder af Forebyggelsescenter, Gladsaxe Kommune, på at standardisering af det faglige indhold i flere år har været en væsentlig dagsorden i kommunerne:

– I hælene af Kommunalreformen har der været et stort kommunalt fokus på standardisering af praksis - og i langt højere grad end tidligere skal kommunerne sikre deres legitimitet gennem standardiseringer, både over for borgere, politikere og



Helene Goldberg, projektleder i Guldborgsund Kommune

”

.. Når kommuner laver nye tilbud, så plejer man at tage udgangspunkt i, hvad det enkelte fagområde kan tilbyde.

Nu skal man tage udgangspunkt i borgernes behov, og det er en radikal anderledes måde at gå til værks på.

”

sundhedsvæsen. I den forbindelse bør vi nok sikre, at det kommunerne var gode til før, det bløde, ikke helt forsvinder i jagten på legitimitet.

Morten Ørsted-Rasmussen peger dermed på, at overordnede behov for at dokumentere faglig kvalitet i praksis måske kan gøre det vanskeligt at skabe rum for borgernes behov.

Helene Goldberg har som projektleder i Guldborgsund Kommune konkrete erfaringer med de udfordringer, der opstår, når standardisering og individuelle behov skal forenes. Helene Goldberg stiller skarpt på, at de forandringsprocesser i borgernære sundhedstilbud, der tager afsæt i borgernes behov, kræver nye arbejdsmetoder og tid, hvis det skal lykkes:

– Vi oplever i praksis et dilemma mellem på den ene side borgerinddragelse og lokal tilrettelæggelse – og en national eller regional centralisering og fælles standarder på den anden. I praksis betyder det ofte, at inden vi har implementeret, evalueret og

justeret et tilbud, så kommer der nye krav og retningslinjer, både interne og eksterne. Samtidig oplever vi, at jo mere tilbuddene skræddersyes lokalt, fx ud fra borgerbehov, jo sværere bliver de at navigere i for vores samarbejdspartnere, som henviser til kommunens tilbud, fortæller Helene Goldberg.

– Når kommuner laver nye tilbud, siger Helene Goldberg, så plejer man at tage udgangspunkt i, hvad det enkelte fagområde kan tilbyde. Nu skal man tage udgangspunkt i borgernes behov, og det er en radikal anderledes måde at gå til værks på.

Annette Wandel, chef for kvalitet og politik i Danske Patienter, fremhæver endnu et aspekt ved dilemmaet. Nemlig at man ikke skal undervurdere, hvor stor en kulturel omstilling det egentlig er for alle involverede at arbejde med borgerperspektivet:

– Vi kommer fra en tradition i sundhedsvæsenet, hvor vi tager evidensbaserede undersøgelser og overfører resultaterne til det enkelte menneske. Den vender vi nu på hovedet og starter med det enkelte men-

neske. Udgangspunktet er: Hvordan kan jeg som menneske leve med min sygdom? Det handler om mit liv; hvordan jeg kan løbe, spise, fungere osv. Vi skal have det ned på individniveau i hverdagslivet og finde ud af, hvad der passer til den enkelte. Det kræver kulturel udvikling og troen på, at den viden, borgeren har, er vigtig for et godt forløb.

Standardiseringen viser sig også på andre måder end ved implementering af faglige retningslinjer, som fx i administration og ledelse.

Ansatte i almen praksis oplever også, at der skal tænkes anderledes og nyt for at understøtte en udvikling, der tager afsæt i borgernes ønsker og behov, samtidig med at de understøtter øgede krav om at følge faglige standarder og monitorere disse aktiviteter. Her sætter forsker Rikke Sand Andersen fokus på det øgede pres på almen praksis fra flere niveauer og ønsket om administrativt at tilrettelægge arbejdet således, at borgernes behov fortsat kan imødekommes.

De praktiserende læger har over de sidste 20 år fået 20 procent flere patientkontakter. Rikke Sand Andersen mener, at denne tilgang til dels skal ses som konsekvens af, at samfundet fokuserer på en proaktiv sygdomsforståelse. Dvs. at borgerne lærer at opsøge lægen i god tid med også ikke så specifikke symptomer, så man kan sikre så tidlig opdagelse af en eventuel sygdom som muligt. De symptomer, som borgeren skal

fortælle lægen om, kan derfor være langt mindre konkrete nu, end det var tilfældet tidligere. Dertil har almen praksis gennem de sidste årtier fået flere typer af opgaver og fået flere faggrupper involveret.

Kombinationen af langt flere borgerkontakter og arbejdsopgaver gør ifølge Rikke Sand Andersen, at almen praksis i stigende grad indarbejder et administrativt "visitationslag". Visitationslaget betyder, at borgernes behov og ønsker skal tilpasses en bestemt skabelon (standard), der kræver, at de nævner én konkret problemstilling, ikke flere, som årsag til besøget.

Den positive hensigt med at visitere borgerne, når de bestiller tid, er at få konsultationerne til at være så målrettede og effektive som muligt for patienten inden for den afmålte tid. Men det kan også være en barriere for at give plads til, at borgerne kan komme med fx lidt mere komplekse problemstillinger, der ikke lader sig koge ned til ét bestemt symptom.



Rikke Sand Andersen, forsker ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus

Ved selve konsultationen kan det betyde, at borgerne ikke får sagt alt det, de har på hjerte, for der er ikke plads. Det stiller igen krav til den praktiserende læges kompetencer og muligheder for skabe rum til fx de borgere, der ikke selv insisterer på en snak om udfordringer i deres liv uden for den fastsatte dagsorden.

Bud på metoder og tiltag i navigationen

Som i mange andre kulturelle omstillingsperioder er der også her behov for at afprøve forskellige konkrete løsninger og tiltag, så man kan fastholde borgerperspektivet.

Når det gælder metoder, som kan bruges i de konkrete møder mellem borger og sundhedsprofessionelle, findes der allerede flere metoder, som har en dokumenteret virkning”, siger Annette Wandel fra Danske Patienter.

– Vi har fx ”shared decision making” og brugerstyrede kontakter. Shared decision making betyder, at borgeren er med til at planlægge sit eget forløb – behandlinger ud fra grundig viden.

“ .. Man skal ikke undervurdere, hvor stor en kulturel omstilling det egentlig er for alle involverede at arbejde med borgerperspektivet...”

”

Annette Wandel, chef for kvalitet og politik i Danske Patienter

Det vil sige, at borgernes viden og erfaringer indgår som en vigtig del af dialogen og beslutningsprocessen mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle, når der skal træffes beslutninger om et tilbud og behandling. Der findes konkrete beslutningsværktøjer, som fx film, der kan understøtte dialogen og beslutningsprocessen, så det standardiserede tilbud afstemmes med borgerens livssituation og ønsker.

Brugerstyrede kontakter betyder, at det er borgerne, der retter henvendelse, når de har behov for indlæggelse/behandling, i stedet for at følge standardforløb for kontakter. De positive erfaringer viser, at denne form for brugerstyret kontakt øger kvaliteten i indsatsen hos fx borgere med psykiatriske lidelser. De konkrete værktøjer skal implementeres og bruges af de sundhedsprofessionelle i mødet med borgerne. Som Annette Wandel ser det, kræver det dygtig ledelse og kompetenceudvikling hos de sundhedsansatte. Det skal ikke være op til den enkelte ansatte at finde ud af metoder til, hvordan de skal inddrage - det er et klart ledelsesmæssigt ansvar.



Ann Dorrit Guassora, forsker ved
Forskningsenheden for Almen Praksis
ved Københavns Universitet



Flere forskningsprojekter fra almen praksis peger allerede på, at det giver gode resultater at inddrage borgernes eget perspektiv i en behandling. Faktisk så gode, at den individualiserede behandling har ligeværdige resultater med den standardiserede, fortæller Ann Dorrit Guassora, forsker ved Forskningsenheden for Almen Praksis ved Københavns Universitet.

Ann Dorrit Guassora peger bl.a. på en undersøgelse af patienter med diabetes 2 udført over 19 år ved professor Niels de Fine Olivarius. Her blev det klart, at behandling med individualiserede målsætninger og valg af medicinske løsninger kan indarbejdes med succes og sikkerhed i den generelle diabetesbehandling.

– Når en borger får en sygdom, er der en klinisk vejledning med en række mål, som læger og patienter skal følge. Det er med de ressourcer, som respektive patienter og læger har, ikke altid muligt at følge på en gang. Som fx diabetespatient er der rigtig mange nye ting, man skal lære; injicere, måle blodsukker osv. Så må man sammen finde ud af, hvad den enkelte patient kan ud fra sin livssituation, og så griber man behandlingen an derfra inden for de givne rammer, fortæller Ann Dorrit Guassora.

Ann Dorrit Guassora går nu i gang med et større forskningsprojekt, der zoomer ind på, hvordan prioritering og egenomsorg konkret forhandles mellem læge og patient og siger:

– Hvordan skal vi løse udfordringerne med at inddrage borgerperspektiver til forskellige patienter? Man kan sige, at mange læger ude i praksis, som er en slags mesterlære, egentlig løbende lærer at tilpasse behandling til den enkelte patient. I min forskning vil jeg prøve at gøre tydeligt, hvad almen praksis kan, og hvordan forhandlingen foregår, så vi kan lære af det og professionalisere det.

OPSUMMERING

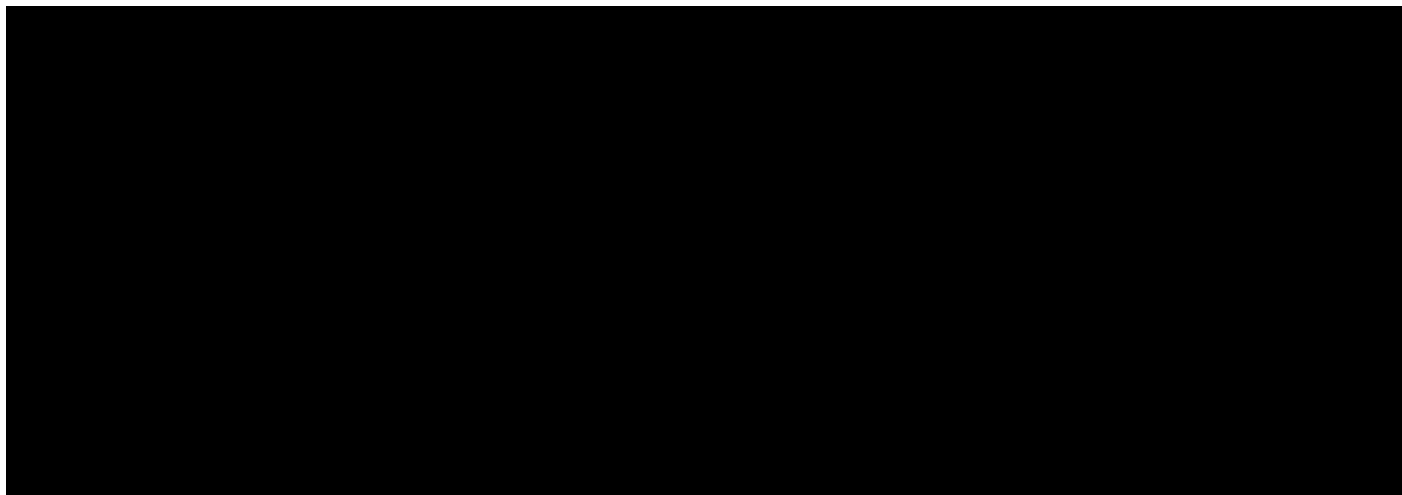
– centrale spørgsmål og forslag

Hvordan kan sundhedsprofessionelle, ledelser og borgere sammen arbejde frem mod at sikre ensartet høj kvalitet i sundhedstilbuddene – samtidig med, at borgernes individuelle livssituation og hverdagsliv er udgangspunkt for, hvordan sundhedstilbuddene bliver udviklet og tilrettelagt?

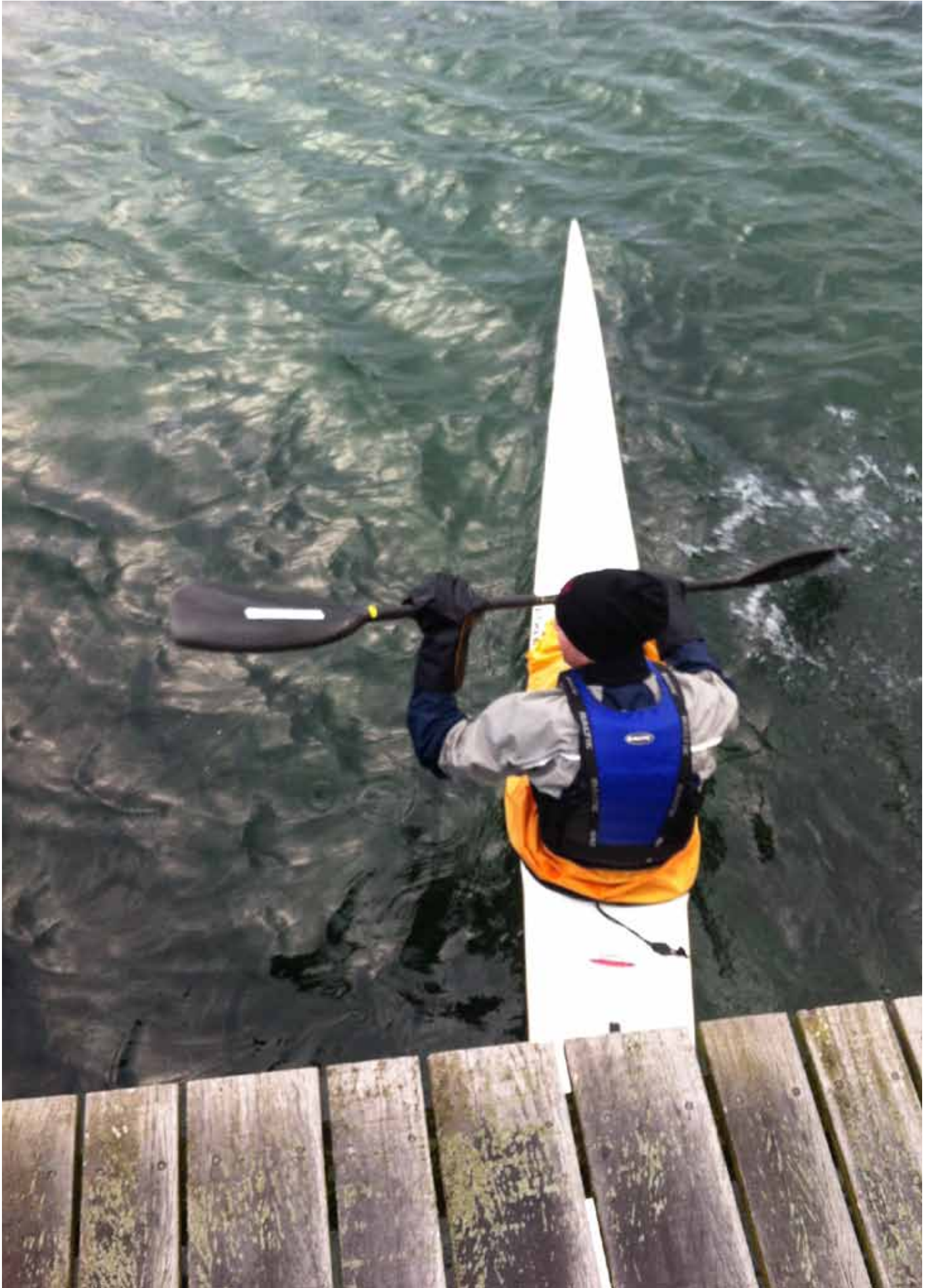
Hvordan kan sundhedsprofessionelle og ledere have fleksibilitet i det daglige arbejde, så vigtige standarder holdes, samtidig med at disse ikke spænder ben for, at sundhedstilbud skræddersys til den enkelte borger?

Forslag:

- Prøv af og indfør redskaber, der har en dokumenteret positiv virkning – som fx fælles beslutningstagen, brugerstyret kontakt og at sætte fælles mål sammen med borgeren ved rehabilitering.
- Fortsæt udviklingen i administration og ledelse med henblik på at overkomme de mange samtidige ønsker og krav til at følge faglige standarder – og med borgerdeltagelse, som fx erfaringerne fra Guldborgsund Kommune og fra almen praksis.
- Udvikl og afprøv økonomiske incitamentstrukturer, der på samme tid understøtter, at der tages afsæt i borgernes livssituation og behov, den faglige kvalitet og en målrettet ressourceunderstøttelse.



At balancere mellem standarder og individuelle behov



Nye roller som borger og sundhedsprofessionel

NYE ROLLER SOM BORGER OG SUNDHEDSPROFESSIONEL

Fra passiv modtager af ydelser til dagens aktive samarbejdspartner. Borgerne i Danmark har gennem de sidste 50 år oplevet flere markante forandringer i deres roller i forhold til sundhedsvæsenet. Men nye roller betyder ikke, at gamle helt forsvinder. Reelt set er flere af rollerne stadig i spil samtidig.

Nye roller kan betyde en del forvirring og frustration i mødet med sundhedsvæsenet. For hvis borger og sundhedsprofessionel fx befinder sig i hvert sit "rolleland", sker mødet ud fra forskellige præmisser. En situation, der kan føre til gensidig irritation, mistillid og misforståelser.



Nye roller som borger og sundhedsprofessionel

Hvordan kan der skabes større klarhed om rollernes betydning i de daglige møder? Skal hvert møde begynde med en klar forventningsafstemning mellem parterne?

Det var nogle af de spørgsmål, der rejste sig på workshoppen i forbindelse med drøftelse af roller under forandring for både sundhedsansatte og borgere.

Charlotte Bredahl Jacobsen, analyse- og projektchef i KORA, Det Nationale Institut for Kommunernes og Regionernes Analyse og Forskning, har som forsker beskæftiget sig med rollernes udvikling og deres betydning for mødet mellem borger og ansat:

– I 1950'erne var borgeren en overvejende passiv modtager af ydelser. Han eller hun kom 'op på kommunen' og sagde: "Jeg har dette problem, kan du hjælpe?" Det var en underordnet position. I 70'erne fik vi så den informerede borger, som sagde: "Jeg har et problem, hvad kan du tilbyde?" Her kom der så nogle muligheder at vælge imellem.

“ ..Jeg skal faktisk gøre mig selv så syg, at jeg ikke kan holde mig selv ud. For ellers har jeg ikke ret til eller mulighed for at få de hjælpemidler, der gør, at jeg kan fungere i min hverdag...”



Connie Ziegler, Gigtforeningen

Nu er borgerens rolle at være samarbejdspartner. Så borgeren møder op, har gjort sit hjemmearbejde og beder om noget bestemt til at løse sit problem: ”Kan jeg få x og y tilbud?” Fordi rollerne reelt set kan være i spil samtidig, bruger borgerne, ifølge Charlotte Bredahl Jacobsen, i mødet utrolig meget energi på at aflæse tegn på, hvilke roller der forventes og handles efter i et givent møde:

– Ethvert samspil mellem patient og sundhedsprofessionel eller klient og kommunal rådgiver kan ses som et samspil under ret strukturerede rammer, med et klart mål, og hvor hver part har et relativt klart defineret handlerum. Eller sådan var det. Med de nye roller bliver det mere uklart for alle parter, hvad handlerummet egentlig er.

Ifølge Charlotte Bredahl Jacobsen mangler der øget fokus på de forskellige parter muligheder og forventninger til hinanden og uddannelse hos de sundhedsprofessionelle i kommunerne:

– Hvordan kommunikerer vi som ansatte med borgerne, så det bliver nemmere at aflæse rollerne?

Borgeren kan fx have forberedt sig på et møde i en kommunal forvaltning som en aktiv samarbejdspartner, blot for at blive mødt på den anden side af bordet af en ansat, som fortsat ser borgere som en passiv modtager af ydelser. Det vil sige, at den aktive borger kommer til at fremstå som urimelig og krævende.

Eksempler på roller - tillid, mistillid og mistænkeliggørelse

Flere deltagere på workshoppen har fra både borger- og kommunalperspektivet oplevet, at mødet mellem borgere og sundhedsprofessionelle kunne være fastlåst i bestemte roller og en cyklus af tillid og mistillid allerede på forhånd.

Connie Ziegler fra Gigtforeningen har oplevet at være nødt til at gøre sig selv ekstra dårlig for at kunne modtage hjælp fra det sociale system; – Jeg skal faktisk gøre mig selv så syg, at jeg ikke kan holde mig selv ud. For ellers har jeg ikke ret til eller mulighed for at få de hjælpemidler, der gør, at jeg kan fungere i min hverdag. Det

kan blive meget kringlet i ens hoved, at man skal se den side af sig selv. Men uden hjælp vil jeg ikke kunne passe mit arbejde og opretholde det liv, jeg har, siger Connie Ziegler.

Hun fortsætter: – Jeg har en sød og god sagsbehandler. Men hun skal dokumentere og ikke sandsynliggøre videre i systemet, alt hvad jeg har behov for. Det er et helt enormt rigtigt system, hvor økonomien er i centrum og ikke borgeren.

Konsekvensen er, at det ikke kommer til at handle om, hvad mennesker har behov for, men hvad de har ret til. Så bliver man rigtig træt. Der er så lidt tillid til hendes arbejde som sagsbehandler og mig som borger.

Jeg kender mange, der ganske enkelt ikke orker at søge hjælpemidler. For mig bliver det lidt en principsag, men i processen sker der en sygeliggørelse af mig, og den Connie kan jeg ikke lide, fortæller hun.

Connie Ziegler er således gået til møde som aktiv samarbejdspartner, men er endt med at skulle spille en rolle som passiv og syg i det kommunale system.

I sådanne møder er det vanskeligt samtidig at opretholde rollen som den aktive og ressourcestærke borger. Netop den rolle, som de sundhedsprofessionelle og aktørerne i de borgernære sundhedstilbud på mange måder ønsker at understøtte.

På workshoppen var der flere bud på, hvordan møder som Connie Zieglers betyder, at borgere kører træt. De oplever, at ”systemet” gør dem mere syge, end deres symptomer og sygdom reelt gør. Formanden for ADHD-foreningen fortalte fx, at mange af hendes medlemmer er holdt op med at kontakte lægen og kommunen for at få hjælp på grund af uklare tilbagemeldinger i mødet. I stedet prøver de på bedste vis, blandt andet ved hjælp af patientnetværk, selv at sørge for hjælp til deres ADHD-ramte barn.

Tiltag til bedre samarbejde – hvordan giver man plads til at udvikle mere tydelige roller?

Flere deltagere på workshoppen havde bud på, hvordan man aktivt kan arbejde på at forebygge mistillid og hindre møder og forløb i at gå i hårdknude.

Fra kommunalt perspektiv er problemstillinger om tillidskløfter ikke ukendte. Rasmus Baagland, sundhedschef i Køge Kommune, kender til situationer, hvor sagsbehandlerne kan have et uhenigtsmæssigt udgangspunkt på grund af manglende information og forudindtagede holdninger.

– Det sker blandt andet, når medarbejdere møder, hvad jeg kalder ”den strategiske borger”. Denne borger er udmærket godt



Rasmus Baagland, sundhedschef i Køge Kommune

“ ..I det første møde med borgeren er det gået op for os, at flere ikke ved, hvorfor de egentlig er henvist, og hvad de skal.. ”

klar over, hvad der skal til for at åbne de enkelte kasser. Borgeren kan én ting, når de går til én myndighed, men kan ikke det samme, når det er en anden myndighed. For at imødekomme mulige konflikter arbejder sagsbehandlere og visitatorer på at skabe et grundlag for det samarbejde, der skal fungere for begge parter.

Her spiller mødet med borgeren og brugerinddragelse en kæmpe rolle. For borgeren handler det om at føle sig set og hørt, og

så handler det om at sætte borgerens ressourcer i fokus. Samtidig arbejder Køge Kommune også strukturelt og organisatorisk i forhold til at understøtte mere hensigtsmæssige borgerforløb ved fx at sammenlægge sundheds- og socialafdelingen.

Flere steder eksperimenterer kommuner med en form for afbureaukratisering ved fx at give fri adgang til visse ansøgte hjælpemidler. Dette er blandt andet afprøvet i Aarhus Kommune - se eksemplet nedenfor.

EKSEMPEL

I Aarhus Kommune har borgerne siden foråret 2012 kunnet få bevilget fire hjælpemidler: gangstativ, badetaburet, gribetang og albuestok – alene på baggrund af en kort telefonsamtale. Det sker i tillid til, at borgerne ikke beder om et af disse hjælpemidler uden at have et reelt behov.

Der bliver ikke lavet en decideret sagsbehandling på ønskerne, men telefonsamtalen sikrer, at borgeren får det rigtige hjælpemiddel eller tilbydes anden hjælp – fx træning eller et andet og mere relevant hjælpemiddel.

Ved at sløjfe en decideret sagsbehandling bliver der sparet både på personalets tid og penge. Men beslutningen understøtter først og fremmest kommunens ønske om at lade borgerne bevare magten over eget liv.

Mange har også rigtig gode erfaringer med at mødes i etablerede rammer på tværs af sektorer og faggrupper.

Jeppe Sørensen, chefkonsulent i Danske Handicaporganisationer, foreslår, at alle faggrupper bliver bedre til at bruge allerede eksisterende fora for at skabe mere tillid og samarbejde på tværs:

– Vi har rigtig gode erfaringer med at bruge fx handicaprådene. Her kan man drøfte forskellige problemstillinger på tværs, og man lærer også hinanden at kende på en anden måde ansigt til ansigt. Det gør det langt lettere at tage fat på problemer fremover.

– For fra borgerens side, som jeg ser det, handler det ikke om at lirke kassen op. Der er et ønske om at få den støtte, man har brug for. En rettidig støtte, der virker for borgeren, hvor man kigger på vedkommendes overordnede situation, slutter han.

Forventningsafstemning – et muligt redskab

Flere kommuner arbejder med konkrete redskaber, som understøtter forventningsafstemningen mellem borgeren og kommunens roller. Køge Kommunes sundhedsafdeling har fx arbejdet aktivt med forventningsafstemning, især i forhold til rehabiliteringsforløb.

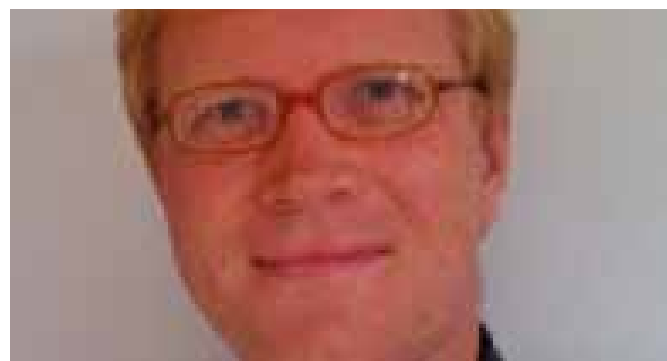
Jeppe Sørensen, chefkonsulent i Danske Handicaporganisationer

Det har givet nogle brugbare resultater. De konkrete mål, ønsker og muligheder kan hjælpe med til at skabe klarhed og vigtigst af alt et godt forløb for den enkelte borger.

– I det første møde med borgeren er det gået op for os, at flere ikke ved, hvorfor de egentlig er henvist, og hvad de skal. I den første samtale sætter vi derfor rammen med fokus på den enkeltes behov, mål og drømme.

Borgeren sætter sine mål og laver sammen med sundhedsmedarbejderen en forventningsafstemning. Det er en nøgleproblemstilling, vi arbejder videre med i vores lokale samarbejde på tværs af afdelinger. Resultatet af vores borgerinddragelse i rehabiliteringsforløbene er ganske få frafald, motiverede deltagere og forhåbentligt et bedre resultat, end hvis vi ikke havde gjort det.

Der sker allerede mange forskellige tiltag, der kan understøtte, at der udvikles relevante roller og møder mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle. Hvad skal dertil, for at den sundhedsprofessionelle kan komme borgeren imøde og yde faglig kvalitet, og borgeren samtidig reelt får rum til at udtrykke sine behov, ønsker og ressourcer?



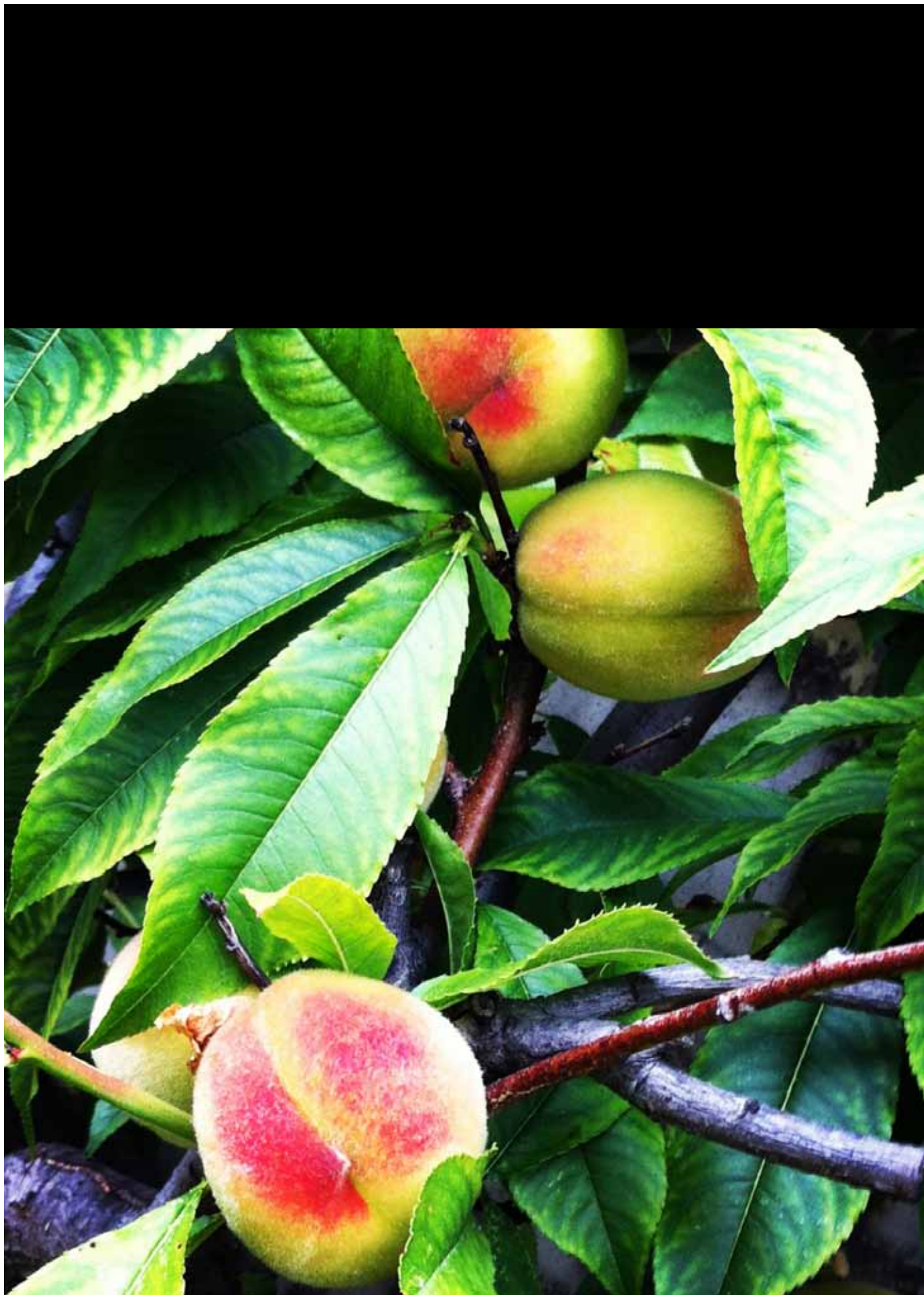
OPSUMMERING

– centrale spørgsmål og forslag

Hvordan kan sundhedsprofessionelle, ledelser og borgere understøtte, at der skabes klare roller og konstruktive møder mellem borgere og sundhedsprofessionelle?

Forslag:

- Styrk sundhedsprofessionelles kompetencer med henblik på at indgå i konstruktive samarbejdsformer med borgere med ændrede roller.
- Etabler samarbejdsfora og afhold tværgående møder, der understøtter konstruktive samarbejdsrelationer mellem borgere og sundhedsaktører, fx handicaprådene.
- Afprøv nye former for organisering af beslægtede funktioner indenfor egen organisation og mellem samarbejdende organisationer, fx sammenlægning af sundheds- og socialforvaltningen i Køge Kommune.
- Udvikl nye måder til at administrere tildelingen af serviceydelser, så det bliver gennemskueligt og let for borgerne, fx nye måder at administrere hjælpemidler på i Aarhus Kommune.



Nye roller som borger og sundhedsprofessionel



"Den aktive borger" – muligheder og misforståelser

“DEN AKTIVE BORGER” – MULIGHEDER OG MISFORSTÅELSER

Mange borgere tager det som en selvfølge at være aktive i forhold til egen sundhed og eget sygdomsforløb. Det gælder fx ved kronisk sygdom, et rehabiliteringsforløb, som pårørende eller når man på anden måde har brug for offentlig hjælp til at leve så normalt som muligt i kølvandet på langvarig sygdom eller indlæggelse.

Med de borgernære sundhedstilbud skal borgernes ressourcer, viden og initiativer i endnu højere grad i spil over en bred kam end tidligere. Der er på flere områder dokumentation for, at hvis man tager afsæt i borgernes behov og livssituation, så bliver resultatet og effekten af den ydelse, man giver, bedre – og mødt med større tilfredshed.

Men undertiden er der forskel på, hvad fx kommunen ønsker af en aktiv borger, og hvad en borger selv opfatter som at være aktiv. De modstridende forståelser kan skabe konflikter og forstyrre forløb for både borgere og sundhedspersonale; Hvad vil det egentlig sige at være aktiv? Hvad sker der med de borgere, der ikke har ressourcer

til at handle aktivt? Hvordan bliver man opfattet som borger, hvis man ikke magter at være særlig aktiv i fx et rehabiliteringsforløb? Og vil og skal en sundhedsfaglig person respektere, at en borger vælger anderledes, end den faglige viden anbefaler?

Mange af disse spørgsmål blev på forskellig vis drøftet på workshopen.

Aktiv på den ”rigtige” måde

I udgangspunktet opfatter mange borgere som sagt allerede sig selv som ret aktive i forhold til både sundhedsvæsen og sundhedstilbud, fortalte forsker Helle Max Martin, KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning. KORA har stået bag en række undersøgelser af borgernes oplevelser af deres møde med sundhedsvæsenet.

– Undersøgelser af patient- og borgerperspektiver viser, at de har en stærk fortælling om handlekraft. Borgerne ser ikke sig selv som passive. De fleste har en oplevelse af, at hvis man skal klare sig i sundhedsvæsenet,

skal man være meget aktiv. Man skal også gerne have pårørende, der kan træde til, hvis man selv er for syg til at handle. Dvs. at borgerne er aktive, men det sker ikke nødvendigvis altid på en måde, der passer med de sundhedsfaglige prioriteringer, fortæller Helle Max Martin.

Når man taler om den aktive borger, hvem skal så vurdere, om du er aktiv på den ”rigtige” måde? Hvis den ”rigtige” måde altid er at handle i overensstemmelse med sundhedsfaglige anvisninger, kan man diskutere, hvilken rolle borgerens perspektiv kan spille, siger Helle Max Martin.

Borgerne oplever sundhedstilbuddene med udgangspunkt i deres eget liv. Dvs. deres hele liv – deres konkrete livssituation, den sygdom de lever med, og de roller de har som fx mor, nabo og fodboldtræner. De vilkår, behov og prioriteringer, som borgerne handler på, udspringer fra det. Ikke ud fra et sundhedsfagligt perspektiv.

” Når man taler om den aktive borger, hvem skal så vurdere, om du er aktiv på den ”rigtige” måde? ... ”

Helle Max Martin, forsker ved KORA

EKSEMPEL

Den ældre kvinde Gerda får vanddrivende medicin pga. sit hjertesvigt. Gerda er også dårligt gående og har svært ved at komme ud af sengen. Især om natten når hun skal på toilettet, er hun bange for at falde. Selv om hun kender konsekvenserne, tager hun en mindre dosis end ordineret af sin vanddrivende medicin for ikke at skulle tisse om natten. Efter nogen tid fører det til forværring af hendes helbred.

Fra et sundhedsfagligt perspektiv træffer Gerda ikke et optimalt valg, og hun betaler prisen for det. Men når Gerda vælger medicinen fra, er det ikke udtryk for manglende viden, der giver dårlig mulighed for at efterleve behandlingsråd. Hun træffer aktivt et valg, der umiddelbart giver mening for hende i hendes livssituation.





"Den aktive borger" – muligheder og misforståelser

Eksemplet med Gerda peger også på, at der kan være behov for yderligere dialog mellem den sundhedsprofessionelle og borgeren. Kan situationen undgås, således at Gerda både får sin nattesøvn og den medicin, hun har brug for? En sådan form for dialog mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle stiller krav til, hvordan den sundhedsprofessionelle forvalter sit ansvar og sin faglige viden i samarbejdet med borgeren, så borgeren reelt får ny indsigt i, hvordan han/hun også kan handle?

– Det handler ikke nødvendigvis om rigtige og forkerte valg, men om mere dialog, siger Helle Max Martin.

Der kan være andre situationer, hvor borgeren siger ja til mere, end han eller hun magter for at leve op til rollen som "den aktive" og "gode borger". Det kan fx ske, når pårørende involveres i sygdomsforløb og tager mere ansvar for deres nærtstående familiemedlemmer, end de reelt føler sig rustet til. I andre situationer vil borgeren gerne yde en indsats, men de ressourcer, som borgeren har, ser den sundhedsprofessionelle ikke.

Det er derfor en udfordring for såvel borgere som sundhedsprofessionelle at finde nye og afstemte løsninger sammen. "One size fits all" duer ikke her, som Annette Wandel udtrykker det. For borgeren er ikke entydigt aktiv og ressourcestærk hele tiden.

At være aktiv i sin sundhed på egne præmisser

Der er mange eksempler på, at forskellige aktører aktivt søger at involvere borgerne i udviklingen af de borgernære sundhedstilbud med positive resultater til følge.

Mange kommuner har eksperimenteret med at flytte nogle sundhedsaktiviteter helt ud til borgernes hverdag og liv i store boligområder. Det sker på baggrund af flere diskussioner om, hvordan borgere kan være mere aktive på egne præmisser i forhold til sundhed, både kortsigtet og langsigtet. For på sigt er kommunens økonomi afhængig af, at borgerne i langt højere grad end nu er selvhjulpne og aktive og har egne ressourcer i spil.

Projekt Sund Zone i Køge Kommune består i al sin enkelthed af, at to sundhedskonsulenter fra kommunen er flyttet ind i en lejlighed i et større boligområde med 2200 beboere frem til 2014 med penge fra en statslig satspulje. Her holder de åbent hus hver dag i normal kontortid. Borgerne er blevet inviteret til at komme forbi uden aftale og vende gode ideer og/eller sundhedsproblemer, problemer i hjemmet, i kontakten med offentlige myndigheder, eller hvad de måtte have på hjerte.

Med sundhedskonsulenter som ankerpersoner har beboerne med udgangspunkt i egne behov og ideer udviklet en række nye

fælles aktiviteter i området. De dækker alt fra fysisk aktivitet som zumbahold, fodbold og boksetræning til internetundervisning, rygestopkursus, cykelværksted, vægtstopkurser, lektiecafé, sprogcafé, og meget mere.

Som Rasmus Baagland ser det, så hænger succesen sammen med, at sundhed her skabes gennem mening, sammenhæng og empowerment hos den enkelte i samspil med sine lokale omgivelser. Borgerinddragelse er det altafgørende element i en deltagerstyret udviklingsproces som denne.

– Erfaringerne fra Sund Zone er tydelige:

De beboere, som engagerer sig i deres egen og deres naboers positive trivselsfremmende udvikling, blomstrer op af den anerkendelse, de får for deres indsats. I løbet af deres involvering og engagement vokser der ofte egne ressourcer frem, som de selv ikke var bevidste om. Og sammen med den oplevelse, styrkes modet og energien til at håndtere andre af de udfordringer, som præger mange af beboernes liv. Der er ikke nogen garanti for, at de selvårne initiativer fortsætter, når projektet slutter. Men håbet er, at der bliver ved med at vokse initiativer op nedefra, og at mange af de nuværende fortsætter.



”Den aktive borger” – muligheder og misforståelser

OPSUMMERING

– centrale spørgsmål og forslag

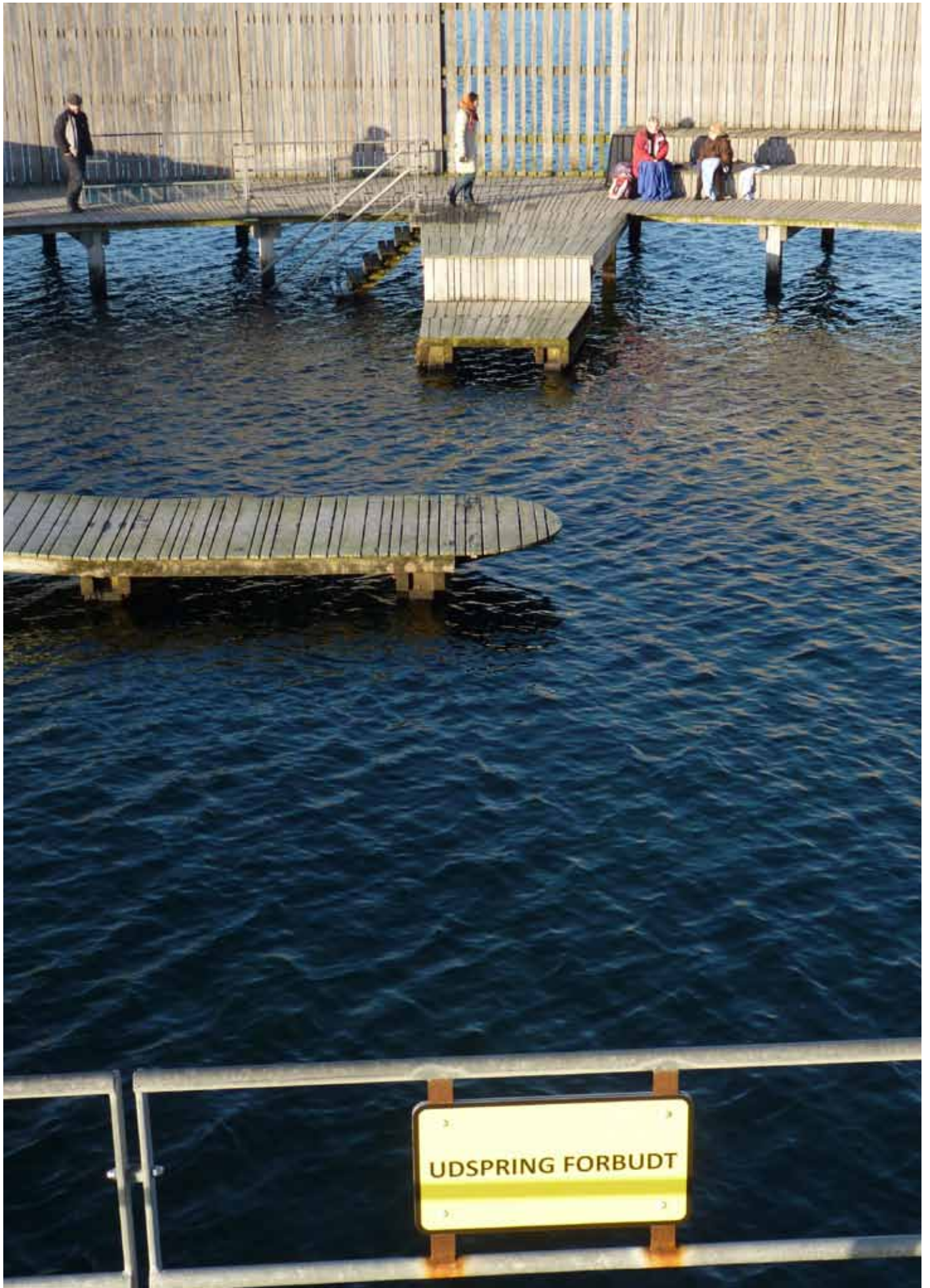
Hvordan kan sundhedsprofessionelle, ledelser og borgere understøtte, at der skabes klare roller og konstruktive møder mellem borgere og sundhedsprofessionelle?

Forslag:

- Udvikl sundhedsprofessionelles kompetencer til at indgå i dialoger og samarbejde med borgerne.
- Fokuser ledelsesmæssigt på at forbedre rammerne for de sundhedsprofessionelles muligheder for at yde faglig og kompetent samarbejde med borgeren.
- Udvikl fremgangsmåder til at lette adgangen for borgere til at blive involveret i generel udvikling af sundhedstilbuddene i lokalområdet.
- Udvikl redskaber, der kan understøtte konstruktive dialoger mellem sundhedsprofessionelle og borgere, således at den enkelte borgers ressourcer og behov ses og respekteres.



"Den aktive borger" – muligheder og misforståelser



Sammenhænge og sprækker i sundhedstilbud

SAMMENHÆNGE OG SPRÆKKER I SUNDHEDSTILBUD

Ideelt set skal de borgernære sundhedstilbud være relevante, tilgængelige, give mening og hænge sammen med det liv, den enkelte borger i øvrigt lever. Der er gennem de sidste årtier sket en øget specialisering, udviklet nye behandlingsmuligheder og skabt nye teknologiske muligheder. Samtidig ændres borgernes hverdagsliv og muligheder også. Disse forandringer betyder, at idealet om at understøtte, at den enkelte borger oplever meningsfuld sammenhæng i tilbuddene fortsat kræver stor opmærksomhed og nytænkning.

Nogle borgere oplever dog et fravær af sammenhæng. De ”falder ned i sprækker” mellem fx afdelinger og sektorer eller bliver sendt frem og tilbage mellem speciallæger, kommunale forvaltninger, sygehuse osv.

Forsker Helle Max Martin, KORA, Det Nationale Institut for Kommunernes og Regionernes Analyse og Forskning, kalder disse forløb for ”siloløb” og stjerneløb.

Det betyder kort sagt, at borgeren selv skal forstå og kommunikere sine problemer fra

den ene silo til den næste. Undertiden kan sådanne forløb opleves så udmattende og uforståelige, at den enkelte borger giver op.

Måske består borgerens problem af en vifte af problemer, som spænder fra diabetes til dårlig ryg og sociale udfordringer. Set fra et lægefagligt synspunkt kan det derfor være helt efter bogen og givne guidelines at sende en patient videre til en anden ekspert.

Men fra borgerside kan strukturen omkring tilbuddene føles som et tilbageskridt. I værste fald modtager borgeren ikke det tilbud, som denne har krav på eller behov for.

- Hvordan kan involverede og ansvarlige sundhedsaktører på samme tid følge med udviklingen og skabe tilbud til borgeren, så de er tilpasset dennes behov og livssituation?
- Hvordan involverer sundhedsaktørerne borgerne hensigtsmæssigt i denne udvikling?

Såvel centrale som decentrale aktører i de borgernære sundhedstilbud har længe arbejdet på at følge denne udvikling og skabe tilbud og sammenhæng, der svarer til de behov og det liv, borgerne lever. Kort sagt taler vi i sundhedsvæsenet og i udvikling af de borgernære sundhedstilbud om at skabe sammenhæng på mange måder og niveauer.

Heldigvis fungerer møder og forløb ofte godt. Men hvad skal der til for at skabe endnu bedre sammenhæng for borgeren i mødet med de borgernære sundhedstilbud? På workshopen var der flere, der pegede på behov og mulige løsninger, når der skal skabes sammenhæng for borgeren.

I et stadigt mere komplekst og specialiseret sundhedsvæsen kan der være brug for en ”guide” til at føre en igennem ”labyrinten”, var én pointe. For den stigende kompleksitet kan gøre det hele uoverskueligt for borgere, som er i sårbare situationer.



Med guide om bord i systemet

Erfaringer fra Indvandrermedicinsk Klinik i Odense kan inspirere til, hvordan borgere med meget komplekse sundhedsproblemer kan få sammenhænge i deres forløb. Det er ikke magi eller ”superlæger”, der giver de gode resultater på Indvandrermedicinsk Klinik i Odense. Det er snarere, at vi sætter rammer for at rumme sårbare patienter, som bl.a. omfatter, at der er tid nok og tolerance. Desuden er vi meget opmærksomme på god kommunikation, faldgruber og tabuiserede emner, når det bliver rigtig vanskeligt for borgerne.

– Når en patient kommer med det samme problem igen og igen, så er der noget galt i systemet. Det er vores ansvar at finde ud af, hvad barriererne er. Vi skal ikke tænke som det første, at de ikke er motiverede, selv om mange ikke er mødt op til aftaler, for det kan der være mange gode grunde til, siger Trine Rønde Kristensen, overlæge på klinikken.

” At lytte forfra til borgerens problem er første prioritet... ”

Trine Rønde Kristensen, overlæge på Indvandrermedicinsk Klinik i Odense

På klinikken er de specifikt optaget af at yde hjælp til meget udsatte indvandrere/ flygtninge, som har haft de samme helbredsmæssige problemer i årevis. Ofte bliver de henvist af egen læge med ordene: ”Kan I gøre noget? Jeg har givet op”.

Det er en problematik, som andre danskere uden baggrund som flygtning eller indvanderer også kan nikke genkendende til. Som Trine Rønde Kristensen fra klinikken understreger, så oplever mange borgere i landet også at cirkle rundt i sundhedsvæsenet i årevis med samme problemer uden at få en løsning.

At lytte forfra til borgerens problem er første prioritet. Dernæst laver klinikken aftaler med andre aktører fra sygehusafdelinger til socialmedarbejdere og sikrer sig, at borgeren kan finde vej og rent faktisk møder op til disse aftaler.

Det sker fx ved, at personalet i klinikken sikrer sig:

- at borgeren forstår formålet med udredningen og behandlingen,
- at borgeren ved, hvor dette finder sted,
- at denne er bekendt med reglerne de respektive steder

– og afklarer, hvor han/hun skal møde i såvel kommunen som på sygehuset samt afklarer behovet for konkret støtte ved disse aktiviteter.

Dvs., at vedkommende ikke bliver ”tabt” i systemet, eller i hvert fald ikke skal udføre forløbskoordineringen (”siloløbet”) uden støtte. Noget, der kan være helt uoverskueligt, hvis man fx er meget dårlig, har svært ved at læse osv. Det er undertiden denne støtte, der kommer til at gøre hele forskellen for et sundhedsforløb med succes.

Er særlige tilbud, som fx indvandrerklivker, en del af løsningen til at understøtte og bidrage til sammenhæng i særligt komplekse forløb?

Eller skal og kan de borgernære sundheds-tilbud i endnu højere grad organiseres, så sundhedsprofessionelle har mulighed for at imødekomme, identificere og tage ansvar for de mangeartede og til tider komplekse behov, som borgerne kan have?

Tværfaglig smidighed hjælper borgerne

I Guldborgsund Kommune har man fx arbejdet med projektet ”Det gode patientforløb”, som går på tværs af både fag og sektorer. Her har man bl.a. udviklet og synliggjort en kommunal organisationsstruktur, som med borgeren i centrum skal gøre overgangen mellem forskellige enheder langt mere smidig. I den forbindelse har massive kompetenceudviklingsforløb for over 100 ansatte også været helt centrale.

Kommunen tilbyder nu forløb for KOL, diabetes og hjertepatienter og individuelle tilbud til sårbare borgere, som tilpasses den enkeltes behov. Tilbuddene tilrettelægges af tre nyoprettede tværfaglige teams med medarbejdere fra både sundheds- og ældreområdet.

Helene Goldberg, projektleder i Guldborgsund Kommune, kan se, hvordan det tværfaglige arbejde har bidraget til flere positive ting. Medarbejderne er blevet bedre til at bruge hinanden på tværs af fagområderne og spotte borgere, der har behov for tilbud og ydelser fra andre faggrupper og enheder. På den måde vil såvel borgere som medarbejdere profitere af det øgede kendskab, der er skabt på tværs i organisationen.

I Guldborgsund Kommune har det krævet en helt anden tilgang og tilrettelæggelse af arbejdet og samarbejdet. Indledningsvis

blev der fx gennemført en større afdækning af behov og ønsker, hvor involverede aktører i kommunen, på sygehus, i almen praksis og patientforeningerne deltog. Og naturligvis blev borgerne inddraget.

Aktuelt følges udviklingen i flere tværgående følgegrupper, og erfaringerne fra Guldborgsund er positive.

– Vi er overbeviste om, at vi har fat i den ”lange ende” – forstået sådan, at tilbuddene i høj grad er tilpasset den enkeltes behov samtidig med at vi opfylder kravene i de nationale forløbsprogrammer. Vores netop gennemførte evaluering viser en meget høj grad af borgertilfredshed, ligesom borgerne tilkendegiver, at tilbuddene er sammensat i forhold til deres behov og ønsker. Desuden viser evalueringen også, at vi har fået styrket samarbejdet både internt i kommunen og til vores eksterne samarbejdspartnere.



Sammenhænge og sprækker i sundhedstilbud

OPSUMMERING

– centrale spørgsmål og forslag

Hvordan understøtter sundhedsprofessionelle, ledelser og borgere en fortsat udvikling og tilrettelæggelse af borgernære sundhedstilbud, sådan at borgeren forstår og oplever sammenhæng i egen behandling og tilbud – og at det er tilpasset borgerens livssituation og hverdagsliv?

Forslag:

- Understøt et relevant samarbejde med borgeren og dennes nære pårørende i de enkelte situationer for at sikre, at borgeren er tryk ved forløbet, ved hvad der skal ske, og hvor denne kan henvende sig ved behov.
- Udvikl og anvend redskaber til hjælp for tidlig identifikation af komplekse problemstillinger hos borgere.
- Udvikl tilbud, der kan understøtte borgere med særligt komplekse problemstillinger og -forløb.
- Tilrettelæg tilbud, så borgerne ikke cirkulerer unødigt rundt mellem aktørerne.
- Involver borgere i at udvikle organiseringer, der generelt understøtter sammenhængende forløb.
- Øg tværfaglige samarbejder.

FAKTA

Hvad er et borgerperspektiv?

Sundhedsstyrelsens vision er sundhed for alle. Som led i at arbejde for dette, er det vores opgave at bidrage til at skabe de bedst mulige rammer for behandling, forebyggelse og sundhedsfremme i Danmark. Borgernes, patienternes og pårørendes perspektiv er nødvendige for at kunne realisere visionen, skabe holdbare løsninger og ydelser af høj kvalitet. Vi inddrager derfor systematisk brugerne og deres perspektiv i opgaveløsningen.

Brugerinddragelse

Sundhedsstyrelsen ser, at brugerinddragelse handler om, hvordan borgernes og patienternes perspektiv får indflydelse på udviklingen af sundhedsvæsenets aktiviteter – både når det gælder den enkelte borgers egen mulighed for indflydelse på valg og muligheder i forhold til at håndtere sundhed og sygdom og indflydelse på den mere overordnede tilrettelæggelse og prioritering af sundhedsvæsenets aktiviteter.

Workshop som arbejdsmetode

Metodisk kan brugerinddragelse og belysning af borgernes perspektiv derfor ske på mange måder alt efter opgavens karakter og formål. Det kan fx ske, ved at borgere og patienter deltager i arbejdsgrupper, og ved at deres perspektiv belyses gennem andre former for repræsentation og forskningsbaseret viden samt kombination af disse.

I nærværende workshop er borgernes perspektiv belyst ved, at borgere selv har fremført deres synspunkter samtidig med, at sundhedsprofessionelle, ledere og forskere har belyst, hvordan de ser, at borgernes individuelle behov, viden og ønsker kan få større indflydelse på udvikling af de borgernære sundhedstilbud.

I dette **inspirationskatalog** beskrives borgerperspektivet derfor forskelligt afhængigt af, om det er den enkelte borger, en sundhedsprofessionel eller en forsker, der beskriver sine erfaringer og viden, men det handler overordnet om, at dette perspektiv sættes i spil.

Læs mere om Sundhedsstyrelsens politik om brugerinddragelse på sst.dk.

FAKTA

Kort om workshoppen

Workshoppen ”Borgernes perspektiv i udviklingen af de borgernære sundhedstilbud” er udgangspunktet for at skrive dette inspirationskatalog.

En gruppe af sundhedsfaglige aktører og borgere med et bredt udsnit af fagligheder og perspektiver var 26. juni 2013 inviteret til Sundhedsstyrelsen.

Formålet var at sætte borgernes perspektiv – deres ønsker, oplevelser og behov – i spil set fra mange situationer og niveauer, når vi udvikler de borgernære sundhedstilbud.

Det vil sige, at borgerne selv, den praktiserende læge, sundhedschefen, fysioterapeuten og forskeren skulle se på mulighederne og udfordringerne i udviklingen af de borgernære sundhedstilbud, når borgerens perspektiv skal være udgangspunktet i tilrettelæggelsen af sundhedsområdet.

Se program for workshop og deltagerliste på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, sst.dk