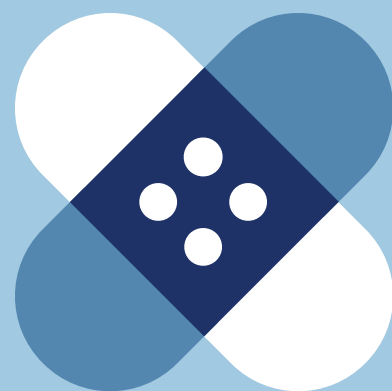


Individuel brugerinddragelse fra forberedelse til praksis





Individuel brugerinddragelse fra forberedelse til praksis

En guide til at udvikle individuelle inddragelsesindsatser
i fællesskab med patienter, pårørende og borgere.

Copyright® 2022

Publikationen er udarbejdet af:

Publikationens første udgave fra 2018 er skrevet i forbindelse med projektet Det Brugerinddragende Hospital for ViBIS - Videns- og Kompetencecenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet.

2. udgave er redigeret af ViBIS i oktober 2022.

Grafisk produktion:

Polygraphic

Indhold

LÆSEVEJLEDNING	6
KAPITEL 1 FORBEREDE PROCESSEN	9
Trin 1 Mål og retning	12
Trin 2 Rammer for udviklingsarbejdet	14
Trin 3 Kompetencer	18
Trin 4 Planlægning	21
Værktøjer til kapitel 1	23
• Modenhedsværktøjet	23
• Drejebog til udvikling af brugerinddragende indsatser	34
KAPITEL 2 UDFORSKE VIRKELIGHEDEN	38
Trin 1 Kortlægning af patientforløbet	41
Trin 2 Dataindsamling	42
Trin 3 Analyse af data	43
Trin 4 Konkretisering af idéer	44
Trin 5 Formidling	46
Værktøjer til kapitel 2	48
• Kortlægning af patientforløbet med fokus på brugerinddragelse	48
• Valg af metode til virkelighedsudforskning	52
• Gode råd til det kvalitative interview	53
• Idéværkstedet: Fra viden til råskitse	56



KAPITEL 3 UDVIKLE OG AFPRØVE INDSATSEN	59
Trin 1 Research	62
Trin 2 Udvikling af prototype	64
Trin 3 Test af prototype	66
Trin 4 Afprøvning i praksis	67
Værktøjer til kapitel 3	70
• Miniguide til litteratursøgning om brugerinddragelse	70
• Manual for fælles beslutningstagning	72
• Manual for brugerstyret behandling	77
• Manual for den brugerinddragende dialog	82
KAPITEL 4 VURDERE KVALITETEN	85
Trin 1 Beskrivelse og dokumentation	89
Trin 2 Vurdering af støtteværktøj	90
Trin 3 Opfølgning	91
Værktøjer til kapitel 4	93
• Dokumentationsskema til kvalitetsvurdering	93
• Feedbackskema til kvalitetsvurdering	94
• Kvalitetskriterier for fælles beslutningstagning	95
• Kvalitetskriterier for støtteværktøjer til brugerstyret behandling	96



KAPITEL 5 FASTHOLDE I HVERDAGSPRAKSIS	97
Fokus 1 Træning af personale	100
Fokus 2 Måling af resultater	102
Fokus 3 Skabe mulighed for tilpasning og spredning	103
Værktøjer til kapitel 5	105
• Observationsskema til fælles beslutningstagning	105
• Observationsskema til brugerstyret behandling	107
• Observationsskema til den brugerinddragende dialog	111
• Instruktion og materialer til en simulationsøvelse	113



Læsevejledning

Denne guide er til dig, der vil bidrage til, at patienter, pårørende og borgere, i højere grad kan blive inddraget i deres eget forløb i sundhedsvæsenet.

Med guiden bliver du klogere på, hvordan du på din afdeling, hospital, center eller klinik kan udvikle jeres egne inddragelsesindsatser sammen med og til patienter og pårørende. Guiden er skrevet til dig, der skal tilrettelægge et udviklingsforløb om brugerinddragelse. Du er tovholder eller projektleder i et kvalitetsudviklingsprojekt, hvor der enten skal laves helt nye støtteværktøjer fra bunden, eller hvor der skal ske en tilpasning af arbejdsgange, og hvor der allerede er udviklet støtteværktøjer til den praksis, som dit projekt udspiller sig i.

Du bliver guidet skridt for skridt igennem processen fra start til slut, og du får brugbare metoder undervejs, der er lige til at gå i gang med. Kernen i arbejdet er, at brugere og ansatte i sundhedsvæsenet møder hinanden som ligeværdige partnere. De skaber sammen rum for at træffe beslutninger om den enkelte patients behandling og udforsker muligheden for, at dem, der måtte ønske det, kan være mere aktive i deres egne forløb.

Sådan bruger du guiden

Grundstrukturen i guiden udgøres af **5 kapitler**, der omhandler faserne i en innovationsproces fra forberedelse til udforskning, design og afprøvning over kvalitetsvurdering og til slut forankring i hverdagspraksis. Vi anbefaler, at du læser alle kapitlerne, før du går i gang med den konkrete planlægning i forberedelsesfasen.

Hvert kapitel er opdelt i trin, der gør arbejdet mere overskueligt. I slutningen af hvert kapitel finder du konkrete projektværktøjer, der passer til den

fase, du er i, og som kan bruges til at omsætte teorien fra kapitlerne til konkret praksis. Nogle af værktøjerne kan genbruges i flere faser af projektet.

Du behøver ikke følge kapitlerne og værktøjerne slavisk, men lad dig inspirere og tilpas processen til de vilkår, der gør sig gældende, hvor indsatsen skal udvikles. Hvis I skal justere og implementere et allerede udviklet værktøj, vil det for eksempel have den betydning for virkelighedsudforskningen, at I ikke skal afdække og prioritere, hvilken problemstilling der skal arbejdes med, og at designfasen enten er unødvendig eller kan nedjusteres væsentligt.

Uanset om du skal starte en innovationsproces op fra bunden, eller du skal stå i spidsen for en tilpasning af noget eksisterende, så vil en grundig udforskning af såvel brugernes som de sundhedsprofessionelles perspektiv og forståelse altid være en afgørende faktor for kvaliteten af det støtteværktøj og den indsats, I ender med at have udviklet. Ligesom sundhedspersonalets adgang til træning ikke bør springes over.

Guiden baserer sig på internationale standarder og ViBIS' generelle viden og erfaring med udvikling af individuel inddragelse. Ved at følge de overordnede principper i guiden, sikrer du, at din brugerinddragelsesindsats bliver af en høj faglig kvalitet og reelt tager udgangspunkt i brugernes behov.

Guiden giver dig en forståelse for:

- at brugernes perspektiver er afgørende for at udvikle støtteværktøjer, der afspejler det, som brugerne selv oplever, de har brug for støtte til.
- at der ofte er forskel på, hvornår brugerne synes de er inddraget og spurgt til, hvad de har behov for,

og hvad de sundhedsprofessionelle forstår som brugernes behov. Guiden kan udfordre forståelsen af, at man som kliniker kan tro, at man allerede ved, hvad brugerne ønsker.

Du får også:

- opskrifter på, hvordan du i dit projekt indhenter brugernes viden og perspektiver, og hvordan du kan bruge den viden til at motivere såvel dit udviklingsteam som de øvrige sundhedsprofessionelle til at samarbejde på nye måder med brugerne.
- ideer til, hvordan den nødvendige oplæring af sundhedsprofessionelle kan foregå.

Det får du ikke:

Denne guide handler om selve *processen* til udvikling af støtteværktøjer frem mod implementering i hverdagspraksis. Generel viden om brugerinddragelse og forskellige metoder får du ikke med denne guide. Her henviser vi til **ViBIS.dk**, hvor du kan gå på opdagelse i:

- Inspirationskataloger
- Effekter og udfordringer ved individuel brugerinddragelse
- Videoer om metoderne i praksis
- Allerede udviklede støtteværktøjer
- En guide til måling af individuel brugerinddragelse.

På hjemmesiden kan du fordybe dig mere i *individuelle brugerinddragelsesmetoder* – det vil sige metoder, hvor brugere er inddraget og aktive i deres egne individuelle forløb. Du er sikkert stødt på *Fælles Beslutningstaging*, *Brugerstyret Behandling* og *Den Brugerinddragende Dialog*.

Her kan du også blive klogere på organisatorisk brugerinddragelse – det vil sige, at brugere er involveret i kvalitetsudvikling, for at forbedre vilkår for kommende brugere. Vi anbefaler *Guide til organisatorisk brugerinddragelse i praksis* og *Håndbog for brugerrepræsentanter*.

Find publikationerne på **ViBIS.dk** eller skriv til **info@vibis.dk** og få dem tilsendt på mail.

Kort om guidens udvikling

Første udgave af guiden er udviklet som en del af Det Brugerinddragende Hospital 2014-2018 og revideret på baggrund af den supplerende viden og de erfaringer, der opstod i projekt Bæredygtig Brugerinddragelse, der blev afviklet 2018-2020.

Denne opdatering er udvidet til også at omfatte metoden Den Brugerinddragende Dialog, som er udviklet på baggrund af behov beskrevet i det kommunale sundhedsvæsen. Derudover er brugernes aktive deltagelse i hele udviklingsprocessen skrevet tydeligere frem.

Begrebet brugere

Når vi guiden igennem bruger termen **brugere**, taler vi om brugere af sundhedsvæsenet i en bred forstand. Det kan være patienter, pårørende og borgere i kontakt med sundhedsvæsenet, også kaldet slutbrugere.

Ansatte i sundhedsvæsenet kan også være brugere af konkrete værktøjer og guidelines. I denne guide beskrives den brugerrolle som ansatte, fagprofessionelle, teamet, klinikere, ledere og så videre har.

Udviklingsproces for brugerinddragelse i fem faser

1 Forberede
processen



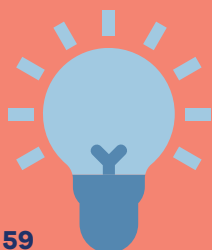
Side 9

2 Udforske
virkeligheden



Side 38

3 Designe og
afprøve indsatsen



Side 59

4 Vurdere kvaliteten
af støtteværktøjet



Side 85

5 Fastholde indsatsen
i hverdagspraksis



Side 97

1 Forberede processen

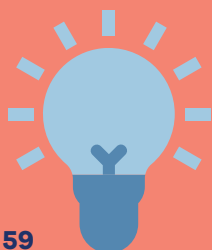


2 Udforske virkeligheden



Side 38

3 Designe og afprøve indsatsen



Side 59

4 Vurdere kvaliteten af støtteværktøjet



Side 85

5 Fastholde indsatsen i hverdagspraksis



Side 97



1 Forberede processen

En grundig forberedelse skal sikre de bedst mulige vilkår for en god og effektiv arbejdsproces, når man skal implementere brugerinddragelse. Den er forudsætningen for, at indsatsen bliver forankret i praksis.

I første kapitel bliver du klogere på, hvordan du sætter mål og retning for et projekt, samt hvilke vilkår og rammer der skal til for at skabe en god udviklingsproces.

I kapitlet gennemgås de fire vigtigste trin i procesfasen. Du kan læse om, hvordan du får skabt de nødvendige kompetencer hos medarbejdere, ledere og patienter, og du får gode råd til at planlægge hele udviklingsprocessen.

Sidst i kapitlet finder du konkrete værktøjer til at forberede processen og komme godt fra start.

Værktøjerne tilknyttet dette kapitel er:

- **Et Modenhedsværktøj, som kan kaste lys over jeres organisations styrker og svagheder i relation til inddragelse, så jeres implementering bliver mere målrettet.**
- **En drejebog, der giver et overblik over de samlede opgaver i udviklingsprocessen.**

Indledning

Hvilke grunde kan der være til at inddrage patienter og pårørende? Udgangspunktet for at udvikle og implementere indsatser, der inddrager brugerne på individniveau, vil ofte være:

- et ønske om at blive mere brugerinddragende generelt
- en erkendelse af, at nogle beslutninger er svære for patienter
- en erkendelse af, at patienter oplever unødvendige kontakter
- en erkendelse af, at patienter har viden og ressourcer, der kan være med til at løfte kvaliteten i patientforløbet
- et ønske om at systematisere praksis
- et ønske om at optimere kvalitet i patientforløbet og ressourceforbrug på samme tid.

Der kan være mange indgange til det brugerinddragende arbejde. Det kan sættes i gang af sundhedsprofessionelle på baggrund af konkrete udfordringer i et bestemt patientforløb eller af en ledelse, der ønsker større fokus på brugerinddragelse. Uanset hvor initiativet kommer fra, skal arbejdsprocessen fokuseres – hvem skal have gavn af den nye indsats? Og indsatsen skal forankres i organisationen – hvem skal gøre hvad, hvornår og hvordan?

Med disse fire trin kommer du godt fra start:

Forberedelse i fire trin



En ny indsats består af:

- Et støtteværktøj, der gør det muligt for patienter og pårørende at deltage mere ligeværdigt og aktivt i deres egne forløb.
- En ny arbejdsgang, som er tilpasset patientforløbet og vilkår i organisationen.

Det er en floskel, men det skal give mening. Altså det skal være noget, man reelt kan se, gør noget godt for patienten. Samtidig kan vi ikke bruge mange flere timer, i forhold til hvad vi gjorde førhen. Vi skal kunne se, at vi faktisk får en bedre kvalitet og kommer nemmere eller bedre rundt om tingene.



MÅL OG RETNING

Det første trin handler om at indkredse, hvor det giver mening at arbejde med brugerinddragelse og at udpege det overordnede mål med indsatsen hos jer. Det gælder om at engagere ledelsen og gøre dem til ambassadører for arbejdet. På dette trin kan Modenhedsværktøjet på side 23 hjælpe jer til at finde ud af, hvor stærke I allerede er på brugerinddragelse for at definere jeres indsats og mål.

VALG AF FOKUSOMRÅDE

Forberedelsesfasen indebærer en overordnet afklaring af, hvor det giver mening at arbejde med brugerinddragelse. Det betyder i første omgang, at der skal udvælges et patientforløb. Ledelse (på det relevante niveau), sundhedsprofessionelle, der arbejder på et særligt fagområde, og eventuelt andre ressourcepersoner (for eksempel udviklingssygeplejersker) deltager i udvælgelsen. Hvis I har et brugerråd, vil det være oplagt at involvere dette eller repræsentanter derfra i arbejdet. For at afklare, hvor det ville give mening, kan man diskutere spørgsmål som disse:

- Er der en patientgruppe, der særligt udtrykker behov for mere inddragelse?
- Er der et patientforløb, der udgør en særlig udfordring i forhold til arbejdsgangene i afdelingen?
- Er der blandt medarbejderne et ønske om at arbejde med et særligt forløb?
- Er der kvantitative eller kvalitative data fra eksempelvis LUP, UTH, klager, tilsynsresultater og patientinterviews, der kan understøtte, at et særligt fokusområde skal udvælges med en foreløbig hypotese om, at brugernes medbestemmelse og aktive deltagelse i egne behandlingsforløb kan være en del af løsningen på det problem, som data har afdækket?

Det er et gennemgående princip for udvikling af inddragelsesindsatser, at patienterne skal være med til at pege på både problemer, mulige forklaringer og løsningsforslag. Hvis der er mulighed for at holde valget af inddragelsesmetode åbent, vil patienters perspektiv kunne bidrage til en afklaring af, hvilken metode der vil skabe størst værdi i forløbet. Dette bliver klart, når man undersøger patienters erfaringer med deres forløb senere i processen. I forberedelsesfasen er det vigtigt ikke at danne sig alt for faste meninger om, hvad problemet bunder i, og hvordan det løses.

FORMULERING AF MÅL

Det er samtidig vigtigt, at I fra starten formulerer nogle overordnede mål med den nye indsats og arbejdet med brugerinddragelse. De overordnede mål giver retning til udviklingsarbejdet – også selv om det på dette tidspunkt ikke er klart, hvordan den nye indsats kommer til at se ud. Det kan eksempelvis være et overordnet mål, at patienttilfredsheden i spørgsmål om kommunikation og samarbejde stiger, eller at patienterne føler sig mere inddraget.

De overordnede mål vil typisk kunne suppleres af eller erstattes med mere konkrete mål. Det vil typisk være, når man har gennemført en virkelighedsudforskning, der skaber større viden om,

hvad patienternes behov er, og når man har fastlagt, hvilken inddragelsesmetode man skal arbejde med og udtænkt en konkret idé til en ny indsats. Et mere konkret mål for metoden *fælles beslutningstagning* kan være, at patienter i en særlig situation træffer beslutninger, der er i overensstemmelse med deres præferencer, om fx operation eller genoptræning ved knæskade. For metoden *brugerstyret behandling* kan et konkret mål være, at patienterne selv bestemmer, hvilken type kontakt de ønsker i et kontrolforløb. Og for *den brugerinddragende dialog* kan det være, at patienterne får talt om det, der er vigtigt for dem.

Det kan også være relevant at undersøge, hvordan den nye indsats påvirker ressourceforbruget – tager samtalen længere eller kortere tid, falder antallet af sengedage og så videre. Man kan også undersøge behandlingskvaliteten – er der kliniske indikatorer, som bliver påvirket af inddragelse af patienter? Endelig kan man opstille procesmål, der har fokus på, om implementeringen af den brugerinddragende indsats er lykkedes – hvor mange patienter får tilbudt den nye indsats? Og hvor mange sundhedsprofessionelle er blevet uddannet i brugerinddragelse?

Det er en god idé tidligt i processen at overveje, *om* og *hvordan* den nye indsats skal evalueres. Det kan give anledning til at præcisere den ønskede forandring og målsætning med projektet. Det er også her, I skal beslutte, om der skal laves en førmåling, inden den nye indsats tages i brug (se nedenfor under planlægning), og om der skal iværksættes løbende dataindsamling.

MOTIVERENDE LEDELSE

Ledelsen har en helt afgørende rolle i opstartsfasen, hvor der skal skabes klar retning og solid opbakning i organisationen. I en travl og presset hverdag kan det være svært at finde plads til at tænke og udvikle nyt og få det nye forankret som en del af praksis. Hvis det skal lykkes, skal ledelsen – helst på alle niveauer i organisationen – vise, at brugerinddragelse er en klar prioritering. Det handler om at signalere vigtigheden af arbejdet med brugerinddragelse gennem vedholdende interesse og opmærksomhed,

for eksempel ved at hospitalsledelsen eller forvaltningen holder sig underrettet om og engagerer sig i lokale initiativer.

En konkret aktivitet kan være ledelsesbesøg på afdelinger, der arbejder med at udvikle brugerinddragende tiltag. Det kan også være, at afdelingsledelsen prioriterer tid og ressourcer til udviklingsarbejdet og skaber forudsætninger for videndeling blandt medarbejderne, eksempelvis ved at sætte brugerinddragelse på dagsordenen på møder med medarbejderne.

Ledelse på alle niveauer bør således gå foran, når det handler om at skabe fælles retning og tilslutning til projektets formål. Dette kræver også, at ledelsen har solid viden om, hvad brugerinddragelse er (herunder den specifikke inddragelsesmetode), hvordan udviklingsarbejdet foregår, hvor hurtigt man kan forvente at se resultater og så videre. Dette er særligt vigtigt for den ledelse, som er tættest på udviklingsarbejdet. Der vil altså ofte være en opgave med at klæde sin ledelse på til at lede udviklingen af brugerinddragende indsatser.

Jeg tror ikke, vi var kommet så langt, som vi er i vores afdeling i forhold til brugerinddragelse, hvis ikke vi havde haft en ledelse, der var meget tydelig om det. Det betyder rigtig meget.

Sygeplejerske



RAMMER FOR UDVIKLINGSARBEJDET

Det andet trin handler om at blive enige om rammerne for udviklingsarbejdet, så alle har en fælles forståelse af, hvem der skal gøre hvad, og hvor hurtigt det skal gå. Det handler også om at afstemme forventninger til resultaterne.

FORVENTNINGER

Det er vigtigt, at ledelse og udviklingsteam afstemmer forventninger til, hvad resultatet af udviklingsarbejdet skal være, hvor længe det vil tage, hvilke ressourcer der er behov for og så videre.

Et fælles billede og klare aftaler vil give det bedste afsæt for processen. Samtidig er det en udfordring for forventningsafstemningen, at man i forberedelsesfasen ikke kender patienternes behov og dermed heller ikke kan afgøre på forhånd, hvilken indsats der vil give mening. For at finde ud af det skal man undersøge, hvad der er vigtigt for patienterne, og hvordan det kan imødekommes på god og forsvarlig vis. Desuden skal de relevante sundhedsprofessionelle være med til at forme projektet, og den nye indsats skal passe ind i andre arbejds gange.

Projektet kan derfor ændre sig undervejs, tage mere eller mindre tid end forventet, kræve involvering af andre personer og faggrupper eller afføde delopgaver. Derfor bør forventningsafstemning mellem ledelse, udviklingsteam og internt i teamet foregå løbende, eller som minimum hver gang projektet ændrer sig.

Tjekliste til forventningsafstemning

- Afklar gensidige forventninger til proces, produkt og resultater.
- Skab tydelig ansvarsfordeling mellem ledelse, udviklingsteam og kolleger.
- Lav aftaler om tidsforbrug og ressourcer (eksempelvis midler til materialer, tid til kompetenceudvikling og så videre).
- Lav aftaler om møder og løbende dialog.
- Lav aftaler om håndtering af ændringer i projektet.

ORGANISERING

Det er afgørende for udviklingen af den brugerinddragende indsats, at der er en klar organisering af processen. Det holder processen på sporet, at der er en tovholder, og at en leder fx har det overordnede ansvar. På den måde kører indsatsen videre, når den travle hverdag kører. Det understøtter arbejdets legitimitet og sikrer, at relevante beslutninger kan træffes på de rette tidspunkter, når arbejdet er klart forankret i ledelsesstrukturen. Det vil sige, at der en leder, der har det overordnede ansvar for udviklingen og eksempelvis kan tildele arbejdstid og give tilladelse til afprøvning af nye arbejdsgange. Det er også en ledelsesopgave at sammensætte det team, som skal løse opgaverne i udviklingsprocessen.

Udviklingsarbejde foregår sjældent efter den plan, som man har lagt på forhånd. Derfor er det vigtigt, at organiseringen og rammerne evalueres løbende. Er det fortsat de rigtige deltagere og de rette kompetencer, der indgår i teamet? Er hyppigheden af møderne den rigtige? Er de øvrige kollegaer, der ikke indgår i udviklingsteamet, tilstrækkeligt informeret? Hvordan bliver de det? Og hvordan kan projektgruppen dele sin viden?

Patienter med i udviklingsteamet

Teamet bør bestå af både patienter og fagpersoner. Samskabelse med patienter er en central del af arbejdet med brugerinddragelse, og derfor bør patienter være med i 'maskinrummet' i hele processen. De har konkret erfaring med de mange overvejelser og valg, der må træffes undervejs i patientforløbet, og kan bringe denne erfaring i spil i udviklingsarbejdet. De kan fastholde fokus på patientperspektivet og være med til at skabe nye løsninger. Enten kan man samarbejde med den samme gruppe patienter hele vejen, eller – hvis det ikke er muligt – inddrage forskellige patienter undervejs. Patientpaneler eller brugerråd kan også bidrage med viden.

Jeg tror, det er godt, at det er en overlæge, der er med i teamet.

Det giver noget andet, end hvis det var en afdelingslæge eller yngre læge, der rejser igen om et år. Det er vigtigt, at man har én med stjerner på skulderen, før kollegerne hører efter.

Teamdeltager

Flere fagligheder repræsenteret

Tværfagligheden i teamet er vigtig. Alle faggrupper, som har med patientforløbet at gøre, bør være repræsenteret i udviklingsarbejdet, fordi de har særlig viden og erfaring, som kan kvalificere det færdige resultat. Medarbejdere med andre kompetencer, eksempelvis erfaring med interviews eller Forbedringsmodellen (læs mere om Forbedringsmodellen på patientsikkerhed.dk), kan også inddrages. Det er gavnligt for processen, når alle deltager i lige stort omfang, men i nogle tilfælde er det ikke muligt. I praksis kan det være nødvendigt, at enkelte personer gennemfører dele af processen og inviterer deres kolleger ind, når det er nødvendigt. Det er derfor en god idé allerede i planlægningen af projektet at overveje deltagerens ansvar og opgaver, samt hvordan og hvornår de skal udføres.

Eksempel på en lokal projektorganisering

Rolle i projektet	Funktion	Ansvar/opgaver
Projektejer	Afdelingsledelse	<ul style="list-style-type: none"> • Sikrer de overordnede rammer • Medvirker til formulering af mål • Løbende sparring og interesse • Godkendelse af indsats • Beslutning om implementering • Formidler pointer fra udviklingsarbejdet
Tovholder	Afdelingslæge eller udviklings-sygeplejerske	<ul style="list-style-type: none"> • Projektledelse • Medvirker til formulering af mål • Koordinerer opgaver • Holder kontakt til ledelse • Deltager i udvikling af indsats • Formidler pointer fra udviklingsarbejdet
Deltager i udviklingsteam	Patient/læge/sygeplejerske/terapeut	<ul style="list-style-type: none"> • Medvirker til formulering af mål • Bidrager med erfaring med sygdom eller faglig viden om patientgruppen, forløb og behandling • Bidrager med andre kompetencer, eksempelvis erfaring med forskning, interviews eller PDSA-cirklen • Deltager i udvikling af indsats • Formidler pointer fra udviklingsarbejdet.

Fast tovholder for processen

Der skal udpeges en lokal tovholder, der kan koordinere og drive arbejdet fremad. Tovholderen skal have overblik over processen og et særligt indblik i de inddragelsesmetoder, som kan medvirke til at holde udviklingsarbejdet på sporet. Tovholderen skal også have løbende fokus på at sikre de centrale trin i processen, eksempelvis en grundig forberedelse, inddragelse af patienter og relevante kolleger med videre.

Da udviklingsprocessen ikke kan forudsiges fuldstændigt på forhånd, er det vigtigt, at tovholderen har 'is i maven', når projektet ændrer karakter. Vedkommende skal kunne tilpasse projektet til nye input og samtidig pejle efter de endelige mål. Det er ikke altid en nem opgave, og det er afgørende, at ledelsen er opmærksom på det vilkår og bakker tovholderen op. Tovholderens rolle kan styrkes og faciliteres med processtøtte

fra konsulenter med viden om kvalitetsudvikling og metoder til inddragelse. Det kan eksempelvis være konsulenter fra en kvalitetsafdeling eller eksterne konsulenter.

Ambassadører kan bane vej

Enhver forandring i en organisation har brug for gode ambassadører. Det har stor betydning for modtagelse og forankring af den nye indsats, hvilke personer – ud over tovholder og teamdeltagere – der knyttes til projektet og hvordan. Nøglepersoner, der kan fungere som ambassadører, kolleger med særlig gennemslagskraft, og gatekeepere for bestemte faggrupper kan bidrage til projektets legitimitet og forankring. Det bør derfor overvejes grundigt, hvem der kan hjælpe udviklingsarbejdet på vej, og hvad deres rolle skal være.

RESSOURCER

Ressourcer kan forstås på flere måder – tid brugt på udviklingsarbejde, assistance fra stabsafdelinger eller kolleger med særlig viden, udgifter til materialer og kompetenceudvikling. I forberedelsesfasen kan det være svært at forudse, hvilke ressourcer der bliver behov for undervejs, men en grundig gennemgang af de forskellige faser i processen kan være med til at give et fingerpeg. Dette kan indgå i en forventningsafstemning med det relevante ledelsesniveau.

Når der lægges vægt på betydningen af rammerne for projektarbejdet, så er det fordi, det ofte er i det daglige projektarbejde, at spørgsmål om tid, ressourcer og arbejdsvilkår bliver udfordret.

Når der er travlhed og pres på ressourcerne i en afdeling, kræver det ledelsens opbakning og prioritering at fortsætte udviklingsarbejdet, hvis der ikke er afsat ekstra ressourcer til det.



KOMPETENCER

Det tredje trin handler om at sikre de rette kompetencer i det team, der skal udvikle den brugerinddragende indsats. Viden om de vigtigste individuelle brugerinddragende metoder er nødvendig, erfaring med projektledelse en fordel og kompetencer indenfor kommunikation, IT og administration kan også være relevante.

VIDEN OM INDIVIDUELLE METODER

For at komme godt fra start er det en fordel at have et solidt kendskab til metoder og teorier inden for brugerinddragelse. Undersøgelser viser, at sundhedsprofessionelle har mange opfattelser af, hvad inddragelse er. Samarbejdet i teamet kan hjælpes på vej med en fælles forståelse af, hvad metoderne går ud på, og hvordan man arbejder med dem.

Udviklingen af indsatser med metoderne *fælles beslutningstagning* og *brugerstyret behandling* kræver derfor, at en eller flere i teamet har grundig indsigt i formålet med metoderne, deres brug i praksis, og hvordan man kan vurdere kvaliteten af indsatsen. Disse personer kan vejlede de øvrige deltagere i teamet og eventuelt være med til klæde ledelsen på til at lede arbejdet med brugerinddragelse.

Det kan være nødvendigt at tilbyde et kompetenceudviklingsforløb til hele udviklingsteamet for at sikre en fælles forståelse og vidensbase. Der findes også omfattende litteratur, der giver en indføring i brugerinddragelse generelt, og i metoderne *fælles beslutningstagning* og *brugerstyret behandling*. I kan bruge Modenhedsværktøjet på side 23 til at reflektere over, i hvor høj grad udviklingsteamet (og resten af organisationen) har de nødvendige kompetencer inden for brugerinddragelse.

SAMARBEJDE MED PATIENTER I TEAMET

Det er en nødvendighed, at patienter bliver inviteret til at deltage aktivt, når der skal skabes forbedringer i sundhedsvæsenet. Det betegnes organisatorisk brugerinddragelse. På den måde øger man sandsynligheden for, at de

Hvis vi ikke havde hørt om brugerstyret behandling, var vi aldrig kommet i tanke om, at patienterne selv kunne tage stilling til, hvornår de havde behov for en udvidelse.

Overlæge

patienter man vil forbedre forløbene for oplever en positiv forandring og får et udbytte af projektet. Det kræver blandt andet, at man rekrutterer de rette personer i rette tid til de rette opgaver. Herunder at man involverer brugere, der kan bidrage med en generel viden på det pågældende område såvel som brugere, der har en mere personlig erfaring som patient eller pårørende at trække på. ViBIS anbefaler, at brugerne tilbydes mere eller mindre formel undervisning i rollen som patient/brugerrepræsentant, samt at man inviterer mindst to brugerrepræsentanter i de sammenhænge, hvor de skal bidrage mere aktivt i hele processen som medlem af udviklingsteamet. Vigtigst af alt, er det en forudsætning, at de øvrige teamdeltagere anerkender patienters bidrag som vigtige og er villige til at indrette møder og øvrig kommunikation, så det bliver muligt at samarbejde ligeværdigt.

Læs mere på **ViBIS.dk**

Guide til organisatorisk brugerinddragelse i praksis

Håndbog for brugerrepræsentanter

PROJEKTLEDELSE OG HÅNDTERING AF MODSTAND

Det er en fordel, hvis projektets tovholder har erfaring med projektledelse, særligt med involvering af patienter i projekter og faglig viden om patientgruppen for at lede projektet og udviklingsprocessen godt i mål. Det særlige ved brugerinddragelse er, at det griber ind i et område, som mange sundhedsfaglige vil betragte som kernefaglighed – hvordan man som læge eller sygeplejerske går i dialog med patienter om deres ønsker og behov, formidler faglig viden og træffer beslutninger om behandling. Det kan give medvind og motivation hos kollegerne, men også medføre modstand og kritik. Derfor skal tovholderen være forberedt på og eventuelt

have adgang til sparring om at skulle håndtere modstand på en konstruktiv måde. Igen spiller ledelsen en central rolle i forhold til at bakke op om projektet og tydeliggøre, at udviklingsarbejdet prioriteres.

KOMMUNIKATION OG IT

Som led i en brugerinddragende indsats vil man ofte udvikle støtteværktøjer til patienterne og deres pårørende. Det kan være værktøjer til beslutningstagning, til overvågning af egne symptomer eller dialogværktøjer, der understøtter at patienterne får talt med en sundhedsprofessionel om det, der er vigtigt for dem. Værktøjerne skal være letforståelige, overskuelige og nemme at bruge for patienten. Ofte vil det også vise sig, at der er brug for at tilpasse andet materiale, eksempelvis informationsmateriale og indkaldelsesbreve.

Det er en fordel at benytte sig af forskellige grafiske virkemidler til at understøtte den information, som støtteværktøjerne formidler. Samtidig er det vigtigt, at udseende og form ikke kommer til at overskygge budskab og indhold. Personer med kompetencer inden for grafik og kommunikation kan bidrage til at højne kvaliteten af støtteværktøjerne.

Alle, der deltager i udviklingen af brugerinddragende tiltag, må have stor respekt for de input, som patienter og fagpersoner kommer med. Grafikere og kommunikationsmedarbejdere skal have kendskab til tankegangen i metoderne og tænke dette sammen med de æstetiske virkemidler og relevante formidlingsplatforme. IT-kompetencer kan også være relevante, hvis man udvikler en elektronisk løsning til patienter eller for at udvikle systemer til dokumentation.

En vigtig erfaring er, at strikse krav om ensretning til materialet, som udgår fra regionerne ikke altid er egnede til at formidle information på en patientinddragende måde. Hvis man ikke kan ændre det, selv om patienterne synes, det skal ændres, stiller det større krav til ledelse og kommunikation, at materialet i højere grad afspejler patienternes ønsker og behov.

Det bør afstemmes med den ledelsesansvarlige, hvilke muligheder der er for ekstern hjælp, og hvilke muligheder der er for at ændre i andet materiale, så det stemmer overens med de nye støtteværktøjer.

Hvis erfaring med kvalitetsarbejde ikke er til stede i teamet, er det vigtigt, at du som tovholder beder din ledelse om at hjælpe med at skabe den sammenhæng.

SAMARBEJDE MED KVALITETS- OG FORBEDRINGSAFDELING

En anden vigtig erfaring er, at sammenhæng og samarbejde mellem udviklings- og kvalitetsarbejdet kan give en god systematik og metodik i tilrettelæggelse af afprøvning, evaluering og dokumentation af processer og resultater.

TRIN 4 PLANLÆGNING

Den konkrete planlægning handler om at få fordelt opgaverne i udviklingsprocessen, få møder i kalenderen, få lavet de nødvendige aftaler, sætte en før-måling i gang og så videre. Ved at sætte jer grundigt ind i de næste fire faser og bruge de værktøjer, der er beskrevet nedenfor, får I et godt afsæt for planlægningen.

MODENHED

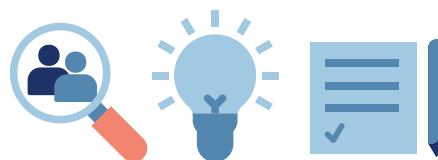
Når I først går i gang med at forberede processen, kan det hjælpe at reflektere over, hvor klar jeres organisation er til at inddrage brugere. Derfor har ViBIS udviklet et modenhedsværktøj, så I kan blive klogere på processen. Udgangspunktet er seks dimensioner, der alle er vigtige for, at brugerinddragelse kan blive en bæredygtig del af en organisations måde at arbejde på. Med værktøjet kan I blive klogere på, hvor moden jeres organisation er i forhold til inddragelse, før I kaster jer over en ny indsats. I skal lytte og lære af hinanden, så I sammen får et nuanceret billede af jeres organisations styrker og svagheder i arbejdet med brugerinddragelse. De indsigter, I får ud af drøftelsen, kan I bruge til at forberede processen, så jeres implementering bliver mere målrettet.

Det kan også være relevant at benytte Modenhedsværktøjet i fase 2, hvor I skal udforske virkeligheden, eller i fase 5, hvor indsatsen skal fastholdes i hverdagspraksis.

MILEPÆLSPLAN

Når man har formuleret mål og konkrete indsatser for et projekt, kan en milepælsplan skabe struktur over indsatser og aftaler undervejs. En milepælsplan understøtter, at man styrer efter de mål, man har sat. Milepælsplanen kan tage udgangspunkt i en drejebog, der detaljeret viser trinene i udviklingsprocessen, men bør inkludere alle aktiviteter i projektet eksempelvis

formidling, evaluering og kompetenceudvikling. Milepælsplaner kan se forskellige ud, men er en del af projektlederens standardredskaber.



DREJEBOG

På baggrund af internationale standarder for beslutningsstøtteværktøjer har ViBIS udviklet en drejebog, som viser hvilke delopgaver, der skal udføres for at udvikle et støtteværktøj af høj kvalitet. Drejebogen dækker fase 2-4 i processen (se model: Udviklingsproces for brugerinddragelse i fem faser på side 8), det vil sige virkelighedsudforskning, udvikling og afprøvning af indsatsen og kvalitetsvurdering af støtteværktøjet.

Drejebogen foreslår, hvilke metoder der kan bruges til at løse delopgaverne og til at lave en milepælsplan

MØDER

For at kunne løse de enkelte delopgaver er det en god idé at planlægge samarbejdet i udviklingsteamet i god tid. Ved at imødekomme at de fagpersoner, man arbejder sammen med, har forskellige vagtplaner, og ved at booke aktiviteterne forud – møder med ledelse, kompetenceudvikling og så videre – undgår man, at processen forsinkes. Det er et lavpraktisk råd, men det har stor betydning for fremdriften i udviklingsarbejdet.

EVALUERING

Når målene med den nye indsats er besluttet, kan planlægningen af evalueringen begynde.

Uanset hvor lavpraktisk eller omfattende evalueringen skal være, skal den tænkes sammen med udviklingsprocessen så tidligt som muligt. Ofte vil det give mening at lave en førmåling, som kan sammenlignes med en eftermåling, når den nye indsats er fuldt implementeret. En eventuel førmåling skal selvfølgelig tilpasses udviklingen af mål i projektet. Det kan være, at der kan måles på overordnede mål tidligt i processen og på mere specifikke mål, når de er blevet defineret. Afdækning af måleredskaber, afgrænsning af respondenter, gennemførelse af selve målingen (en gang eller flere gange over tid) og databehandling er nogle af de opgaver, der skal planlægges og fordeles.

Der findes forskellige måleredskaber på dansk, som kan bruges til henholdsvis overordnede mål om eksempelvis øget brugerinddragelse, men også måleredskaber, som specifikt kan bruges til at undersøge resultatet af metoderne, særligt fælles beslutningstagning. Ved at bruge disse måleredskaber kan man blive skarp på, hvilken effekt den nye indsats har.

Udover før- og eftermålinger bør evalueringen indeholde en kvalitetsvurdering af selve støtteværktøjet, når det er færdigt.

Du har nu læst kapitel 1, om hvordan du forbereder dig i fire trin til den udviklingsproces, som du står over for.

Her finder du de to tilhørende procesværktøjer:

1. Modenhedsværktøjet

En organisations *modenhed* til at inddrage sine brugere afspejler, hvor velintegreret brugerinddragelse er i organisationens daglige drift og udvikling. ViBIS har udviklet et værktøj til at reflektere over, *hvorfor* man inddrager, *hvordan* man kan inddrage, og *hvor udbredt* en praksis inddragelse er i organisationen.

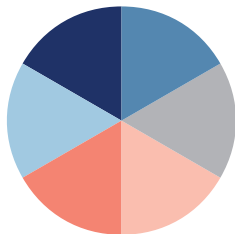
2. Drejebogen

Drejebogen er et planlægningsværktøj. Brug den til at lave en projektplan og til at holde øje med, hvor langt I er nået i processen.

Drejebogen giver dig overblik over de aktiviteter, der skal til for at udvikle de brugerinddragende indsatser.

Drejebogen omfatter de tre midterste faser i udviklingsprocessen: udforskning af patienternes perspektiv, design og afprøvning af indsatsen samt kvalitetsvurdering af eventuelle støtteværktøjer.

Drejebogen er særlig nyttig, hvis man har begrænset erfaring med projektarbejde og udvikling af brugerinddragende indsatser, men alle kan drage nytte af det overblik, den giver.



Modenhedsværktøjet

Et samtaleværktøj til at diskutere organisationers inddragelsesmodenhed

FØR I BRUGER MODENHEDSVÆRKTØJET

Hvad er inddragelsesmodenhed?

En organisations inddragelsesmodenhed afspejler, hvor velintegreret brugerinddragelse er i organisationens daglige drift og udvikling. Når ViBIS taler om "inddragelsesmodenhed", handler det både om, at man har viden og er bevidst om, hvad brugerinddragelse er – på individuelt såvel som på organisatorisk plan – hvorfor man inddrager, hvordan man kan inddrage, og om hvor udbredt en praksis inddragelse er i organisationen.

Vi tager afsæt i seks dimensioner, der hver især er vigtige for, at brugerinddragelse kan blive en bæredygtig del af en organisations måde at arbejde på.

De seks dimensioner er:

- 1. Ledelse:** Er brugerinddragelse en bevidst, central og prioriteret ledelsesopgave?
- 2. Involvering af relevante medarbejdere:** Foregår udvikling af brugerinddragende tiltag tæt på praksis?
- 3. Individuel inddragelse:** Samarbejder brugere og sundhedsprofessionelle i de individuelle forløb?

4. Organisatorisk inddragelse:

Er brugere inddraget i udvikling af organisationen og indsatsen?

5. Kompetencer: Har relevante medarbejdere og brugere kompetencerne til at indgå i brugerinddragelse?

6. Formidling: Er resultater af den brugerinddragende indsats synlige internt og eksternt?

Sådan er modenhedsværktøjet blevet til

Modenhedsværktøjet er udviklet af ViBIS i forbindelse med projektet "Bæredygtig Brugerinddragelse", som blev gennemført i årene 2019-2020. En første udgave af værktøjet blev afprøvet i projektet, og sidenhen har ViBIS arbejdet videre på at gøre modenhedsværktøjet til et produkt, som man kan bruge i praksis. Det er vores erfaring, at en klarhed over organisationers styrker og svagheder i relation til inddragelse styrker grundlaget for målrettet implementering og for kvalitetsløft af brugerinddragende indsatser. Denne tanke og de dimensioner, som modenhedsværktøjet omfatter, bygger oven på et fagligt fundament bestående af vores egne erfaringer fra projekter og baggrundslitteratur om brugerinddragelse og organisationsforandring.

I udviklingen af modenhedsværktøjet har vi hentet inspiration fra følgende baggrundslitteratur og eksterne projekter:

- Coulter, A. (2011): *Engaging Patients in Healthcare*. Open University Press.
- Coulter, A. (2012): *Leadership for patient engagement*. The King's Fund.
- Greenhalgh, T. et al. (2004): *Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations*. The Milbank quarterly vol. 82,4 (2004): 581-629.
- Læring fra The MAGIC programme fra Wales, som dannede baggrund for udviklingen af 'Det Brugerinddragende Hospital', herunder sparring med Professor Adrian Edwards fra Cardiff University.

Derudover bygger modenhedsværktøjet oven på vores egne erfaringer fra to store projekter, som har sat fokus på og konfirmeret betydningen af, hvilke dimensioner der er vigtige og siger noget om organisationers inddragelsesmodenhed. Det kan I læse mere om i:

- Aarhus Universitet (2017): *Evaluering af Det Brugerinddragende Hospital, Del I – evalueringsrapport*. Aarhus, 2017.
- ViBIS (2020): *Erfaringsopsamling af projektet "Bæredygtig Brugerinddragelse"*. København, 2020.

Endelig bygger modenhedsværktøjet oven på de andre værktøjer i denne publikation, som er udviklet af ViBIS gennem den seneste årrække.

ORDFORKLARING

Brugerinddragelse:

At give brugere af sundhedsvæsenet indflydelse på udviklingen af sundhedsvæsenet og på deres eget forløb og behandling.

Organisatorisk inddragelse:

At give brugere indflydelse på udviklingen af sundhedsvæsenet gennem anvendelse af viden om brugerperspektivet og samarbejde med brugerrepræsentanter i beslutnings- og udviklingsprocesser.

Individuel inddragelse:

At give brugeren indflydelse på sit eget forløb ud fra individuelle behov, præferencer og viden. Det gøres gennem dialog, beslutninger om behandling og pleje og/eller tilrettelæggelse af aktiviteter.

Brugere:

Brugere af sundhedsvæsenet er patienter, herunder modtagere af kommunale sundhedsydelser, ofte kaldet borgere, og pårørende.

Brugerrepræsentanter:

Brugerrepræsentanter kan være brugere med egne erfaringer eller repræsentanter, der har særlig viden om grupper af brugere.

Det kan I bruge værktøjet til

ViBIS' modenhedsværktøj er et samtaleværktøj, I kan bruge i en gruppedrøftelse, hvor I diskuterer jeres organisations inddragelsesmodenhed. Værktøjet kan hjælpe jer til at blive klar over, hvordan I ser på jeres organisations måde at praktisere inddragelse på. Hvor er I stærke, og hvor er der plads til forbedring?

Indsigterne fra jeres samtale kan især bruges, når I skal starte en ny indsats eller et større projekt op, hvor I vil arbejde med brugerinddragelse. Det kan både være, hvis I skal i gang med et større tværgående projekt, hvor flere enheder (for eksempel hospitalsafdelinger eller plejecentre i en kommune) deltager eller i forbindelse med mindre, lokale indsatser, som finder sted i en enkelt enhed.

Hvem kan bruge værktøjet?

Modenhedsværktøjet kan bruges, uanset om I arbejder på et hospital eller i en kommune. Fællesnævneren er, at organisationen skal have med patienter, borgere eller pårørende at gøre.

For at få mest muligt ud af øvelsen anbefaler ViBIS, at I sammensætter en gruppe af medarbejdere, som repræsenterer forskellige perspektiver i organisationen, både hvad angår faglighed og dagligt arbejdssted. Tværfagligheden giver jer mulighed for at bringe flere indsigter i spil fra jeres respektive arbejdsområder, og det giver flere nuancer til diskussionerne.

Mange perspektiver kan være relevante at få i tale, når man bruger modenhedsværktøjet. En gruppe kan for eksempel sammensættes, så man inviterer frontpersonalet, der har direkte patientkontakt, medarbejdere, der arbejder med kvalitetsudvikling, medarbejdere, der arbejder i en administrativ stilling, ledelsespersoner og/eller brugerrepræsentanter.

Det er vigtigt, at hver deltager taler ud fra sit eget perspektiv. Det vil sige, at man skal tage udgangspunkt i, hvordan det ser ud, der hvor man selv arbejder til daglig, når man drøfter de forskellige dimensioner i værktøjet.

SÅDAN BRUGER I VÆRKTØJET

Før I går i gang

- Print cirkeldiagrammet på side 27. Øvelsen kræver, at I har den i fysisk form
- Print udsagnene på side 28-33 og læg dem i en bunke, så de er sorteret efter de forskellige dimensioner. Alternativt kan I medbringe en computer eller tablet og have udsagnene med digitalt
- Medbring klistermærker eller tuscher i forskellige farver. Hver deltager skal kunne markere med et klistermærke eller en tusch i cirkeldiagrammet, og man skal kunne skelne markeringerne fra hinanden.



Ved opstart

- Start med at aftale, hvor mange dimensioner, I ønsker at diskutere. Det bedste er at drøfte alle seks, men hvis tiden er knap, eller I ikke har en tilstrækkelig tværfaglig gruppe, kan I nøjes med at diskutere de dimensioner, I vurderer som mest relevante inden for jeres arbejdsområde.
- Udpeg en facilitator, der skal styre tiden og sørge for, at I når omkring de dimensioner, I vil diskutere.
- Læg en printet version af cirkeldiagrammet på midten af et bord, så alle kan se det.

Sådan gør I – trin for trin

I cirkeldiagrammet på næste side kan I se de seks dimensioner. Hvert felt svarer til én dimension. På de efterfølgende sider er de enkelte dimensioner udfoldet. Der er en række udsagn i hver dimension, som I skal diskutere dimensionen ud fra.

1. Facilitatoren vælger, hvilken dimension I skal diskutere først. Facilitatoren læser ét udsagn op ad gangen, hvorefter I skal forholde jer til, i hvor høj grad og hvordan udsagnet passer på jeres organisation. **Her er det vigtigt at have fokus på, at hver enkelt deltager taler ud fra sit eget perspektiv, og at alle perspektiver skal i tale.** Facilitatoren styrer tiden. I kan for eksempel afsætte ti eller tyve minutter til hver dimension, og tag eventuelt tid.

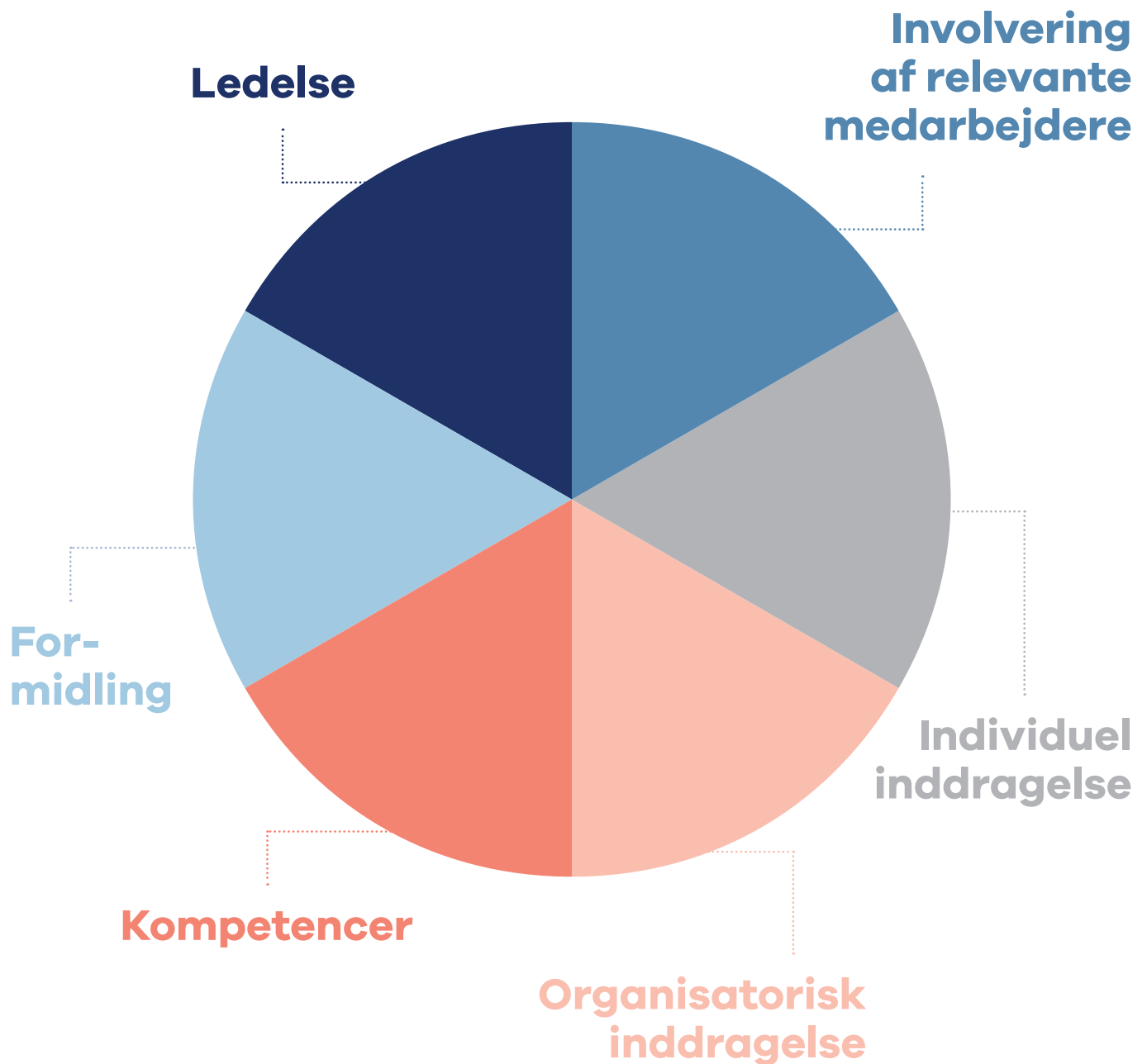
2. Når I har diskuteret udsagnene i én dimension, skal I hver især vurdere, hvor inddragelsesmoden, I synes, jeres organisation er inden for dette område. Dernæst sætter I hver en prik i det pågældende felt i cirklen. Jo længere ud mod kanten af cirklen, prikken sættes, desto højere inddragelsesmoden.

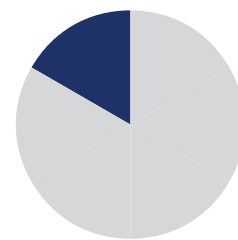
3. Når I sætter prikkerne, skal I argumentere for, hvorfor I sætter prikken, som I gør. **Det er vigtigt at understrege, at der ikke er nogle rigtige eller forkerte svar.** Pointen med øvelsen er, at I skal lytte og lære af hinanden og få nye perspektiver til at stykke et nuanceret billede sammen af jeres organisations styrker og svagheder i relation til brugerinddragelse.

4. Gå videre til næste dimension og gentag trin 1-3 til I er nået igennem de dimensioner, I har besluttet jer for at nå.

5. Reflekter afslutningsvist over, hvordan prikkerne fordeler sig samlet set i cirklen. Er der nogle dimensioner, hvor I var meget enige eller uenige? Er der dimensioner, hvor I var enige om, at I er meget inddragelsesmodne? Nogle, hvor der er potentiale til forbedring – og hvordan? Brug de indsigter, I har fået, når I skal i gang med jeres nye projekt eller indsats.

De seks dimensioner





Dimension: Ledelse

Brugerinddragelse er en bevidst, central og prioriteret ledelsesopgave

Forklaring af dimensionen

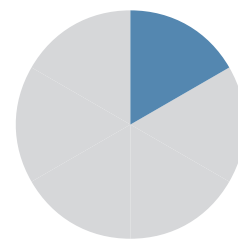
De følgende otte udsagn handler om ledelsens opbakning til arbejdet med brugerinddragelse i jeres organisation. I skal diskutere, i hvor høj grad **bruger-**

inddragelse er en bevidst, central og prioriteret ledelsesopgave og på hvilke måder.

Modenhedsværktøj: Diskuter otte udsagn

1. Der er udpeget ledelsespersoner med ansvar for implementering og udvikling af brugerinddragelse.
2. Ledere uddannes i brugerinddragelse.
3. Der er afsat tid og ressourcer til at udvikle og implementere nye tiltag.
4. Ledelsen sikrer, at der i de enkelte afdelinger er medarbejdere med særlig viden om brugerinddragelse.
5. Der er udarbejdet en handleplan for arbejdet med brugerinddragelse.
6. Ledelsen efterspørger brugernes perspektiv. Det kan for eksempel være fra brugerråd, paneler og andre fora, hvor der sidder brugerrepræsentanter med.
7. Kompetencer i brugerinddragelse prioriteres. For eksempel indgår det som en del af medarbejderudviklingssamtaler (MUS).
8. Kompetencer i brugerinddragelse værdsættes. For eksempel indgår det i jobopslag og efterspørges ved jobsamtaler, udløser løntillæg eller giver adgang til at repræsentere organisationen på konferencer og lignende.

Dimension: Involvering af relevante medarbejdere



Udvikling af brugerinddragende tiltag foregår tæt på praksis

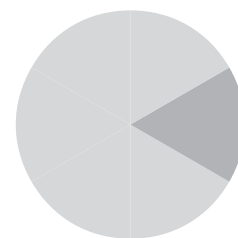
Forklaring af dimensionen

De følgende fem udsagn handler om medarbejdernes involvering, når der udvikles tiltag om inddragelse, som skal implementeres i deres hverdag.

I skal diskutere, i hvor høj grad **udvikling af brugerinddragende tiltag foregår tæt på praksis og på hvilke måder.**

Modenhedsværktøj: Diskuter fem udsagn

1. Udvikling af brugerinddragende tiltag sker i tæt dialog med relevante medarbejdere.
2. Organisationen tilbyder processtøtte til lokale udviklingsprocesser, der handler om brugerinddragelse.
3. Relevante medarbejdere er inddraget i at teste og afprøve nye brugerinddragende tiltag i praksis og justere dem efterfølgende.
4. Relevante medarbejdere oplever det meningsfuldt at arbejde med brugerinddragelse i deres praksis.
5. Relevante medarbejdere får løbende feedback om brugernes oplevelse af brugerinddragende indsatser.



Dimension: Individuel inddragelse

Brugere og frontpersonale samarbejder i de individuelle forløb

Forklaring af dimensionen

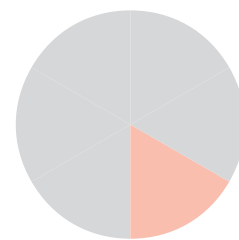
De følgende fem udsagn handler om organisationens praksis i forhold til individuel inddragelse af patienter, borgere og pårørende.

I skal diskutere, i hvor høj grad **brugere og frontpersonale samarbejder i de individuelle forløb og på hvilke måder.**

Modenhedsværktøj: Diskuter fem udsagn

1. Organisationen anvender velkendte brugerinddragelsesmetoder. Det kan for eksempel være brugerstyret behandling, fælles beslutningstagning eller Guidet Egen Beslutning.
2. Støtteværktøjer og materialer, der gør det lettere for brugerne at samarbejde om behandlingen, er tilgængelige og anvendes i organisationen. Det kan for eksempel være selvstyringseskemaer, PRO-redskaber, beslutningsstøtteværktøjer eller oplæringsprogrammer.
3. Brugerne opfordres og understøttes i at være aktive i dialoger og møder med frontpersonalet. Det kan for eksempel være ved hjælp af en brugerinddragende dialog eller dialogstøtteværktøjer.
4. Når der er pårørende, sker inddragelse af dem systematisk og tidligt i forløbet. Det indebærer, at den pårørendes viden om sin nærtstående afdækkes og anvendes i forløbet, og at den pårørendes egne behov for støtte afklares.
5. Brugerinddragende indsatser evalueres, både i forhold til effekt og proces, og der anvendes relevante og validerede metoder, hvor det er muligt. Det kan for eksempel være DEFACTUMs fem generiske spørgsmål om brugerinddragelse, SDM-Q-9, PAM eller Collaborate.

Dimension: Organisatorisk inddragelse



Brugere er inddraget i udvikling af organisationen

Forklaring af dimensionen

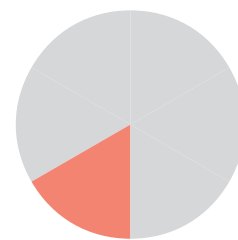
De følgende seks udsagn handler om jeres organisations praksis i forhold til organisatorisk inddragelse af patienter, borgere og pårørende.

I skal diskutere, i hvor høj grad **brugere er inddraget i udvikling af organisationen og på hvilke måder.**

Modenhedsværktøj: Diskuter seks udsagn

1. Brugere er inddraget fra start til slut i udviklingsarbejde. Det kan for eksempel være i forbindelse med et konkret projekt i organisationen.
2. Brugere deltager i udvalg, råd og styregrupper. Det kan for eksempel være, at der sidder brugere med i ansættelsesudvalg, at brugere er med i gennemgangen af UTH, eller at organisationen har et egentligt brugerråd.
3. Når brugere sidder med i udvalg, råd og styregrupper er der en klar strategi for, at brugernes stemme indgår på lige fod med de andre deltageres. Det kan for eksempel ses ved, at brugernes input fremgår af mødereferater og er tydeligt afspejlet i endelige beslutninger.
4. Brugernes holdninger og oplevelser indhentes løbende og som en tilbagevendende del af udviklingsarbejdet. Det kan for eksempel være via brugerdialoger, feedback-møder, paneler, interviews og tilfredshedsundersøgelser.
5. Informationsmaterialer er udviklet sammen med eller testet med brugerne.
6. Brugerinddragende indsatser evalueres, både i forhold til proces og effekt.
 Man kan for eksempel evaluere, hvordan brugerrepræsentanter har følt sig inddraget undervejs i en proces (direkte procesmål), eller hvor aktive brugerrepræsentanterne har været i processen (indirekte procesmål).
 Evaluerer man effekter, kan man for eksempel undersøge, i hvor høj grad kvaliteten af en ydelse er forbedret (intern effekt), eller om inddragelsen i organisationen har bidraget med viden til omverdenen (ekstern effekt).

Dimension: **Kompetencer**



Relevante medarbejdere og brugere har kompetencerne til at indgå i brugerinddragelse

Forklaring af dimensionen

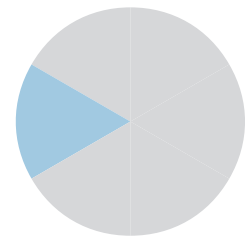
De følgende fem udsagn handler om kompetencer hos relevante medarbejdere og brugerne, når det kommer til brugerinddragelse.

I skal diskutere, i hvor høj grad **relevante medarbejdere og brugere har kompetencerne til at indgå i brugerinddragelse og på hvilke måder.**

Modenhedsværktøj: Diskuter fem udsagn

1. Organisationen udbyder og afholder uddannelse i organisatorisk inddragelse for relevante medarbejdere. Det kan for eksempel være undervisning i, hvordan man faciliterer en inddragende proces på en god måde, så brugerne oplever, at de reelt bliver inddraget.
2. Organisationen udbyder og afholder uddannelse i individuel inddragelse for relevante medarbejdere. Det kan for eksempel være undervisning i metoder til individuel inddragelse, eller hvordan man indgår i en brugerinddragende dialog.
3. Vedligeholdelse af brugerinddragelseskompetencer er en del af den obligatoriske tilbagevendende træning.
4. Brugerperspektivet er en fast del af programmet på temadage og lignende. Det kan for eksempel være, at organisationen inviterer patienter, borgere eller pårørende til at komme og fortælle om deres oplevelser.
5. Brugere, der deltager som repræsentanter i udvalg, råd og styregrupper, bliver tilbudt at deltage i et brugerrepræsentationskursus, der klæder dem på til rollen.

Dimension: **Formidling**



Resultater af den brugerinddragende indsats er synlige internt og eksternt

Forklaring af dimensionen

De følgende fire udsagn handler om formidling vedrørende de brugerinddragende tiltag, der finder sted i jeres organisation.

I skal diskutere, i hvor høj grad **resultater af den brugerinddragende indsats er synlige internt og eksternt og på hvilke måder.**

Modenhedsværktøj: Diskuter fire udsagn

1. Brugernes og relevante medarbejderes erfaringer og resultater med brugerinddragelse deles internt i organisationen for at skabe læring og motivation. Det kan for eksempel være, at kommunikationsafdelingen skriver om en enheds arbejde med brugerinddragelse, så resten af organisationen får indblik i det.
2. Møder i organisationen har regelmæssigt brugerinddragelse på dagsordenen. Det kan for eksempel være på daglige tavlemøder, på personalemøder eller til faglige arrangementer som temadage.
3. Erfaringer og resultater med brugerinddragelse deles eksternt med sundheds- og fagprofessionelle uden for organisationen. Det kan for eksempel være i videnskabelige artikler, artikler i fagblade, på konferencer eller på sociale medier.
4. Erfaringer og resultater med brugerinddragelse deles eksternt med befolkningen. Det kan for eksempel være i avisartikler, til åbent hus, på organisationens hjemmeside eller på sociale medier.



Forberede processen

Drejebog til udvikling af brugerinddragende indsatser

Denne drejebog er en vejledning til udvikling af brugerinddragende indsatser. Den er udviklet med særligt fokus på fælles beslutningstagning og brugerstyret behandling, men principperne kan i vid udstrækning overføres til andre individuelle metoder. Drejebogen omfatter de tre midterste faser i udviklingsprocessen for brugerinddragelse på side 8: **2** virkelighedsudforskning, **3** design og afprøvning af indsatsen samt **4** kvalitetsvurdering af støtteværktøjet. Du kan læse mere om de enkelte faser og deres indhold i de næste kapitler 2, 3 og 4, side 39-96.

Drejebogen giver et overblik over, hvilke opgaver der skal løses og hvordan, og den kan bruges til at lave en plan for processen. Når du følger drejebogens trin udvikler du samtidig et værktøj af høj kvalitet. Du kan starte med at bruge drejebogen, når du nogenlunde har indkredset, hvilken patientgruppe, der skal arbejdes med. Drejebogen kan både bruges som en praktisk tjekliste og som skabelon for dokumentation af processen.

2 Udforske virkeligheden



Trin	Formål	Metode/fremgangsmåde
1	Kortlægning af patientforløbet	Kortlægge det udvalgte patientforløb med fokus på beslutningsanledninger, potentialer for brugerstyring eller særligt vigtige samtaler.
2	Dataindsamling Indhente viden om patientperspektivet	Afdække patienter og eventuelt pårørendes erfaringer ønsker og behov i forhold til fælles beslutningtagning, varetagelse af en brugerstyret opgave eller særligt vigtige samtaler. <ul style="list-style-type: none"> • Individuelle interviews • Fokusgruppeinterviews • Brugerdialog/feedbackmøde • Spørgeskema • Patientforeninger. <p>Når man arbejder med brugerinddragelse er denne del af udforskningen det vigtigste.</p>
	Dataindsamling Indhente viden om det sundhedsfaglige perspektiv	Indhente viden fra sundhedsprofessionelle og eksperter med erfaring om patientgruppen. <ul style="list-style-type: none"> • Individuelle interviews • Fokusgruppeinterviews • Spørgeskema • Sparring.
3	Analyse af data	Data fra de forskellige kilder samles, bearbejdes og analyseres for at identificere temaer, der er relevante at gå videre med i en idégenerering.
4	Konkretisering af idéer	Temaer fra analysen tænkes sammen med metoderne for at få idéer til nye indsatser. De bedste idéer kan videreudvikles til det første bud på en konkret indsats.

3 Udvikle og afprøve indsatsen



Trin	Formål	Metode/fremgangsmåde
1	Research Indhente mere viden om patient-perspektivet	Information, der supplerer virkelighedsudforskningen, kan give yderligere retning til udviklingsprocessen. Man kan bruge metoderne fra dataindsamlingen. Andre gode kilder er: <ul style="list-style-type: none"> • Videnskabelige artikler • Rapporter og analyser (grå litteratur) • Ofte stillede spørgsmål af patienter på relevante hjemmesider • Patientforeninger • Spørgeskema til patienter • Spørgeskema eller interviews med sundhedsprofessionelle om deres erfaring med patientgruppen og den problematik, der skal arbejdes med
	Research Indhente mere sundhedsfaglig information	Information kan eksempelvis omfatte fordele, ulemper, risici, symptomer og ressourceforbrug. Information kan indhentes fra: <ul style="list-style-type: none"> • Nationale kliniske retningslinjer • Videnskabelige artikler • Input fra fagpersoner med faglig viden om best practice og erfaring med patientgruppen.
	Research Indhente viden om relevante støtteværktøjer	Undersøge om der allerede findes støtteværktøjer til patienter, som understøtter beslutningen, den brugerstyrede opgave eller en brugerinddragende dialog, som kan inspirere eller prøves af. Det kan eksempelvis være beslutningsstøtteværktøjer, dialogstøtteværktøjer, PRO-værktøjer eller skemaer til selvstyring. Kilder kan være: <ul style="list-style-type: none"> • Videnskabelig litteratur • Rapporter og analyser (grå litteratur) • Googlesøgning eller sneboldsøgning via kendt litteratur • ViBIS' hjemmeside • Databaser med beslutningsstøtteværktøjer.
	Research Undersøge relevante tiltag i organisationen	Undersøge om der findes lignende indsatser eller projekter i organisationen, som kan tjene til inspiration og læring.
2	Udvikling af prototype	<ul style="list-style-type: none"> • Skitsere ny arbejdsgang • Skitsere indhold og udformning af støtteværktøj(er): <ul style="list-style-type: none"> • Beslutte indhold • Formulere tekst • Udvikle eventuelt grafiske elementer (eksempelvis tegninger, layout) • Udvikle brugerflade ved IT-baseret værktøj • Søge inspiration fra andre værktøjer.
3	Test af prototype	<ul style="list-style-type: none"> • Patienter gennemgår arbejdsgang og støtteværktøj(er) og giver feedback. • Sundhedsprofessionelle gennemgår arbejdsgang og støtteværktøj(er) og giver feedback. • Feedback anvendes til videre udvikling af arbejdsgang og støtteværktøj(er).
4	Afprøvning i praksis	<p>Serier af afprøvning i praksis med feedback fra patienter og sundhedsprofessionelle og tilretning af arbejdsgang og støtteværktøj(er), jævnfør PDSA-cirklen. Feedback kan indhentes gennem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuelle interview • Fokusgruppeinterview • Spørgeskema • Registrering af kvantitative data. <p>Afprøvning starter i lille skala og udvides gradvist til stor skala. Arbejdsgang og støtteværktøj(er) færdigudvikles på baggrund af feedback.</p>

4 Vurdere kvaliteten af støtteværktøjet



Trin	Formål	Metode/fremgangsmåde
1	Kvalitetsvurdering af støtteværktøjet	<p>Støtteværktøjet(erne) er nu klar til at blive kvalitetsvurderet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beskrivelse af indsats og formål med støtteværktøjet • Kvalitetsvurdering ved interne eller eksterne eksperter • Opfølgning og tilretning.

2 Udforske virkeligheden

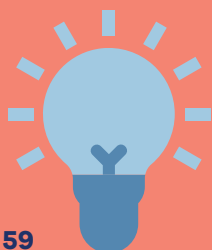


1 Forberede processen



Side 9

3 Designe og afprøve indsatsen



Side 59

4 Vurdere kvaliteten af støtteværktøjet



Side 85

5 Fastholde indsatsen i hverdagspraksis



Side 97



2 Udforske virkeligheden med fokus på brugerinddragelse

I den anden fase af udviklingsprocessen skabes vidensgrundlaget for udviklingen af indsatsen. Virkelighedsudforskningen omfatter særligt patienternes erfaringer og perspektiver, men også de sundhedsprofessionelles erfaringer, samt relevant viden fra forskellige skriftlige kilder indgår.

Dette kapitel gennemgår de fem vigtigste trin i virkelighedsudforskningen af patientforløbet. Udforskningen skal sikre, at du og projektgruppen får den nødvendige indsigt i, hvor i patientforløbet øget brugerinddragelse kan skabe en forbedring.

Kapitlet og de tilhørende værktøjer er skrevet, så det er anvendeligt for dig som sundhedsprofessionel, også selvom du har begrænset erfaring med kvalitativ dataindsamling og analyse.

Værktøjerne tilknyttet dette kapitel er:

- **Procesværktøj til kortlægning af patientforløbet**
- **Valg af metode til virkelighedsudforskning**
- **Gode råd til det kvalitative interview**
- **Idéværkstedet: Fra viden til råskitse**

Indledning

Formålet med en virkelighedsudforskning er at undersøge et patientforløb for at finde ud af, hvor i forløbet øget brugerinddragelse kan skabe en forbedring. Når man arbejder med metoder til individuel brugerinddragelse, kan udforskningen have fokus på de beslutninger, der skal træffes om behandling og pleje på tilrettelæggelsen af eksempelvis kontroller eller rehabilitering eller på særligt vigtige samtaler i behandlingsforløbet.

Patienternes erfaringer er det vigtigste afsæt for arbejdet med brugerinddragelse. Det nye tiltag skal være meningsfuldt for patienterne, og derfor skal deres erfaringer bruges til at identificere problemer og potentialer for øget inddragelse. Udforskningen af patienternes oplevelser med deres sygdom og mødet med sundhedsvæsenet giver ofte ny viden om deres behov og eventuelle ønsker til større indflydelse og ansvar. Ofte giver udforskningen også anledning til, at du og udviklingsteamet kan se på egen praksis med nye øjne.

Samtidig er der meget viden at hente hos de sundhedsprofessionelle, der har den tætteste kontakt med patienter og pårørende i det pågældende forløb. Deres input skal være med til at sikre, at indsatsen også giver mening fra et fagligt perspektiv. Endelig er der andre kilder til viden, som kan belyse

Vi burde lave patient-interviews løbende og få den enorme viden, vi opnår derfra. Jeg ville ønske, at alle sygeplejersker og læger oplevede det, så de får de her aha-oplevelser. For vi troede faktisk, at vi gjorde det rigtige.

Teammedlem

en given problemstilling og kvalificere udviklingsarbejdet både i indhold og udformning af en ny indsats. Virkelighedsudforskningen skal gerne rumme det hele.

Det er en fordel, hvis alle sundhedsprofessionelle, som er involveret i udviklingen af den nye indsats, og som kender patientforløbet, selv er en del af virkelighedsudforskningen. Det er en god måde at få aha-oplevelser og

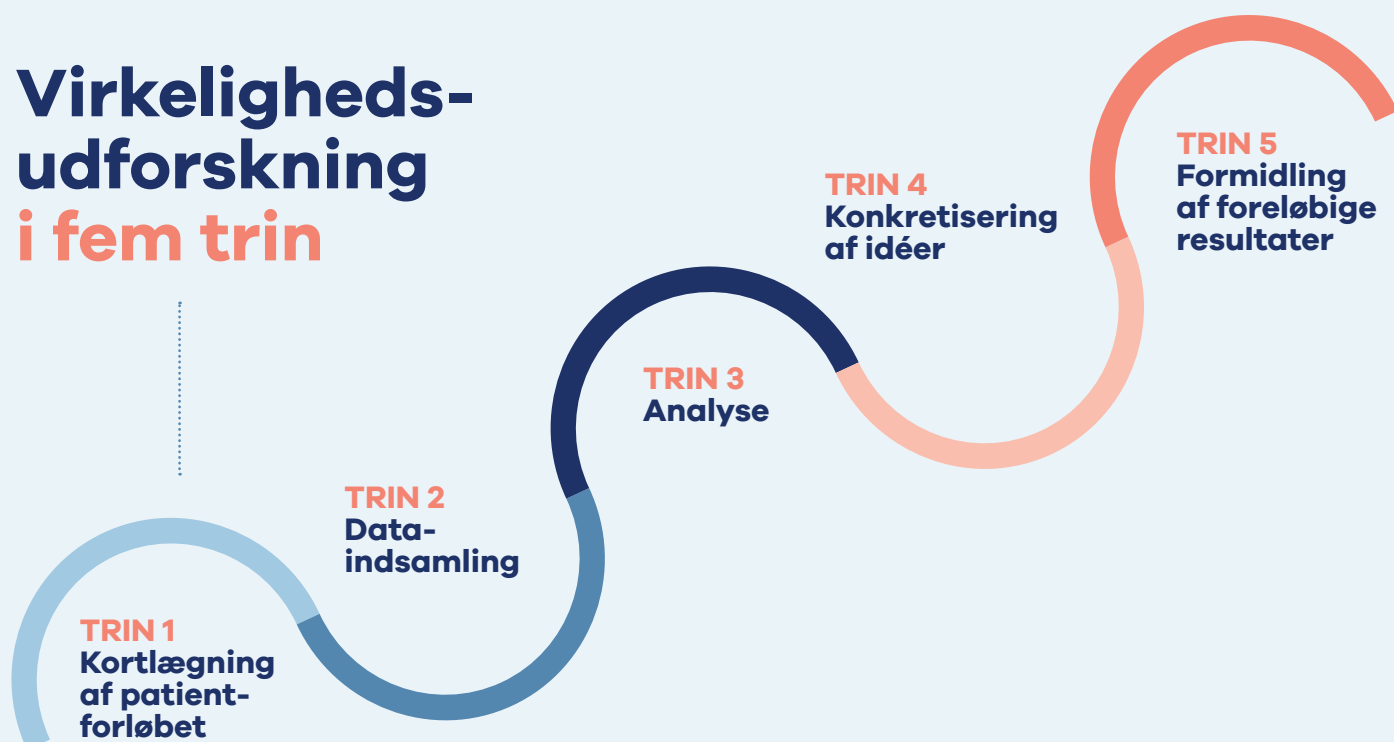
indsigt på, og det skaber motivation og ejerskab til udviklingsarbejdet og implementeringen af indsatsen.

Brugerrepræsentanterne kan også være en del af den opgave. Enten selv eller sammen med en sundhedsprofessionel. Nogle patienter er mere trygge ved at skulle tale med en medpatient, ligesom erfaringen også siger, at der kommer en anden viden frem, når patienter interviewer patienter.

Udforskningen kan foregå på mange forskellige måder, men det kræver en systematisk tilgang og metode. Denne vejledning beskriver, hvordan virkelighedsudforskningen kan gennemføres og præsenterer nogle let anvendelige værktøjer, der kan bruges til at få den ønskede viden om patientforløbet.

Vejledningen og værktøjerne er en hjælp til dig, der er sundhedsprofessionel, men har begrænset erfaring med kvalitativ dataindsamling og analyse. Modenhedsværktøjet, som indgik i forrige kapitel (side 23), kan også bruges i forbindelse med virkelighedsudforskningen. Værktøjet kan nemlig give et indblik i, hvordan både sundhedsprofessionelle og patienter opfatter organisationens måde at arbejde med brugerinddragelse, som tingene er nu.

Virkelighedsudforskning i fem trin





KORTLÆGNING AF PATIENTFORLØBET

Det første trin i virkelighedsudforskningen er en kortlægning, der skaber overblik over det udvalgte patientforløb og identificerer potentialer for brugerinddragelse. Kortlægningen danner afsæt for dataindsamlingen.

BESKRIVELSE AF FORLØB

En kortlægning af patientforløbet er en beskrivelse af det *faktiske* forløb, som patientgruppen gennemgår. Det er ikke en beskrivelse af, hvordan forløbet *ideelt* burde være. Kortlægningen udføres af det tværfaglige udviklingsteam, som står for arbejdet med fælles beslutningstagning og brugerstyret behandling. Alle deltagere kan byde ind med deres særlige viden og dermed bidrage til et nuanceret billede af patientens vej gennem systemet.

En kortlægning omfatter:

- At tegne et typisk patientforløb med afsæt i udviklingsteamets erfaringer og eventuelle forløbsbeskrivelser.
- At udforske potentialet for brugerinddragelse ved at identificere:
 1. Vigtige beslutninger om behandling, pleje eller næste skridt i forløbet.
 2. Muligheder for øget brugerstyring i tilrettelæggelsen af forløbet.
 3. Vigtige samtaler i forløbet.

Når I ser nærmere på et patientforløb, kan der være arbejdsgange eller opgaver, I får lyst til at ændre med det samme. Men på dette tidspunkt i processen er det afgørende at være åben for flere patienters oplevelse af forløbet, og hvad der er vigtigt for dem. Derfor bør de gode forslag blot noteres ned og undersøges i dataindsamlingen. Find værktøj til kortlægning af patientforløbet på side 48.



DATAINDSAMLING

Det andet trin i virkelighedsudforskningen handler om at indsamle data, der kan danne grundlag for at udvikle en brugerinddragende indsats. Dermed kan I blive klogere på de potentialer for brugerinddragelse, som blev identificeret i kortlægningen – eller opdage helt nye områder.

INDHENTE VIDEN OM PATIENTPERSPEKTIVET

Afdækning af patientperspektivet har til formål at finde ud af, hvad patienter oplever, hvordan de forstår deres oplevelser, hvilke holdninger de har til dem, og hvad der er vigtigt for dem undervejs i forløbet. Derfor foregår afdækningen ved hjælp af kvalitative metoder, det vil sige metoder, som undersøger forhold, der ikke kan måles og vejes.

Den vigtigste metode til afdækning af patientperspektivet er interviews – individuelle eller i grupper. Patient-interviews skal udføres ud fra en åben tilgang, så patienten har mulighed for at fortælle frit om sit forløb, og interviewet ikke styres af den sundhedsprofessionelles antagelser om, hvad patienten oplever.

Senere i interviewet kan I zoome ind på særlige emner såsom beslutninger om behandling, ønsker til mere indflydelse og så videre. Man kan have en idé om, at patienter har et stærkt ønske om at se en læge, når de skal til kontrol på hospitalet, og at der er for lang ventetid. I den fokuserede del af interviewet kan man undersøge, om patienterne faktisk ønsker at se en læge ved alle kontroller eller oplever vente- eller transporttid som et problem.

Interviewene kan kvalificeres med andre metoder. Forskellige former for observation kan give yderligere indsigt i patienters møde med sundhedsvæsenet og de sundhedsprofessionelle. Fokus kan være på dialogen mellem patient, pårørende og sundhedsprofessionel. Spørgeskemaer kan blandt andet bruges til at undersøge omfanget af

temaer fra interviewene i en større gruppe.

Der kan desuden være viden om patientgruppen eller forløbet, som er tilgængeligt via andre kilder – videnskabelig litteratur, LUP-undersøgelser (Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser), UTH, tilsynsresultater, patientforeninger med videre. Denne viden kan nuancere og uddybe de kvalitative data fra interviews og observation.

Afdækning af vigtige problemer

Afdækningen af patientperspektivet skal medvirke til at opdage vigtige problemer eller steder i forløbet, hvor individuelle metoder kan skabe forbedring.

INDHENTE VIDEN OM DET SUNDHEDSFAGLIGE PERSPEKTIV

Ud over patienternes erfaringer er det nødvendigt at indsamle viden fra det sundhedsfaglige personale om deres erfaringer med patientgruppen og om udfordringer i patientforløbet. Her vil det være relevant at trække på kolleger og fagpersoner eller eksterne eksperter med særlig viden om området.

Metoder til dataindsamling kan være de samme som til afdækning af patientperspektivet. Det kan også give mening med en mere uformel undersøgelse, hvor løbende samtaler med kolleger inkluderes. Find værktøj til dataindsamling på side 52 og 53.



ANALYSE AF DATA

Det tredje trin handler om at uddrage centrale pointer fra materialet. De kvalitative data skal analyseres og struktureres, så resultaterne kan bidrage til at generere idéer til nye løsninger.

DATAANALYSE

Dataanalyse kan være en omfattende opgave, men selv om man har begrænset erfaring med kvalitative undersøgelser eller begrænset tid, kan man alligevel få vigtig viden ud af sit materiale. Formålet er at identificere de temaer, som optræder på tværs af materialet og vælge de temaer ud, som man vil arbejde videre med.

Data om patientperspektivet står mest centralt, og derfor skal de analyseres

først. Når man tager afsæt i, hvad der er vigtigt for patienterne og supplerer med de sundhedsprofessionelles viden og erfaringer, får man indkredset, hvor det giver mest mening at sætte ind med øget brugerinddragelse.

De temaer, som træder frem i analysen, danner grundlag for udviklingen af konkrete idéer til nye indsatser. Find værktøjer til dataindsamling og analyse på side 53.



TRIN 4

KONKRETISERING AF IDEER

Det fjerde trin i virkelighedsudforskningen handler om at udvælge og konkretisere idéer til en brugerinddragende indsats. Ved at tage afsæt i dataindsamlingen, brainstorme på idéer til mulige indsatser og overveje mål og praktiske forudsætninger, kan man i fællesskab vælge den meste bæredygtige idé.

METODER TIL KONKRETISERING

Når man skal arbejde med metoderne fælles beslutningstagning, brugerstyret behandling og forskellige former for dialogstøtte, så er det de temaer, som relaterer sig til beslutninger og tilrettelæggelse af forløb og vigtige samtaler, som skal skabe idéerne til en ny indsats.

Man kan stille sig selv følgende spørgsmål: Med den nye indsigt, vi nu har fået, om patienternes oplevelse af forløbet og de sundhedsfagliges input, hvor vil det så give mest mening at sætte ind med en forandring? Hvordan kan fælles beslutningstagning give mere plads til patienternes præferencer i vigtige beslutninger? Er der opgaver eller ansvarsområder, patienterne kunne tage større del i? Er der samtaler, hvor patienterne ikke oplever at få talt om det, der er vigtigt for dem?

Et tema i patientinterviewene kan eksempelvis være, at patienterne er utilfredse med faciliteterne på afdelingen, men også at de oplever, at der bliver truffet beslutninger om behandling hen over hovedet på dem. Hvis man gerne vil arbejde med fælles beslutningstagning, vil det give mest mening at gå videre med temaet om beslutninger.

En brainstorm omkring temaer og mulige indsatser med én eller flere metoder vil give anledning til en afklarende diskussion, der munder ud i én solid idé. ViBIS har udviklet et skema, som kan bruges til at teste og konkretisere idéer til en ny brugerinddragende indsats.

Værktøjet tager udgangspunkt i Forbedringsmodellen (læs om Forbedringsmodellen på patientsikkerhed.dk), men har et særligt fokus på brugerinddragelse. Skemaet giver en beskrivelse af de forskellige elementer i en ny indsats – hvor ligger udfordringen, hvilken metode til brugerinddragelse kan løse denne udfordring, hvad er målet, og hvordan ved vi om målet er opnået. Skemaet kan også betragtes som en form for forandringsteori.

Skemaet er en enkel måde at tjekke, om de forskellige elementer hænger logisk sammen og kan bruges til at afklare, hvilken idé man skal arbejde videre med.

Her er et eksempel på, hvordan en idé kan konkretiseres:

Udfordring/ potentiale	Indsats	Mål	Indikator
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten har unødvendige kontrolbesøg, når sygdommen er i ro. • Patienter tager kontakt for sent ved forværring. • Patienter har utilstrækkelig viden om egen sygdom. • Patienter tager medicin forkert. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tilbud om brugerstyrede kontroller. • Oplæring i selvstyringssskema. • Patientskole. 	<ul style="list-style-type: none"> • Øget patientoplevet kvalitet. • Patienter behandler sig selv korrekt. • Patienter tager rettidig kontakt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tryghed ved brugerstyret tilbud og egne kompetencer. • Øget forbrug af forebyggende medicin/ mindsket brug af systematisk virkende medicin. • Mindre udsving i lungekapacitet. • Monitorering af kontaktmønster.

Efter idéværkstedet kan det være gavnligt at se på den indledende kortlægning igen for at afklare, hvordan idéer til en ny indsats vil passe ind i eller ændre på det eksisterende patientforløb. Inddragelse af patienten i én enkelt beslutning eller aktivitet kan påvirke andre dele af forløbet, og derfor er det nødvendigt at være opmærksom på sammenhængen i forløbet fra start til slut. Det er også på dette tidspunkt, at du kan overveje at lave en arbejds-gangsanalyse? Her zoomer du ind på de punkter i patientforløbet, hvor I har set, at der er forbedringspotentialer og ser på, om der er behov for omlægning af konkrete arbejdsgange.

Når man har udvalgt en idé, starter udviklingen af den konkrete indsats. På dette tidspunkt skal der tages stilling til, om der skal laves en førmåling på udvalgte indikatorer eller iværksættes en løbende måling, når indsatsen afprøves. Bliv inspireret af "guide til måling af individuel brugerinddragelse" på **VIBIS.dk**.



FORMIDLING

Det sidste trin handler om at invitere sundhedsprofessionelle og ledere ind i udviklingsarbejdet ved at formidle resultaterne fra virkelighedsudforskningen.

PATIENTENS STEMME

Patientens stemme er et af de vigtigste værktøjer, når man arbejder med brugerinddragelse. Patienters udsagn kan motivere til forandring af praksis og fastholde interessen for at udvikle brugerinddragende indsatser hos ledere og kolleger. Det er en vigtig del af implementeringen – uden opbakning kan det være svært at ændre praksis.

I den sammenhæng er det oplagt at have en eller flere patientrepræsentanter fra udviklingsteamet med, når de første indsigter fra udviklingsarbejdet skal formidles.

Citater eller lydclip fra interviews eventuelt samlet i podcasts er også gode til at formidle patienters perspektiv. Hvis det er muligt at invitere patienter ind på afdelingen til at fortælle deres historie eller optage dem på film, er det en god måde at formidle, hvorfor det giver mening at arbejde med individuel brugerinddragelse.

Udover at formidlingen kan skabe motivation og opbakning, giver det anledning til at orientere om idéer til en ny indsats og invitere ledere og kolleger til at komme med deres input.

Du har nu læst kapitel to om, hvordan du i fem trin tilrettelægger og udfører virkelighedsudforskning, så du får den nødvendige indsigt i, hvor i patientforløbet øget brugerinddragelse reelt kan skabe en forbedring.

Du finder de fire tilhørende værktøjer til virkelighedsudforskning herunder:

1. Kortlægning af patientforløbet med fokus på brugerinddragelse

Dette værktøj skal bruges til at kortlægge et patientforløb og finde potentialer for brugerinddragelse. Formålet med kortlægningen er at skabe et overblik over et udvalgt patientforløb og undersøge, hvor i forløbet øget inddragelse af patienter og pårørende vil være relevant. Kortlægningen har dermed fokus på potentialer for inddragelse – ikke på bedre arbejdsgange, effektivisering eller besparelser.

2. Valg af metode til virkelighedsudforskning

Dette værktøj giver dig et nemt og hurtigt overblik over tre metoder til virkelighedsudforskning. Metoderne bringer forskellige typer af viden om patienternes erfaring frem og kan anvendes sammen eller hver for sig.

De tre metoder er:

- Interviews - patienter fortæller eller svarer på spørgsmål om det udvalgte emne.
- Observation - patienter observeres i virkelige situationer.
- Dialogmetoder - patienter fortæller om deres erfaringer til en gruppe fagpersoner, hvor en facilitator styrer dialogen.

3. Gode råd til det kvalitative interview

Dette værktøj kommer med gode råd, der kan styrke dine kompetencer i det kvalitative interview.

Vejledningen henvender sig især til sundhedsprofessionelle, der skal undersøge patienters perspektiv, men har begrænset erfaring med kvalitative interviews. Den kommer med konkrete råd til interviews, der har fokus på patienternes oplevelse, udfordringer i patientforløbet og potentialer for brugerinddragelse.

Vejledningen har fokus på det individuelle interview med patienter, men rådene er også relevante for gruppeinterviews og kan bruges som inspiration til at lave interviews med sundhedsprofessionelle.

Den indeholder tips til, hvordan man gennemfører interviewet og udvikler en spørgeguide, forslag til spørgsmål samt gode råd til en nem analyse af kvalitativt materiale.

4. Idéværkstedet: Fra viden til råskitse

Dette værktøj hjælper dig fra den gode idé til en skitse af en ny brugerinddragende indsats. Formålet med værktøjet er at komme fra viden om et patientforløb og gode idéer til brugerinddragelse til en skitse af, hvordan en indsats konkret kan designes.

Værktøjet består af en øvelse, hvor alle medlemmerne i udviklingsteamet bør deltage. På baggrund af viden om patientforløbet går medlemmerne i dybden med potentialer, udfordringer, mål og indikatorer, så indsatsen skrues bedst sammen. Tilsammen danner dette råskitsen til den nye brugerinddragende indsats.

1 Kortlæg patientforløbet og find potentialer for inddragelse



Formålet med denne øvelse er at kortlægge patientforløbet for en udvalgt gruppe af patienter og undersøge, hvor patienterne kan få mere indflydelse på vigtige beslutninger og tilrettelæggelse af forløbet med øget brugerinddragelse. Se vejledning efter øvelsen.

1. Tegn det typiske patientforløb

- Vælg en fiktiv patient eventuelt med særlige karakteristika. Tænk pårørende med, hvis det er relevant.
- Afgræns forløbet: Hvor starter og slutter patienten?
- Tegn de steder, hvor patienten opholder sig eller har kontakt med i forløbet – for eksempel afdelinger, kommune, egen læge og hjem.
- Marker, hvis der er flere veje, som patienten kan gå.
- Tegn alle aktiviteter, og hvem der møder patienten. Aktiviteter kan være indlæggelse, stuegang, konsultation, operation og samtaler.
- Brug eventuelt pile til at markere forløb, sammenhænge og rækkefølge.

Eksempel på et patientforløb

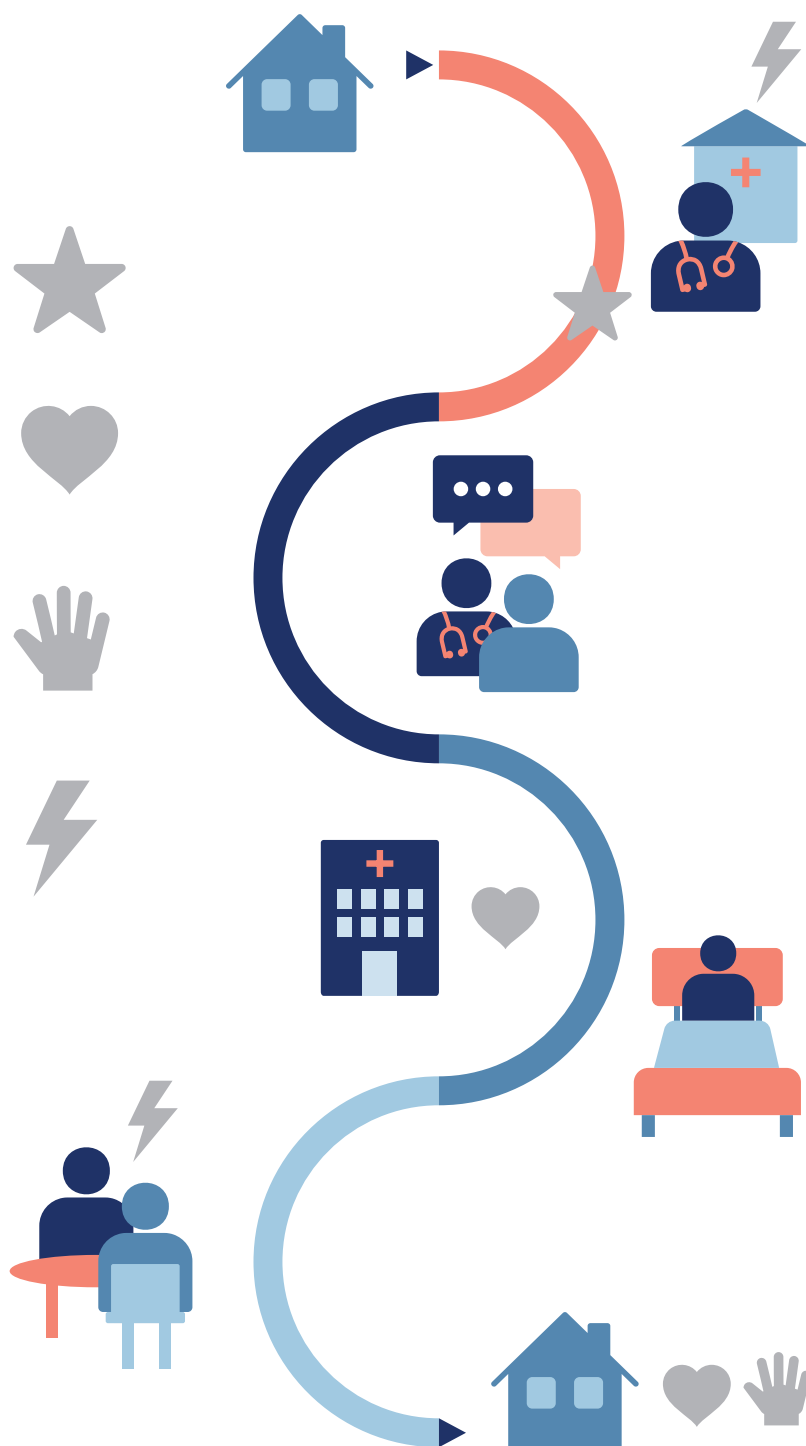


2. Se på tegningen af patientforløbet

– hvor er der potentialer for at inddrage patienter og pårørende?

- Marker, hvor der træffes beslutninger i forløbet, som patient og pårørende kan inddrages bedre i. 
- Marker, hvor patient og pårørende kan få mere indflydelse på planlægningen af eget forløb eller på indholdet i vigtige samtaler. 
- Marker, hvor patienter kan oplæres til at udføre opgaver i eget forløb – for eksempel i behandling, monitorering og pleje. 
- Marker, hvor der er noget i forløbet eller kontakten med patienten, som er svært eller ikke fungerer. 

Eksempel på et patientforløb



3. Brug kortlægningen til at overveje, hvad I har brug for mere viden om.

Brug dette til at udforme en interviewguide til patienter og eventuelt til sundhedsprofessionelle.

VEJLEDNING TIL KORTLÆGNINGSØVELSE

Vejledningen er til dig, der skal styre kortlægningen af et udvalgt patientforløb og finde potentialer for brugerinddragelse. Vejledningen beskriver, hvordan man gennemfører kortlægningen, og hvor lang tid de enkelte trin typisk tager. Øvelsen skal udføres på en forholdsvis afgrænset type af patientforløb. Efter kortlægningen kan det vise sig, at det valgte forløb ikke var relevant, og man må lave en ny kortlægning på en anden patientgruppe.

FORMÅL

Formålet med kortlægningen er først at danne sig et fælles billede af, hvordan patientforløbet reelt ser ud – ikke at tegne det ideelle forløb. Derefter kan man overveje, hvordan patienter og eventuelt pårørende kan inddrages bedre i beslutninger og få større indflydelse på tilrettelæggelsen af deres egen behandling. Der skal være fokus på potentialer for inddragelse – ikke på bedre arbejdsgange, effektivisering, besparelser med videre.

DELTAGERE

Hvis der er nedsat et udviklingsteam, bør alle dets medlemmer deltage i kortlægningen. Hvis der ikke er et udviklingsteam, bør der sammensættes en arbejdsgruppe med repræsentanter for de faggrupper, der har berøring med det udvalgte patientforløb og de patienter og pårørende, det handler om. De kan alle bidrage med et særligt input til kortlægningen.

TIDSFORBRUG

Øvelsen tager cirka 1½ time, men tidsforbruget kan variere, hvis forløbet er simpelt eller komplekst.

Hvorfor en tegning?

Øvelsen går ud på at tegne patientforløbet. Visualiseringen gør det muligt for deltagerne at se på de store linjer uden at fokusere for meget på detaljer, eksempelvis faglige formuleringer

vedrørende behandling og pleje. Hvis patientforløbet kan se meget forskelligt ud, kan det være en fordel at fokusere på et typisk forløb eller inddele patientgruppen i mindre delgrupper med hver sit forløb.

Afsæt 30-45 minutter til at tegne forløbet.

Hvordan finder man potentialer?

Der er potentialer for fælles beslutningstagning, der hvor der er præferencefølsomme beslutninger i forløbet. Det vil sige beslutninger, hvor der er flere ligeværdige muligheder for behandling, svag evidens for effekten af behandling, eller den mulige behandling har svære bivirkninger. Relevante beslutninger kan også omhandle undersøgelser, plejemuligheder med videre, eller det kan være beslutninger, som patienterne finder vanskelige. Man kan undersøge dette nærmere i en afdækning af patientperspektivet.

Der kan være potentialer for øget brugerstyring i forløb, hvor patienten løbende har kontakt med sundhedsvæsenet. Overvej, hvordan patientforløbet er tilrettelagt, og hvordan patientens tid og ressourcer bedre kan blive tilgodeset. Er der opgaver, som patienten selv kunne løse på en sikker og tryk måde? Er der aktiviteter, som patienten kan være med til at tilrettelægge? Der skal være fokus på at indrette forløbet på patientens præmisser.

Der, hvor patienterne har vigtige samtaler, og hvor man kan være i tvivl om, de får talt om det, der er vigtigt for dem,

kan det være relevant at overveje, om man kan udvikle en samtaleform og et støtteværktøj, hvor patienternes behov kommer mere i centrum

Afsæt 30-45 minutter til at finde potentialer.

Efter kortlægningen

Når kortlægningen er gennemført, kan relevante kolleger eventuelt inviteres til at supplere med yderligere detaljer eller spørgsmål. Det vil kvalificere kortlægningen.

I processen med at lave kortlægningen kan der opstå spørgsmål og gode idéer, som også noteres. Med kortlægningen i hånden kan man derefter udvikle en spørgeguide til patienter, hvor de får mulighed for at pege på udfordringer i patientforløbet og potentialer for inddragelse.



2 Valg af metode til virkelighedsudforskning

Denne oversigt beskriver tre metoder, som er gode til at undersøge patienternes perspektiv. Metoderne bringer forskellige typer viden om patienternes erfaring frem og kan anvendes sammen eller hver for sig.

Spørgsmål	A: Interviews	B: Observation	C: Dialogmetoder
Hvad går metoden ud på?	<p>Patienter fortæller om og/eller svarer på spørgsmål om et udvalgt emne. Rollefordeling mellem interviewer og patient er fast.</p>	<p>Patienter observeres i virkelige situationer. Observatøren er ikke aktør, men bruger sine øjne og ører til at opfange, hvad der sker.</p> <p>Observation kan med fordel suppleres med interviews.</p>	<p>Patienter fortæller om deres oplevelser til en gruppe fagpersoner. Fagpersonerne reflekterer over patienternes input og deler deres tanker og overvejelser.</p> <p>Der er en facilitator til at styre dialogen mellem de to grupper.</p>
Hvad får man viden om?	<p>Grundige beskrivelser af erfaringer, holdninger og årsager til handlinger. Mulighed for uddybende eksempler.</p>	<p>Hvad der faktisk sker, hvad der gøres og siges af hvem og hvornår. Samt omgivelser, udstyr, lyde med videre.</p>	<p>Patienters erfaringer, holdninger og præferencer.</p> <p>Fagpersonernes reaktion på og overvejelser over patienternes input.</p>
Forberedelse	<p>Udarbejde spørgeguide.</p> <p>Rekruttering af interviewpersoner.</p> <p>Indhente samtykke.</p>	<p>Udarbejdelse af observationsguide.</p> <p>Valg af tid, sted og situation.</p> <p>Indhente samtykke.</p>	<p>Forberede spørgsmål. Rekruttere deltagere.</p> <p>Indhente samtykke.</p> <p>Forberede patienter og personale på deres roller.</p>
Tid til gennemførelse	<p>Fra 30 minutter til 2 timer afhængig af type interview og tema.</p>	<p>Afhængig af formål og situation.</p>	<p>1-3 timer.</p>
Krav til gennemførelse	<p>Kan gøres uden den store erfaring, selv om erfaring er en fordel. Det er lidt mere krævende at interviewe en gruppe.</p> <p>Interviewet skal optages.</p> <p>Der tages noter undervejs eller efter. Data skal behandles og analyses.</p>	<p>Kan gøres uden den store erfaring, selv om erfaring er en fordel.</p> <p>Der tages grundige noter undervejs.</p>	<p>Kræver erfaring med facilitering.</p> <p>Der skal være en person, der kan tage noter eller optage dialogen.</p>
Eksempler	<ul style="list-style-type: none"> • Åbne interviews • Semistrukturerede interviews • Gruppeinterviews • Telefoninterviews. 	<ul style="list-style-type: none"> • Åben observation • Struktureret observation • Skyggemetoden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Brugerdialog • Spejlmøder • Feedbackmøder.

3 Gode råd til det kvalitative interview



Vejledning til interview

Denne vejledning er til dig, der skal undersøge patienternes perspektiv, men har begrænset erfaring med kvalitative interviews. Den giver konkrete råd til interviews, der har fokus på patienternes oplevelse, udfordringer i patientforløbet og potentialer for brugerinddragelse. Vejledningen har fokus på det individuelle interview med patienter, men rådene er også relevante for gruppeinterviews og kan bruges som inspiration til at lave interviews med sundhedsprofessionelle. Vejledningen indeholder tips til, hvordan man gennemfører interviewet og udvikler en spørgeguide, forslag til spørgsmål samt gode råd til en nem analyse af kvalitativt materiale.

Før interviewet

- Vælg rammer, der signalerer, at denne samtale er anderledes end eksempelvis en konsultation – sæt jer et andet sted end patienten sædvanligvis kommer, giv en kop kaffe og mød op uden kittel, hvis du er sundhedsprofessionel.
- Afsæt nok tid til interviewet og sørg for, at I ikke bliver forstyrret.
- Forbered en spørgeguide og samtykkeerklæring.

Når informanten kommer

- Forklar, hvad interviewet går ud på, og hvad det skal bruges til.
- Hvis du normalt ser patienten i klinikken, så gør det klart, at dette er en anden slags samtale end normalt.
- Bed om informantens tilladelse til at optage interviewet på diktafon eller mobiltelefon.
- Informer om anonymitet og indhent samtykke.
- Lad informanten stille spørgsmål til interviewet, inden I starter.

Under interviewet

- Brug spørgeguiden, men spørg også ind til informantens udsagn med hv-spørgsmål.
- Undgå spørgsmål, der kun har et svar.
- Vær ikke bange for at stille spørgsmål, der virker dumme eller naive – svarene kan overraske.
- Tillad pauser i samtalen – stilheden kan få informanten til at tænke og tale.
- Skriv eventuelt stikord ned undervejs, så du husker spørgsmål, du vil stille senere.

Når interviewet er slut

- Lad informanten stille spørgsmål.
- Giv informanten mulighed for at vende tilbage med tilføjelser – eksempelvis på mail.
- Tag eventuelt supplerende noter efter hukommelse, når informanten er gået.

Eksempler på spørgsmål

En kombination af en åben og semi-struktureret tilgang virker godt, når man både vil have patienten til at fortælle om sine erfaringer og udtrykke, hvad der eksempelvis har gjort særligt indtryk i forløbet og spørge til et bestemt emne. Spørgsmålene nedenfor er kun eksempler og har fokus på at udforske potentialer for brugerinddragelse. I udviklingen af en spørgeguide skal man altid overveje, hvilke spørgsmål der afdækker netop det område, som interviewet har fokus på.

De første spørgsmål er åbne og har fokus på oplevelsen af at være patient på eksempelvis en hospitalsafdeling. Disse spørgsmål kan man ikke svare ja eller nej til – for at svare skal man fortælle.

De efterfølgende spørgsmål er mere fokuserede og vedrører især beslutninger og muligheder for øget brugerstyring. Her skal patienterne bidrage med mere specifik information. Fokuserede spørgsmål kan godt være ja/nej spørgsmål, men skal altid følges op med en uddybning.

Eksempler på åbne spørgsmål

- Hvad fylder mest i din hverdag med sygdommen?
- Hvordan forbereder du dig, når du skal ind på hospitalet?
- Hvad har været din bedste og dårligste oplevelse i din kontakt med vores afdeling?
- Hvad gør dig tryk, når du kommer ind på hospitalet?
- Hvad bekymrer dig, når du skal ind på hospitalet?
- Hvad kan vi gøre anderledes eller bedre, når du skal ind på hospitalet?
- Hvordan kan vi tilgodese det, som er vigtigt for dig, når du er inde hos os?

Eksempler på fokuserede spørgsmål

- Hvad er det vigtigste valg, som du har været med til at træffe i dit forløb?
- Hvordan blev dine ønsker og behov inddraget i den beslutning?
- Var det den rigtige beslutning for dig?
- Er der blevet truffet beslutninger, hvor dine ønsker og behov kunne have spillet en større rolle?
- Har du viden, som du ikke fik mulighed for at videregive til læge/ sygeplejerske /anden fagperson?
- Hvordan passer de aftaler, du har på afdelingen, ind i din hverdag?
- Har du forslag til, hvordan vi kan tilrettelægge dine aftaler bedre?
- Er der opgaver, som vi tager os af, som du hellere selv vil klare – i samarbejde med os?
- Hvad skulle der til, for at du ville være tryk ved at gøre X derhjemme?
- Hvad er vigtigt for dig at få talt om, når du er til en samtale på hospitalet?
- Er der tid til, at du får talt om det, der er vigtigst for dig, når du er til samtale?
- Bliver du spurgt om, hvad du har mest brug for at tale om, når du er til samtale?

Nem analyse af kvalitativt materiale

Når du har lavet dine interviews – måske suppleret med observation – skal materialet analyseres for at trække vigtige pointer ud. Analysen kan bruges i udviklingen af brugerinddragende tiltag. Processen, som er beskrevet her, er systematisk, men samtidig let at gå til, og man behøver ikke have forudgående erfaring med kvalitativ analyse.

Vær opmærksom på, at hvis data også skal anvendes til forskning, bør analysen være mere grundig.

Databehandling for det enkelte interview

- Lyt interviewet igennem med stikord/noter foran dig.
- For hvert spørgsmål/emne identificeres informantens hovedudsagn eller vigtigste pointer.
- Organiser informantens udsagn i temaer (eksempelvis tryghed, kommunikation, fysiske rammer). Et tema er noget, der optræder flere gange eller bliver særligt fremhævet af informanten. Undersøg særligt, om der er udsagn, der er relevante i forhold til brugerinddragelse. Alle udsagn om et særligt tema kan samles i et fælles dokument eller gives en kode (eksempelvis med farver eller tal).
- Udvælg det citat, der mest præcist udtrykker hvert tema.
- Overvej om og hvordan temaerne hænger sammen – bliver tryghed og kommunikation eksempelvis nævnt i sammenhæng?
- Udvælg eventuelt andre udsagn, som indeholder vigtig information om patientoplevelsen – eksempelvis udfordringer i forløbet og potentialer for brugerinddragelse.

Databehandling af noter fra observationer

- Læs alle noter igennem.

- Identificer handlinger/udsagn/forhold, der går igen.
- Identificer handlinger/udsagn/forhold, der er overraskende.
- Overvej, om der er handlinger/udsagn/forhold, som du forventede at se, men som ikke optræder.
- Organiser materialet i temaer (inklusive brugerinddragelse).
- Overvej, om der er en sammenhæng mellem temaerne.

Supplerende noter fra interviews eller uformelle samtaler kan behandles på samme måde.

Tematisering: Analyse af det samlede materiale

Når alt data er behandlet, samles alle temaer. Temaerne sammenlignes og tværgående mønstre i materialet identificeres – kredser flere patienter eksempelvis om tryghed i deres forløb? Oplever de at blive inddraget i vigtige beslutninger? Har de en eller flere fælles pointer?

Hvis der er særlige udfordringer, der optræder, eller hvis materialet peger på potentialer for brugerinddragelse, skal dette også fremhæves. Herefter udvælges de vigtigste pointer, og de bedste citater/beskrivelser, der illustrerer disse pointer, fremhæves.

Efter analysen

Når resultaterne af den kvalitative undersøgelse skal formidles, kan man lave en opsummering af centrale temaer og bruge citater eller lydklip fra interviewet til at gøre formidlingen nærværende.

Temaerne, herunder udfordringer i patientforløbet og potentialer for inddragelse, kan indgå i det videre arbejde med at konkretisere idéer til en brugerinddragende indsats.



4 Idéværkstedet: Fra viden til råskitse

Formålet med denne øvelse er at komme fra viden om et patientforløb og gode idéer til brugerinddragelse til en skitse af, hvordan en indsats konkret kan designes. Se vejledning efter skemaet.

Udfordring/potentiale Hvad er de vigtigste udfordringer/potentialer for brugerinddragelse i patientforløbet?	
Indsats Hvordan kunne en konkret indsats se ud?	
Mål Hvad vil vi gerne opnå ved at inddrage patienter i forløbet – eksempelvis i beslutninger og tilrettelæggelse?	
Indikator Hvordan ved vi, at inddragelse af patienterne har løst et problem eller realiseret et potentiale i patientforløbet?	

Vejledning til øvelse

Vejledningen er til dig, der skal stå i spidsen for at konkretisere gode idéer til en ny brugerinddragende indsats. Vejledningen beskriver, hvem der skal deltage, og hvordan skemaet udfyldes. Det er en forudsætning for øvelsen, at I har viden om metoder til individuel brugerinddragelse samt om patienternes perspektiv og vej gennem systemet.

Deltagere

Hvis der er nedsat et udviklingsteam, bør alle dets medlemmer deltage i idéværkstedet. Hvis der ikke er et udviklingsteam, bør der sammensættes en arbejdsgruppe med repræsentanter for de faggrupper, der har berøring med det udvalgte patientforløb, og en eller flere patientrepræsentanter.

Tidsforbrug

Øvelsen tager cirka ½ - 1 time, men tidsforbruget kan variere, hvis der skal arbejdes med flere idéer.

Hvordan udfyldes skemaet?

Udfordring/potentiale

Lav en liste over de udfordringer og potentialer, som brugergruppen har fremhævet, eller som de sundhedsprofessionelle har peget på. Overvej hvilken type individuel brugerinddragelse, der kan bidrage til at løse jeres udfordring. Man kan eksempelvis stille sig selv spørgsmål som:

- Hvad er den vigtigste udfordring eller potentiale, som patienterne har peget på?
- Hvad er den vigtigste udfordring eller potentiale, som de sundhedsprofessionelle har peget på?

- Vil fælles beslutningstagning, brugerstyret behandling eller øget dialogstøtte kunne løse denne udfordring eller realisere dette potentiale?

Indsats

Overvej, hvordan en konkret indsats kan se ud. Det er essentielt, at patienterne får reel indflydelse på beslutning eller tilrettelæggelse af deres eget forløb og behandlingssamtaler, og at de klædes på til at blive inddraget. Man kan stille sig selv spørgsmål som:

- Hvilke aktiviteter og materialer skal indgå i indsatsen?
- Hvordan kan vi klæde patienterne og de sundhedsprofessionelle på?
- Hvad tilbyder vi de patienter, der ikke ønsker at være mere aktive?
- Hvilke arbejdsgange og skriftligt materiale skal tilpasses?
- Er der noget, vi skal holde særligt øje med? Hvad håber vi på? Hvad er vi bekymrede for?

Mål

Når man arbejder med brugerinddragelse, bør man altid have fokus på at skabe en forbedring for patienten. Der er også andre mål, der kan være relevante for en brugerinddragende indsats, eksempelvis et mere effektivt ressourceforbrug eller bedre kliniske resultater. Man kan stille sig selv spørgsmål som:

- Hvilke forbedringer forventer vi, at patienterne vil opleve samlet set?
- Hvilken betydning vil indsatsen have for behandlingskvaliteten?
- Hvilken betydning forventer vi, at den nye indsats vil have for organisationens ressourceforbrug?

Indikator

Her tages der stilling til, hvilke indikatorer der kan anvendes som markører for at sikre, at man er på rette vej eller har opnået målet med indsatsen.

Man kan stille sig selv spørgsmål som:

- Hvordan kan vi måle, om patienterne faktisk oplever en forbedring?
 - Hvordan kan vi holde øje med behandlingskvaliteten?
 - Hvordan finder vi ud af, om indsatsen påvirker vores ressourceforbrug?
-

Efter idéværkstedet

Efter idéværkstedet kan patienter og kolleger inviteres til at kommentere på råskitsen for at sikre, at den er relevant for målgruppen. Det er også på dette tidspunkt, at man kan overveje, om der skal laves en førmåling på de udvalgte mål og/eller, om man vil foretage løbende målinger, når indsatsen skal afprøves.

1 Forberede processen



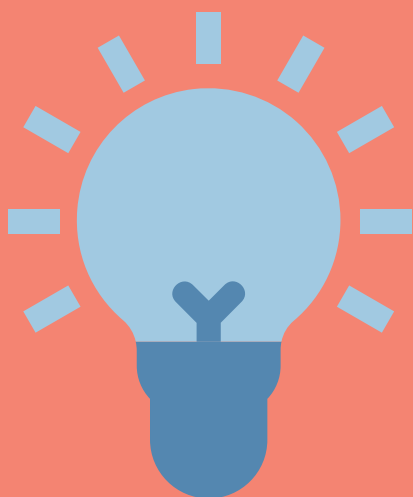
Side 9

2 Udforske virkeligheden



Side 38

3 Designe og afprøve indsatsen



4 Vurdere kvaliteten af støtteværktøjet

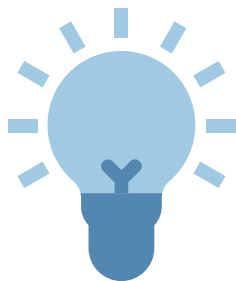


Side 85

5 Fastholde indsatsen i hverdagspraksis



Side 97



3 Designe og afprøve indsatsen

I den tredje fase i den samlede udviklingsproces er opgaven at komme fra den vigtige afdækning af patientens perspektiv og en indledende idé om øget brugerinddragelse til en ny og velafprøvet indsats, der virker i hverdagspraksis.

Når du har læst dette kapitel kan du sammen med det tværfaglige udviklingsteam påbegynde designet af en konkret brugerinddragende indsats. Processen er tilrettelagt sådan, at udvikling og afprøvning foregår helt tæt på praksis med de patienter og sundhedsprofessionelle, som den brugerinddragende indsats berører. Det giver det bedste grundlag for, at arbejdsgang og støtteværktøjer er relevante og giver værdi for begge parter.

Kapitlet gennemgår fire trin for, hvordan man foretager en grundig research, hvor man både indhenter viden om patientperspektivet og sundhedsfaglig viden, samt hvordan man anvender denne viden til at udvikle en prototype af indsatsen. Kapitlet beskriver også, hvordan man får testet prototypen og afprøvet den i praksis.

Værktøjerne tilknyttet dette kapitel er:

- **Miniguide til litteratursøgning om brugerinddragelse**
- **Manual for fælles beslutningstagning**
- **Manual for brugerstyret behandling**
- **Manual for den brugerinddragende dialog**

Indledning

Med vejledningen i dette kapitel kan et tværfagligt udviklingsteam påbegynde designet af en brugerinddragende indsats. Man behøver ikke særlige kompetencer eller viden for at kunne være med.

Vejledningen understøtter, at design og afprøvning af den nye indsats kan foregå sideløbende med hverdagens øvrige rutiner og med kortest mulig vej fra tanke til handling. Det gælder om at afprøve arbejdsgange og prototype på støtteværktøjer så tidligt i udviklingsprocessen som muligt og på en pragmatisk måde.

I kan dog altid øge graden af systematik, grundighed og metodisk stringens, hvis processen kræver det, og der er tid og ressourcer til rådighed. Det kan for eksempel være, hvis arbejdsgang og støtteværktøjer skal være forskningsbaserede. Vejledningen og ViBIS' værktøjer er dog ikke målrettet en forskningsbaseret proces. Uanset hvilken tilgang I vælger, er det godt at være opmærksom på, at udviklingsarbejdet kræver tid og ledelsesopbakning.

Designe og afprøve indsatsen i 4 trin



En ny indsats består af:

- Et støtteværktøj til patienter, der forbedrer brugerinddragelsen i det individuelle forløb.
- En arbejdsgang, som er tilpasset patientforløbet og vilkår i organisationen.

Vi skal turde gå væk fra skrivebordet og tanken om, at det hele skal være gennemtænkt og færdigt, inden vi præsenterer det for patienterne. De skal med fra starten.

Ledende fysioterapeut



RESEARCH

Første trin i design og afprøvning af en ny indsats er research og handler om at indhente viden, som skal danne grundlag for udviklingen af en prototype på arbejdsgang og støtteværktøj. Afsættet er en god idé, som tager udgangspunkt i patienternes behov og præferencer.

FRA IDÉ TIL INDSATS

Med research kan I få mere viden om, hvordan en idé til en ny indsats kan designes, så den både giver mening for patienter og fra et fagligt og organisatorisk perspektiv.

Research kan foregå 'ved skrivebordet' og fokusere på skriftlige kilder, men kan også inddrage yderligere interviews med patientgruppen eller relevante kolleger, som fokuserer på særlige spørgsmål.

Research kan være mere eller mindre omfattende, alt efter hvilke ressourcer og kompetencer der er til rådighed. Selv en afgrænset research vil kvalificere udviklingen af støtteværktøjer og arbejds gange.

Er der kolleger med eksempelvis forskningskompetencer, kan I overveje at trække på dem til en mere omfattende og systematisk research.

Indhente mere viden om patientperspektivet

Et af de vigtigste krav til støtteværktøjer er, at de tager udgangspunkt i patienternes behov for viden – også om emner, som fra et sundhedsfagligt perspektiv kan virke mindre vigtige. Dette vil sikre, at patienterne får svar på deres spørgsmål, når de eksempelvis skal være med til at træffe en beslutning om behandling eller påtage sig ansvar for særlige opgaver i forløbet.

Denne viden kan med fordel indhentes ved hjælp af kvalitative metoder som interviews og observation er (se kapitel 2: Virkelighedsudforskning). I research-arbejdet suppleres patienternes perspektiv med andre kilder. Det kan være videnskabelige artikler, der dokumenterer særlige udfordringer for patientgruppen, eller spørgsmål, patienter søger rådgivning om i deres patientforening.

Denne viden kan nuancere og uddybe de kvalitative data. Gode kilder er:

- Videnskabelige artikler
- Rapporter og analyser (grå litteratur)
- Patienters 'ofte stillede spørgsmål' på relevante hjemmesider
- Patientforeninger
- Spørgeskema til patienter
- Spørgeskema eller interviews med sundhedsprofessionelle om deres erfaring med patientgruppen og den problematik, der skal arbejdes med.

Indhente mere sundhedsfaglig information

Den sundhedsfaglige viden skal give svarene på de spørgsmål, som patienterne stiller – så vidt muligt baseret på solid evidens. Det kan handle om dokumenteret effekt af behandlingen eller behov for hjælpemidler efter behandling.

Der kan også være sundhedsfaglig information, som er en forudsætning for, at patienten kan tage en beslutning eller påtage sig en brugerstyret opgave – også selv om patienterne ikke efter-spørger den. Det kan eksempelvis være information om fordele, ulemper, risici og mulige bivirkninger. Afdækningen af sundhedsfaglig evidens for behandlingsmuligheder er en forudsætning for at udvikle beslutningsstøtteværktøjer, der skal bruges til fælles beslutningstagning. Viden kan eksempelvis findes her:

- Nationale kliniske retningslinjer
- Videnskabelige artikler
- Input fra fagpersoner med faglig viden om best practice og erfaring med patientforløbet.

Erfaring viser, at sundhedsprofessionelle i samme team har forskellige tilgange til samme behandling eller har forskellige måder at fortælle om behandlingen til patienterne. Researcharbejdet er et trin på vejen til enighed og et fælles sprog.

Indhente viden om relevante støtteværktøjer

En central del af vidensgrundlaget er information om, hvad der allerede eksisterer af tiltag og støtteværktøjer. Der kan være andre i Danmark eller udlandet, der har arbejdet med en af de forskellige metoder til inddragelse i samme patientforløb. Det kan give en pejling på, hvad der kan være relevant og muligt, men også tilbyde en mulig genvej i udviklingsarbejdet. Det kræver mindre at tilpasse noget, som allerede er afprøvet.

Det er dog vigtigt at holde sig for øje, at det er patienternes præferencer og behov, som skal danne det vigtigste udgangspunkt. Relevante kilder er:

- Videnskabelig litteratur
- Rapporter og analyser (grå litteratur)
- Googlesøgning eller sneboldsøgning via kendt litteratur
- På **ViBIS.dk** kan du blandt andet finde inspirationskataloger og allerede udviklede støtteværktøjer.

Undersøge relevante tiltag i organisationen

Især i større organisationer kan der foregå sideløbende kvalitetsudvikling med samme formål eller metoder. Værdifulde erfaringer og kompetencer, færdige værktøjer og materialer med videre kan kvalificere udviklingsprocessen, give muligheder for sparring og netværk og tjene til læring og inspiration.

Research handler derfor også om at undersøge, om der er andre, der har arbejdet med fælles beslutningstagning og brugerstyret behandling eller andre brugerinddragende tiltag i organisationen.



UDVIKLING AF PROTOTYPE

Når idéen til en ny indsats er blevet kvalificeret med research og skal omsættes til et ændret patientforløb, er næste skridt at designe en prototype, som hurtigt kan afprøves i praksis. Her skal feedback fra patienter og sundhedsprofessionelle sikre, at indsatsen forbedres og bliver relevant for begge parter.

TESTVERSION AF NY INDSATS

Prototypen er en testversion af den nye indsats, som består af en arbejdsgang (eksempelvis fælles beslutningstagning) og et støtteværktøj (eksempelvis beslutningsstøttekort).

Når vi anvender ordet 'prototype', er det for at understrege, at der er tale om et trin i en udviklingsproces. Det første udkast skal ikke være en færdig version, for man skal hurtigt videre til en serie af afprøvninger, der kan vise, om prototypen giver den ønskede forbedring.

Hvis man bruger for meget tid på at designe noget, som er tæt på at være færdigt, risikerer man, at det bliver sværere at tilrette og forbedre indsatsen efterfølgende.

SKITSERE NY ARBEJDSGANG

En ændring af patientforløbet vil ofte indebære ændrede arbejdsgange, og en del af arbejdet med prototypen er at beskrive den ændring. En ændret arbejdsgang kræver næsten altid organisatorisk tilpasning.

Tidligt i udviklingsprocessen bør man overveje, hvilke tilpasninger der er tale om – også selvom det kan ændre sig i afprøvningen. Det kan handle om rækkefølgen af aktiviteter i patientforløbet, fordeling af ressourcer (tid og hænder), investering i teknologi eller materialer, behov for kompetenceudvikling og så videre.

Hvis man skal lykkes med den nye indsats, skal det være muligt, at gennemføre de nødvendige tilpasninger af arbejdsgangene i patientforløbet. Ofte skal det nærmeste ledelsesniveau godkende midlertidige eller permanente tilpasninger.

SKITSERE STØTTEVÆRKTØJETS INDHOLD OG UDFORMNING

Der findes mange støtteværktøjer, som man kan blive inspireret af, også selvom de er udviklet til andre patientgrupper (se under trin 1 Research i dette kapitel). Vælg det støtteværktøj, som bedst understøtter formålet og patientgruppens behov.

Her er det særligt vigtigt at være opmærksom på, hvilke temaer der finder vej til støtteværktøjerne. ViBIS' erfaringer med udvikling af støtteværktøjer, i blandt andet projekterne Det Brugerinddragende Hospital og Bæredygtig Brugerinddragelse, viser, at patientens perspektiv let forsvinder i den faglige viden, som de sundhedsprofessionelle gerne vil have med – trods de bedste intentioner.

Derfor er det vigtigt at inddrage patienter og pårørende i processen med at definere indhold og udformning af værktøjet. Vigtige elementer i udviklingen af støtteværktøjer er:

- Afgrænsning af indhold: Hvad er vigtigt for patienterne at vide?

- Formulering af tekst: Teksten skal være forståelig for alle, også mennesker uden stærke læsekompetencer. Brug eventuelt en online lixberegner til at tjekke sværhedsgraden.
- Udvikling af grafiske elementer: Illustrationer og layout er vigtige i den letforståelige formidling af sundhedsfaglig information.
- Eventuelt udvikling af brugerflade ved IT-baseret værktøj.

Patienter og pårørende kan spille en afgørende rolle i udformningen af værktøjet, hvis de får mulighed for at være en del af udviklingsteamet. Da de selv er en del af målgruppen, kan de være med til at give støtteværktøjet den rigtige form fra begyndelsen.



TEST AF PROTOTYPE

Det tredje trin i design og afprøvning af brugerinddragende indsatser er at indhente feedback, der kan anvendes til at forbedre arbejdsgange og støtteværktøjer inden en afprøvning i praksis.

PRÆSENTATION

Så snart man har det første udkast til støtteværktøjet, skal det præsenteres for patienter udenfor udviklingsteamet og relevante sundhedsprofessionelle. I denne del af processen er der tale om feedback på indhold og udformning, ikke en egentlig afprøvning.

Feedback kan opnås ved, at man inviterer patienter og kolleger til at vurdere værktøj og arbejdsgang. Det kan virke uvant at præsentere et ufærdigt værktøj for patienter og kolleger, men det kvalificerer indsatsen at få feedback tidligt i processen. Dermed øger man chancen for at udvikle noget, som patienter eller kolleger kan bruge.

Feedback kan indhentes gennem systematisk dataindsamling, som er planlagt på forhånd. Det kan også gøres mere lavpraktisk i en uformel snak, hvis det er det, som giver mest mening. Det kan foregå ved, at man eksempelvis viser værktøjet til de patienter, som allerede befinder sig på afdelingen,

og beder dem læse det igennem og dele deres umiddelbare indtryk. Det kan også være, at man kan samle en gruppe patienter og i fællesskab diskutere indhold og udformning. Det samme gælder kolleger. Hvis det er muligt kan en gruppe patienter og sundhedsprofessionelle vurdere prototypen i fællesskab. Det er lærerigt og en unik chance for de sundhedsprofessionelle at høre patienterne i denne del af processen. Det vigtige er at få feedback, der peger på, hvor man kan forbedre værktøjet inden en egentlig afprøvning.

På baggrund af patienter og kollegers feedback om proces, indhold, sprog og udformning, tilrettes støtteværktøjet og arbejdsgangen, så man bliver klar til den første afprøvning i praksis. Samtidig kan det være gavnligt at dele patienters og sundhedsprofessionelles feedback med både ledelse og kolleger for at sikre opbakning til udviklingsprocessen. Det samme gælder for afprøvningen, som er beskrevet i trin fire.

TRIN 4

AFPRØVNING I PRAKSIS

Efter test og tilretning af prototypen handler det fjerde trin om at prøve arbejdsgang og støtteværktøj af i de konkrete situationer, hvor det skal anvendes. Også her skal der indhentes feedback, der kan bruges til at forbedre indsatsen.

AFPRØVNING I DET DAGLIGE

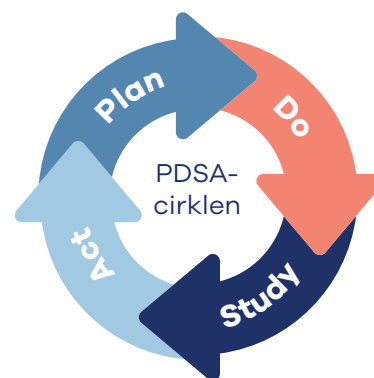
Forskellen på den første feedback på prototypen og afprøvningen i praksis er, at afprøvningen foregår i hverdagen i den daglige drift – altså i de situationer, hvor patienterne alligevel kommer til undersøgelse, konsultation eller kontrol.

Prototypen justeres igen på baggrund af input fra patienter og kolleger og relevante observationer eller målinger. Der vil muligvis være behov for at indsamle mere viden eller ændre i indholdet. Det kan også vise sig, at arbejdsgangen alligevel ikke fungerer efter hensigten, og at indsatsen derfor skal gentænkes.

PLANLÆGGE AFPRØVNING I PRAKSIS

En afprøvning kan se sådan ud:

- A. Afprøve støtteværktøj og arbejdsgang i lille skala
- B. Få feedback fra patienter og kolleger
- C. Lav erfaringsopsamling (kvalitativ og/eller kvantitativ) – hvad var fordele og ulemper?
- D. Brug erfaringsopsamlingen til at tilrette arbejdsgang og støtteværktøj og planlægge næste afprøvning
- E. Fortsætte serier af afprøvning, feedback og tilretning gerne i større og større skala.



Arbejder man allerede med Forbedringsmodellen, kan PDSA-cirklen anvendes som afsæt for afprøvning og tilpasning af støtteværktøj og arbejdsgang. Hvis man har udviklet en forandringsteori, eksempelvis med ViBIS' værktøj Idéværkstedet (se kapitel to: Udforske virkeligheden), kan modellen hjælpe med at fastholde formålet med prototypen.

For at komme hurtigt fra prototype til afprøvning kan man bruge disse pejlemærker:

- Brug kortest mulig tid bag skrivebordet og kom hurtigt i gang
- Tænk småt – hvad kan I gøre uden at 'bede om lov'?
- I behøver ikke være enige – prøv gerne flere ting af.

FOKUSERE PÅ PATIENTERNES FEEDBACK

Når man afprøver brugerinddragende tiltag, er patienternes input centralt. Hvis indsatsen ikke giver mening for målgruppen, giver det ikke den ønskede forbedring. Derfor skal der være fokus på at få feedback fra patienter, der kan have glæde af indsatsen. Det kan eksempelvis være patienter, der enten står foran eller har overstået den givne beslutning.

Det er vigtigt at overveje nøje, hvilken type input der er brug for, og hvordan den kan indhentes. De kvalitetskriterier, som er udviklet af ViBIS for metoderne Fælles beslutningstagning og Brugerstyret Behandling, kan bruges som pejlemærke for god kvalitet af støtteværktøjet og som inspiration til dataindsamling af afprøvningen. Kriterierne for fælles beslutningstagning kan til en vis grad overføres til indsats, hvor der anvendes dialogstøtteværktøjer. Find kvalitetskriterierne på side 95-96.

Man kan undersøge spørgsmål som:

- Opfordrer støtteværktøjet patienterne til at overveje, hvilke effekter, fordele og ulemper, der betyder mest for dem?
- Beskriver støtteværktøjet konkret, hvordan en brugerstyret opgave udføres, og hvordan eventuelt udstyr anvendes?
- Understøtter dialogstøtteværktøjet, at samtalen tager udgangspunkt i det, der er vigtigt for patienterne at få talt om?
- Er støtteværktøjet nemt at overskue, og bliver der anvendt et letforståeligt sprog?

Derudover er der nogle overvejelser af mere etisk karakter, som skal drøftes, når patienter inddrages i afprøvningen af værktøjer for at sikre, at det foregår på en tryk og forsvarlig måde. Det er vigtigt, at patienterne bliver forberedt på, hvad deres rolle i afprøvningen er, og hvad deres feedback skal bruges til. Ellers risikerer man at skabe unødigt forvirring og utryghed. Nogle patienter ønsker måske at blive præsenteret for den færdige indsats, når udviklingsarbejdet er slut. Man kan overveje, hvordan det kan lade sig gøre.

Patienternes feedback

- Hvad vil vi gerne have patienternes feedback på?
- Hvilke patienter vil vi især gerne spørge?
- Hvordan indhenter vi patienternes feedback?
- Hvordan forbedrer vi indsatsen med patienternes feedback?

KLÆDE DE SUNDHEDS-PROFESSIONELLE PÅ TIL AFPRØVNING

De sundhedsprofessionelles feedback er også essentiel i afprøvningen af den nye indsats. Det vil underbygge både relevans, kvalitet og ejerskab til det endelige produkt, og den kulturændring det ofte også er, når samarbejdet med patienter skal systematiseres.

Det er godt at have et basiskendskab til de metoder, der skal afprøves i praksis. Derfor har ViBIS lavet tre manualer, der forklarer henholdsvis metoderne Fælles Beslutningstagning, Brugerstyret Behandling og Brugerinddragende dialog. De tre manualer kan bruges til at finde ud af, hvilken type metode der er bedst til jeres situation. Manualerne kan bruges som en konkret vejledning, men også som afsæt for en diskussion om, hvordan det giver mening at arbejde med metoderne i det valgt patientforløb. Dermed skabes grundlaget for kvalificeret feedback til den videre udvikling.

Især fælles beslutningstagning kræver kompetenceudvikling for at få de grundlæggende principper ind under huden og en fornemmelse af, hvornår og hvordan beslutningsstøtteværktøjet skal indgå i dialogen med patienten.

Det kræver også et særligt mindset at have en dialog med patienterne i et forløb med brugerstyring, hvor patienter for eksempel selv har bedt om en konsultation eller har indsendt PRO-data.

Dette mindset er på samme måde nødvendigt for at kunne afholde brugerinddragende dialoger, forstået som reel tovejskommunikation, der tager udgangspunkt i det, som patienterne har brug for og overskud til at tale om det på måder, som de forstår.

Du har nu læst kapitel tre om, hvordan du i fire trin kommer fra viden om patienters perspektiv og en indledende idé om øget brugerinddragelse til en ny og velafprøvet indsats.

Du finder her de fire tilhørende værktøjer, som kan hjælpe dig i denne proces.

1. Miniguide til litteratursøgning om brugerinddragelse

Brug denne guide, når du skal finde videnskabelig litteratur om brugerinddragelse i sundhedsvæsenet.

Der findes efterhånden meget viden om brugerinddragelse, og det er altid godt at bygge videre på stærke resultater og andre gode indsatser. Derfor kan det godt betale sig at bruge lidt tid på research. Dette værktøj indeholder forslag til databaser og søgeord, der kan bruges til at finde relevant videnskabelig litteratur.

2. Manual for fælles beslutningstagning

Formålet med denne manual er at understøtte jer som sundhedsprofessionelle i at skabe den bedst mulige beslutningsproces på baggrund af et fælles vidensgrundlag og patientens præferencer. Manualen gennemgår de forskellige trin i metoden fælles beslutningstagning og kan bruges til at træne fælles beslutningstagning.

Fælles beslutningstagning handler om at træffe bedre beslutninger om den videre behandling eller pleje for den enkelte patient i tæt samarbejde mellem patienten og den sundhedsprofessionelle.

3. Manual for brugerstyret behandling

Formålet med denne manual er at understøtte jer som sundhedsprofessionelle i at skabe den bedst mulige proces omkring patientens tilvalg, oplæring og udførelse af inddragelsesmetoden brugerstyret behandling.

Brugerstyret behandling sigter mod at give patienten større indflydelse på tilrettelæggelsen af deres eget patientforløb. Øget brugerstyring understøtter patientens selvbestemmelse og mestring af livet med sygdom.

4. Manual for den brugerinddragende dialog

Formålet med denne manual er at understøtte jer som sundhedsprofessionelle i at sikre, at patienter og pårørendes perspektiv og ønsker får plads i samtaler mellem sundhedsprofessionelle og brugere i det enkelte behandlingsforløb.

En brugerinddragende dialog handler om at skabe dialog mellem den sundhedsprofessionelle og patienten eller borgeren, hvor både den sundhedsprofessionelles faglige perspektiv og det, der er vigtigt for patienten (eller borgeren) kommer i spil på en ligeværdig måde.

1 Miniguide til litteratursøgning om brugerinddragelse



Denne miniguide er til dig, der skal finde videnskabelig litteratur om brugerinddragelse i sundhedsvæsenet. Miniguiden indeholder forslag til databaser og søgeord, som man kan bruge i en bloksøgning. I en bloksøgning deler man sit emne op i blokke, som omfatter et bestemt aspekt af emnet. Hver blok indeholder søgeord, som vedrører dette aspekt, og som kan kombineres med søgeord fra de andre blokke.

Relevante databaser

Disse medicinske og sociologiske databaser kan med fordel anvendes, når man vil søge på litteratur om brugerinddragelse i sundhedsvæsenet.

- Pubmed
- EMBASE
- Cinahl
- Sociological Abstracts
- PsycInfo

Forslag til blokke og søgeord

Blok 1: Bruger	Blok 2: Inddragelse	Blok 3: Metode til inddragelse	Blok 4: Sygdomsområde eller behandling
Patient Consumer User Community Relatives Family member Informal carer Caregiver	Participation/ participate Involvement/ involved Engagement/ engaged	Shared decision making Decision aid User-led control User-led follow up Advanced care planning Direct access Research Patient and public involvement	Rheumatoid arthritis Cancer Schizophrenia Surgery Chemo therapy Cognitive Behavioral Therapy

Sådan søger du

Udvælg søgeord fra de fire blokke i forhold til dit emne.

Blok et og to målretter søgningen til brugerinddragelse (for eksempel bruger: Patient og inddragelse: participation). Hvis man nøjes med de to blokke, får man en bred søgning.

Ved at tilføje blok tre og/eller blok fire indsnævrer man søgningen til en bestemt variant af inddragelse (for eksempel metode: Shared decision making og sygdom: Rheumatoid arthritis).

Du kan afgrænse din søgning yderligere ved at sortere på studietyper, tid og sprog:

- Type af studie eller artikel – for eksempel: Reviews, Meta-Analysis, Randomized controlled trail.
- Tidsramme – for eksempel: 2015-2017.
- Sprog – for eksempel: Dansk, engelsk.

Simpel søgning

1. Åbn Google Scholar:
<http://scholar.google.dk> (søgemaskine, der fungerer som Google, men kun viser resultater fra videnskabelige tidsskrifter og lignende).
2. Skriv de valgte søgeord fra blokkene lige efter hinanden i søgefeltet.
3. Kig resultaterne igennem, og vælg eller tilføj nye ord, hvis resultaterne ikke handlede om det, du søgte efter.

Grundig søgning

1. Åbn medicinsk eller sociologisk litteraturlibrary.
2. Skriv de valgte søgeord fra blokkene, adskilt af AND eller OR alt efter, hvordan du vil afgrænse søgningen. For eksempel: Patient OR relatives AND "decision aid" AND "hip osteoarthritis" AND surgery. Husk at bruge citations-tegn omkring udtryk, der består af mere end et ord.
3. Kig resultaterne igennem og vælg eller tilføj nye søgeord, hvis resultaterne ikke handlede om det, du søgte efter.

Suppler eventuelt din søgning med:

Sneboldsøgning: Søgning ved hjælp af referencer i fundne artikler og igen i de efterfølgende referencer.

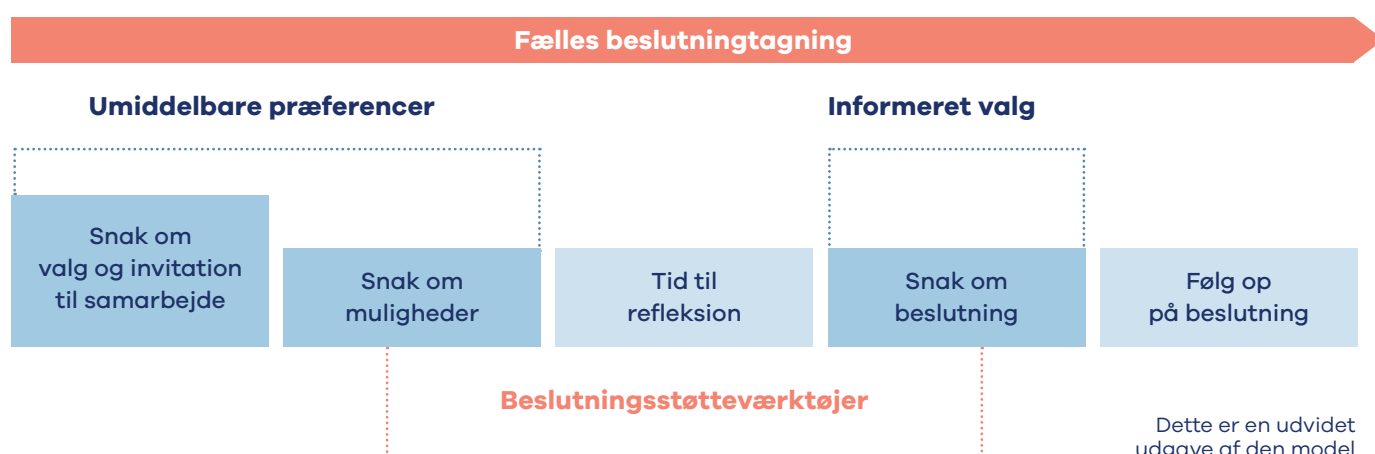
Grå litteratur: Dokumenter, som ikke er publiceret i videnskabelige tidsskrifter, for eksempel rapporter, specialer og ph.d.-afhandlinger.



2 Manual for fælles beslutningstagning

Denne manual er til dig, som skal samarbejde med patienten om fælles beslutningstagning i behandlingsforløbet. Formålet er at understøtte dig som sundhedsprofessionel i at skabe den bedst mulige beslutningsproces på baggrund af et fælles vidensgrundlag og patientens præferencer. Manualen gennemgår de forskellige trin i fælles beslutningstagning. Trinene vises i modellen nedenfor.

Beslutningsproces



Dette er en udvidet udgave af den model for fælles beslutningstagning, som er udviklet af blandt andre professor Glyn Elwyn fra The Dartmouth Institute i USA.

Snak om valg og invitation til samarbejde

'Snak om valg' handler om at gøre patienten opmærksom på, at der skal træffes en beslutning om for eksempel behandling, og at hans eller hendes perspektiv er afgørende for at nå frem til den rigtige beslutning. Det indebærer, at man:

- Opsummerer patientens problem
- Forklarer, at der findes flere muligheder for behandling eller udredning, pleje eller tilrettelæggelse af forløbet

- Gør det klart, at der skal træffes en beslutning
- Inviterer patienten til at deltage i beslutningsprocessen
- Forklarer, hvorfor patientens deltagelse er vigtig
- Understreger, at alle spørgsmål, input og overvejelser er velkomne
- Forklarer trinene i beslutningsprocessen
- Spørger, hvilken rolle patienten og pårørende ønsker at spille i beslutningsprocessen.

Hvorfor invitere til deltagelse?

- Ofte ved patienter ikke, at der kan være flere behandlingsformer at vælge mellem.
- Mange patienter er ikke klar over den usikkerhed, der kan være forbundet med resultaterne af behandlingen.
- Ofte ved patienter ikke, at deres præferencer er afgørende for at træffe det bedste valg.
- Patienter er ofte nervøse for at blive opfattet som uvidende eller besværlige og kan derfor undlade at stille spørgsmål og sige deres mening.

Hjælpesætninger

Hver beslutning er forskellig. Det kan være en god idé, at I som sundhedsprofessionelle bliver enige om nogle hjælpesætninger, der understøtter fælles beslutningstagning på netop jeres område. Det giver en fælles forståelse af beslutningsprocessen og sikrer, at patienterne får samme tilbud, uanset hvilken fagperson de møder.

Eksempler på hjælpesætninger:

- Vi skal have truffet et valg om din behandling, og der er forskellige muligheder, jeg gerne vil diskutere med dig
- Beslutningen vil påvirke dit liv. Derfor er det vigtigt, at vi sammen finder den behandling, som passer bedst til dig. Hvad siger du til det?

Snak om muligheder

Snak om muligheder handler om at gennemgå de tilgængelige muligheder med afsæt i patientens behov for viden. Det handler også om at invitere patienten til at overveje, hvilken mulighed der passer bedst til hans eller hendes hverdag, ressourcer og præferencer. Sådan kan man præsentere mulighederne:

- Forklar overordnet, hvilke muligheder der er
- Undersøg, hvad patienten ved eller forestiller sig om de forskellige muligheder

- Informer om fordele, ulemper og risici ved de tilgængelige muligheder
- Brug beslutningsstøtteværktøjer til at understøtte samtalen
- Giv ligeværdig og neutral information om alle muligheder
- Skab realistiske forventninger til eksempelvis behandlingsudfald og konsekvenser for fremtiden
- Brug absolutte tal om risiko, eksempelvis 1 ud af 100
- Opsummer muligheder og undersøg, hvad patienten har forstået
- Spørg, hvad der er vigtigt for patienten, og inviter til dialog om, hvilke overvejelser han/hun gør sig, eksempelvis bekymringer, forhåbninger og umiddelbare præferencer
- Gør det klart, at beslutningen ikke skal træffes lige nu, og bed patienten om at overveje mulighederne, eventuelt sammen med pårørende
- Aftal, hvornår beslutningen skal træffes.



5 ud af 100 prostatakræftpatienter får problemer med at holde på vandet efter behandlingen.

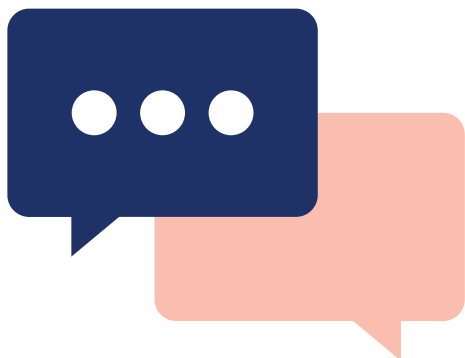


Anvendelse af beslutningsstøtteværktøjer

Beslutningsstøtteværktøjer kan udleveres på forskellige tidspunkter i beslutningsprocessen. De kan udleveres ved samtalen eller sendes til patienten inden samtalen som forberedelse.

Værktøjerne kan understøtte patientens overvejelser om et behandlingsvalg inden en egentlig beslutning.

Beslutningsstøtteværktøjer skal altid inddrages i dialogen mellem patient og sundhedsprofessionel.



Eksempler på hjælpesætninger

- Lad os bruge et par minutter til at se på de behandlingsmuligheder, der er. Så får du materiale med hjem, kan tænke over det og snakke med dine pårørende, og så træffer vi en beslutning næste gang.
- Om beslutningsstøtteværktøjer: Dette materiale kan give dig et overblik over de forskellige muligheder og være en hjælp, når du overvejer, hvad der er vigtigt for dig.
- For at være sikker på, at jeg har forklaret det godt nok, så fortæl mig, hvad du har bidt mærke i om fordele og ulemper ved de muligheder, vi taler om.
- Nu har jeg fortalt om de muligheder, der er. Har du spørgsmål eller overvejelser, du vil tale om allerede nu?

Risikokommunikation

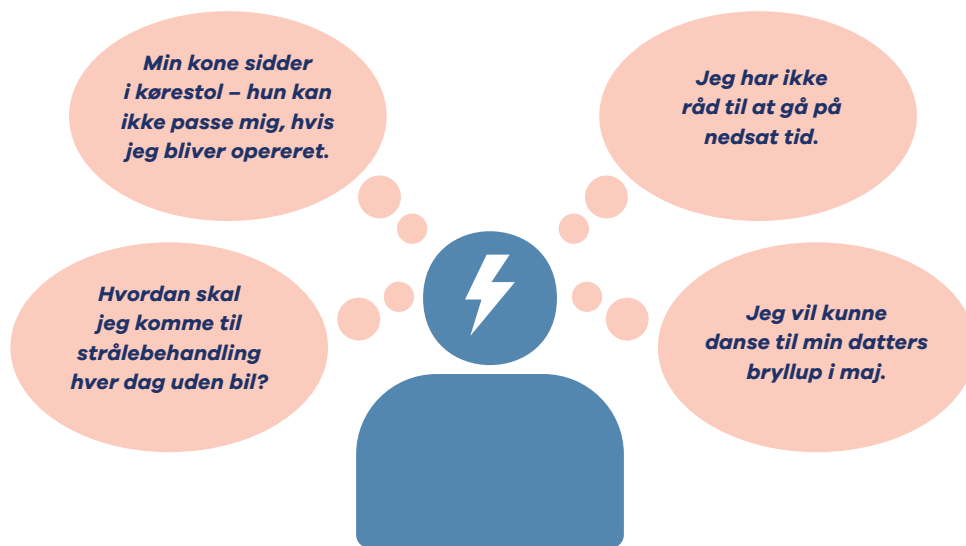
Det er vanskeligt at forklare og forstå risici. En spørgeskemaundersøgelse blandt amerikanske praktiserende læger i Boston viste, at kun 20 procent følte sig meget sikre på at kunne forklare tal og sandsynligheder for patienter.

- Undgå at bruge ord som 'mange', 'flere' eller 'sjældent', da de kan tolkes meget forskelligt.
- Undgå at bruge relative tal om risiko. Brug ikke den relative risiko. Hvor stor er risikoen egentlig, hvis den reduceres med 30 procent? Det kan være uklart for patienten. Brug i stedet absolutte tal om risiko, eksempelvis 10 ud af 100 eller 10 procent.
- Forklar, at statistikken ikke kan forudsige, hvem der kommer til at få bivirkninger eller dårlig effekt af behandlingen. Ikke alle patienter er klar over, at individuelle forhold spiller ind. Det er vigtigt at kommunikere det klart.
- Brug gerne visuelle illustrationer af risici og effekt af de forskellige behandlingsmuligheder (eksempelvis smiley-ikoner).

Tid til refleksion

Mange patienter har brug for at tænke sig om eller tale med familie og venner, før de beslutter sig. Dette trin kan være en pause mellem to konsultationer eller en konsultation med en opfølgende telefonsamtale.

Hvor langt et tidsrum, det drejer sig om, kan afhænge af, hvad der er muligt i patientforløbet, eller hvor vigtig den pågældende beslutning er i forhold til konsekvenser for funktionsniveau, hverdagsliv, usikkerhed om udfald, risici og så videre.



Snak om beslutning

I snak om beslutning kobles den faglige viden om de tilgængelige muligheder med patientens overvejelser og præferencer. Patient og den sundhedsprofessionelle bliver på den baggrund enige om en beslutning. Her kan du læse, hvordan man sammen kan nå til en beslutning:

- Opsummer mulighederne kort
- Spørg til patientens overvejelser og præferencer
- Spørg, hvad der er vigtigst for patienten
- Tal om, hvad der gør det svært at vælge
- Bed patienten om at foreslå eller foreslå selv beslutninger med afsæt i patientens præferencer
- Bliv enige om beslutningen
- Gør patienten opmærksom på, at beslutningen kan ændres, hvis det er en mulighed.

Eksempler på hjælpesætninger

- Har du haft mulighed for at kigge på de forskellige behandlingsmuligheder og tænke over dem? Har du spørgsmål, vi skal afklare?
- Der er ikke ét tilbud, som er entydigt det bedste for dig. Det bedste er det, der passer til dig og dit liv. Derfor vil jeg gerne høre, hvad der er vigtigt for dig. Er det eksempelvis vigtigt for dig at kunne komme hurtigt tilbage på arbejde, blive gravid eller undgå transporttid?
- Hvilken af mulighederne, synes du, passer bedst til dig?
- Ud fra det jeg hører dig sige, så vil jeg foreslå, at vi vælger X. Hvordan lyder det for dig?

Fælles enighed

Målet er at opnå en fælles enighed, som respekterer patientens præferencer, men ikke efterlader ham eller hende alene med ansvaret for beslutningen.

De fleste patienter vil gerne have den sundhedsprofessionelles tilkendegivelse af, at der er blevet truffet et godt valg.

Denne manual er udarbejdet med inspiration fra The MAGIC Programme: The Health Foundation, The SHARE Approach: ARQH og Six Steps of Shared Decision Making: Informed Medical Decisions Foundation.

Følg op

Dialogen afsluttes med, at den sundhedsprofessionelle opridser de næste skridt i forløbet. Det indebærer at:

- følge op på gennemførelse af beslutning: Hvad skal der konkret gøres, hvornår skal det ske, og hvem skal udføre handlingen?
- aftale eventuelt en prøveperiode med patienten (med mindre der er tale om en beslutning, der ikke kan ændres)
- evaluere patientens beslutning efter en prøveperiode eller løbende.

3 Manual for brugerstyret behandling



Denne manual er til dig, der skal indgå i et samarbejde med patienten om øget brugerstyring i behandlingsforløbet. Formålet er at understøtte dig som sundhedsprofessionel i at skabe den bedst mulige proces omkring patientens tilvalg, oplæring og udførelse af brugerstyret behandling.

Brugerstyret behandling er en samlet betegnelse for de tilbud, der sigter mod at give patienter større indflydelse på tilrettelæggelsen af deres eget patientforløb. Patienten kan for eksempel være med til at planlægge kontrolbesøg. Det kan også omfatte monitorerings-, behandlings- og plejeopgaver, som patienter selv kan og vil varetage – ofte i samarbejde med sundhedsprofessionelle. Denne manual omhandler brugerudført behandling og brugerinitieret kontakt, da de ligner hinanden i opbygning og udførelse.

- **Brugerudført behandling:**
Patienten varetager større eller mindre dele af egen behandling.
- **Brugerinitieret kontakt:**
Patienten overvåger og vurderer egne symptomer og tager kontakt til sundhedsvæsenet ved behov.

Både brugerudført behandling og brugerinitieret kontakt indebærer, at patienten overtager en opgave, som typisk ligger hos de sundhedsprofessionelle. Dette sker oftest i forbindelse med kroniske eller langvarige sygdomsforløb. Øget brugerstyring understøtter patientens selvbestemmelse og mestring af livet med sygdom.

Denne manual gennemgår nogle af de overvejelser, I skal gøre jer, når I udvikler og iværksætter brugerstyrede indsatser.

Roller og samarbejde i brugerstyret behandling

Nedenstående model giver et billede af rollefordelingen mellem patient og sundhedsprofessionel og viser, hvor og hvordan de samarbejder i et patient-

forløb med brugerstyring. Rækkefølgen af opgaverne kan være forskellig, alt efter hvad der passer bedst til den pågældende indsats og patientforløbet.

	Den sundhedsprofessionelles rolle	Samarbejde	Patientens og pårørendes rolle
Tilbud	Vurdere om brugerstyret behandling er fagligt relevant og forsvarligt for patienten.	Samtale om det brugerstyrede tilbud og aftale om oplæring og eventuel afprøvning.	Undersøge og overveje om det brugerstyrede tilbud passer med egne præferencer, ressourcer og hverdagsliv.
Oplæring	Støtteværktøjer, undervisningsmaterialer og udstyr stilles til rådighed. Vurdere om patienten er i stand til at varetage behandling og monitorering efter oplæring.	Oplære patienten i at varetage den brugerstyrede opgave. Beslutte at igangsætte brugerstyret behandling.	Opveje udbytte og indsats ved den brugerstyrede opgave. Overveje om støtteværktøjer, nye færdigheder og kontaktmuligheder giver tilstrækkelig tryghed.
Opfølgning	Stille kontaktmuligheder til rådighed for patienten og/eller pårørende. Overvåge behandlingskvalitet og/eller patientens helbredstilstand med faste intervaller.	Når patienten tager kontakt: Samtale om årsag til patientens henvendelse. Fælles aftale om relevant handling for eksempel konsultation, indlæggelse eller anden behandling. Eventuelt tjekke om patienten vil fortsætte med brugerstyret behandling.	Overvåge symptomer/varetage egen behandling helt eller delvist. Henvende sig til sundhedsvæsenet ved behov for hjælp eller efter fast aftale.

Tilbud om brugerstyret behandling

Det er en forudsætning for brugerstyret behandling, at patienten selv ønsker øget brugerstyring. En god beslutning kræver derfor, at patient og sundhedsprofessionel deler viden og drøfter præferencer og på den baggrund bliver enige om, hvorvidt brugerstyret behandling er en god idé for patienten. I nogle tilfælde kan den endelige beslutning om at sætte det brugerstyrede tilbud i gang først træffes efter oplæring og/eller afprøvning.

Dialogen om tilvalg af brugerstyring bør omfatte:

- Information til patienten om, at brugerstyret behandling er en mulighed, og at patient, pårørende og sundhedsprofessionelle sammen skal finde ud af, om det er en god idé for patienten
- Information om, hvad det brugerstyrede tilbud går ud på, og hvilken opgave patienten skal varetage. Dette omfatter fordele og ulemper ved den brugerstyrede opgave, information om oplæring, behov for udstyr i hjemmet, muligheder for støtte og hjælp

- Information om, at det brugerstyrede tilbud kan fravælges på et senere tidspunkt, hvis patienten ikke længere ønsker eller magter det
- Patientens perspektiv – livssituation, hverdag, ressourcer og præferencer samt spørgsmål, overvejelser og bekymringer i forhold til det brugerstyrede tilbud
- Fælles beslutning og/eller planlægning af næste skridt.

Erfaringer viser, at patienter ofte har brug for, at de sundhedsprofessionelle tydeligt fortæller patienten, når de vurderer, at patienten godt kan klare den brugerstyrede opgave.



Hvordan understøtter man beslutningen?

En systematisk beslutningsproces, som informerer om mulighederne og inviterer patienten til at overveje disse muligheder i forhold til egne præferencer og livssituation, giver patienten det bedst mulige grundlag at træffe sit valg på.

Omfanget af processen skal selvfølgelig være afstemt med beslutningens betydning. En tommelfingerregel er, at jo mere indgribende det brugerstyrede tilbud er, jo mere grundig bør beslutningsprocessen være.

En grundig beslutning kan eksempelvis foretages med metoden fælles beslutningstagning. Under alle omstændigheder skal der altid lægges vægt på at inddrage patientens præferencer.

Eksempler på potentielle fordele og ulemper ved brugerstyring

Fordele:

- Patienter oplever en højere grad af autonomi i patientforløbet.
- Patienten ser kun de sundhedsprofessionelle, når det er relevant.
- Patienten sparer tid og penge på transport.
- Monitorering og/eller behandling foretages på et tidspunkt, der passer patienten.

Ulemper:

- Trods grundig oplæring kan patienten føle sig utryk ved selv at skulle vurdere egne symptomer eller udføre behandlingen.
- Patienten skal have udstyr stående i sit hjem.

Oplæring i brugerstyret behandling

Brugerudført behandling og brugerinitieret kontakt betyder som regel, at patienten og eventuelt de pårørende skal udføre en opgave, som kræver nye færdigheder.

Det kan være brug af udstyr eller overvågning af egne symptomer.

Det kræver oplæring. Det er en fordel, hvis oplæringsform og undervisningsmaterialer er udviklet i samarbejde med repræsentanter for patientgruppen og afprøvet med patienter i virkelige situationer. Det målretter oplæringen til patientgruppens behov.

Oplæring i brugerstyring bør omfatte:

- Demonstration af støtteværktøjer og/eller udstyr og anvendelse af dem
- Supervision og vejledning af patienten, imens han eller hun udfører opgaven og anvender værktøjer og udstyr
- Orientering om mulige problemer i forhold til den brugerstyrede opgave – hvad skal patienten reagere på og hvordan?
- Dialog om patientens ressourcer og livssituation, og hvordan det kan påvirke patientens løsning af opgaven
- Orientering om muligheder for støtte og kontakt til sundhedsfagligt personale ved behov
- Opfordring til patienten om at stille spørgsmål, dele overvejelser og bekymringer
- Fælles planlægning og/eller beslutning om næste skridt.

Opfølgning

Når patient og eventuelt pårørende henvender sig til sundhedsvæsenet som del af en brugerstyret indsats, skal de mødes med den rigtige respons.

Henvendelser kan eksempelvis handle om, at patienten har brug for behandling, kontrol eller vejledning, har problemer med udstyr eller har spørgsmål om udførelse af den brugerstyrede opgave.

De sundhedsprofessionelle skal kende til det brugerstyrede tilbud og vide, hvad patientens opgave er. De skal også vide, hvad de kan tilbyde patienten.

Nedenstående elementer er væsentlige for at understøtte en brugerinddragende dialog, når patienten henvender sig. Afhængig af henvendelsens karakter kan dialogen foregå i en konsultation på hospitalet, over telefonen eller noget tredje, som er relevant i det pågældende patientforløb.

- Dialogen tager udgangspunkt i patientens henvendelse, og det som han eller hun finder vigtigt.

- Den sundhedsprofessionelle kan inddrage PRO-data eller anden relevant information fra patienten i sin faglige vurdering.
- Patient og sundhedsprofessionel aftaler sammen, hvad næste skridt skal være.
- Det afklares, om patienten fortsat ønsker brugerstyring, eller om der er anledning til at ændre på patientens rolle og ansvar i forløbet, eksempelvis som følge af sygdommens udvikling.

Overvågning

Det er en forudsætning for øget brugerstyring i patientforløbet, at behandlingskvaliteten forbliver god, og at patientsikkerheden bevares.

Den sundhedsfaglige opgave vil typisk også omfatte overvågning af behandlingskvaliteten og patientens helbredstilstand med faste intervaller.

4 Manual for Den Brugerinddragende Dialog



(Et dialogstøtteredskab til individuel inddragelse målrettet sundhedsprofessionelle)

Denne manual er til dig, der vil sikre, at patienter og pårørendes perspektiv og ønsker får plads i samtaler mellem sundhedsprofessionelle og brugere i det enkelte behandlingsforløb.

En brugerinddragende dialog handler om at skabe dialog mellem den sundhedsprofessionelle og patienten eller borgeren, hvor både den sundhedsprofessionelles faglige perspektiv og det, der er vigtigt for patienten (eller borgeren), kommer i spil på en ligeværdig måde.

Redskabet er målrettet den sundhedsprofessionelle, og det skal understøtte selve dialogen med patienten eller borgeren.

Den Brugerinddragende Dialog kan indeles i syv trin, der med fleksibilitet gør det muligt at tilpasse dialogen til den enkelte patient eller borger, sundhedsprofessionelle og situation:



1 Forbered samtalen



2 Sæt rammen for samtalen



3 Spørg: "Hvad er vigtigt for dig?"



4 Beskriv eventuelle muligheder



5 Invitér til spørgsmål



6 Brug dét, der bliver sagt



7 Afslut samtalen



For at man kan tale om reel brugerinddragelse, er det vigtigt, at den konkrete brugerinddragende dialog får betydning for og bliver brugt i tilrettelæggelsen af det videre forløb.



1. Forbered samtalen

Hvis samtalen med patienten eller borgeren er planlagt, er det en god idé at forberede sig. I nogle tilfælde er der dog tale om ad-hoc-samtaler, hvor der ikke er tid til forberedelse.

Forbered dig ved at overveje, hvad formålet med samtalen er. Hvad er vigtig information fra et fagligt perspektiv? Hvilken viden har patienten eller borgeren brug for, så de kan indgå ligeværdigt i samtalen? Hvilken viden har du brug for fra patienten eller borgeren?



2. Sæt rammen for samtalen

Fortæl, eksempelvis hvad der skal ske, hvor lang tid der er afsat til samtalen, og hvad patienten eller borgerens rolle er.

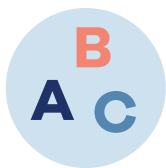
Jo tydeligere rammen er, jo bedre forudsætninger har patienten eller borgeren for at være inddraget.



3. Spørg: "Hvad er vigtigt for dig?"

Ved at spørge, hvad der er vigtigt for patienten eller borgeren, skaber du mulighed for at afdække andre forhold, end dem de sundhedsprofessionelle umiddelbart er opmærksomme på.

Du åbner for de spørgsmål og emner, der er vigtige for patienten eller borgeren og dennes situation.



4. Beskriv muligheder

Det er vigtigt at gøre opmærksom på, når der er valgmuligheder, og hvad mulighederne indeholder.

Det kan for eksempel dreje sig om muligheder i forhold til det videre forløb, for dagen, for besøget eller for samtalen.



5. Inviter til spørgsmål

For nogle patienter eller borgere er det en hjælp, hvis den sundhedsprofessionelle direkte inviterer til, at de kan stille spørgsmål. Det kan medvirke til at nedbryde en barriere hos nogle patienter og borgere, der tænker, at det er upassende eller pinligt at stille spørgsmål.



6. Brug dét, der bliver sagt

Brug det patienten eller borgeren fortæller til i fællesskab at planlægge det videre forløb, dagen eller samtalen.

Man kan først tale om reel inddragelse, når patientens eller borgerens viden, præferencer og behov er **anvendt**.



7. Afslut samtalen

Spørg eventuelt, om patienten eller borgeren har mere, de vil spørge om, om de fik svar på deres spørgsmål, og om det er tydeligt, hvad der nu skal ske. Opsummer samtalen og de konklusioner og aftaler, I har indgået.

Udviklet af ViBIS, 2017 og revideret 2022. Redskabet bygger på ViBIS' kriterier for individuel brugerinddragelse og principperne bag metoden fælles beslutningstagning. Redskabet er desuden udviklet med afsæt i ViBIS' erfaringer med udvikling og implementering af værktøjer til individuel brugerinddragelse.

1 Forberede processen



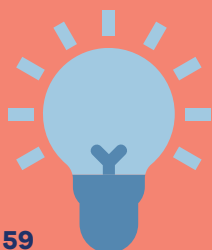
Side 9

2 Udforske virkeligheden



Side 38

3 Designe og afprøve indsatsen



Side 59

4 Vurdere kvaliteten af støtteværktøjet



5 Fastholde indsatsen i hverdagspraksis



Side 97



4 Vurdere kvaliteten af støtteværktøjet

En kvalitetsvurdering har fokus på at sikre, at støtteværktøjet er af god kvalitet og understøtter patienten i at blive inddraget i vigtige beslutninger og i tilrettelæggelsen af behandlingsforløbet på en sikker og tryk måde. Kvalitetsvurderingen indebærer, at støtteværktøjet bliver målt op mod kvalitetskriterier for brugerinddragelse, og om det understøtter reel brugerinddragelse.

I dette kapitel kan du læse, hvordan du eventuelt i samarbejde med andre, der har en særlig viden om brugerinddragelse, udfører en kvalitetsvurdering, der bidrager til, at indsatsen lever op til de kvalitetskrav, som er afgørende for reel brugerinddragelse.

Kvalitetsvurderingen har særligt fokus på de støtteværktøjer, som vejleder patienter i en beslutningsproces eller en brugerstyret opgave. Kvalitetsvurderingen kan dog også med visse justeringer foretages i forbindelse med andre brugerinddragende indsatser, hvor der er udviklet støtteværktøjer.

Værktøjerne tilknyttet dette kapitel er:

- **Et dokumentationsskema, hvor de vigtigste dele af indsatsen beskrives**
- **Feedbackskema på kvalitetsvurdering**
- **Kvalitetskriterier for beslutningsstøtteværktøjer**
- **Kvalitetskriterier for støtteværktøjer til brugerstyret behandling.**

Indledning

Når man udvikler støtteværktøjer, der skal understøtte patienter i at tage del i beslutninger eller tilrettelæggelse af deres forløb, er det vigtigt at sikre sig, at værktøjet kan netop det. En løbende afprøvning med alle relevante aktører – patienter og de forskellige sundhedsprofessionelle, der spiller en rolle i de pågældende patientforløb, giver den tilpasning af værktøjet, der er en forudsætning for, at det virker i praksis.

Men én ting er om støtteværktøjerne giver mening for sundhedsfaglige, patienter og pårørende. Næste skridt er at måle værktøjet og/eller hele indsatsen i forhold til kvalitetskriterierne, som er udviklet på baggrund af forskning og ekspertviden. Kriterierne kan bruges til at vurdere, om støtteværktøjet lever op til idealerne for brugerinddragelse.

Formålet med en kvalitetsvurdering

Formålet med en kvalitetsvurdering er at kaste et uvildigt og kompetent blik på støtteværktøjet og de rammer, hvori værktøjet bliver anvendt. Det handler om at sikre kvalitet og give forsknings og erfaringsbaserede anbefalinger til, hvordan værktøjet bedst understøtter, at brugerne får indflydelse på beslutninger og tilrettelæggelse af deres egen behandling.

En kvalitetsvurdering kan foregå på flere måder. De kvalitetskriterier, som ViBIS har udviklet, er målrettet en vurdering af støtteværktøjet. Støtteværktøjer alene skaber dog ikke

brugerinddragelse. Det er den samlede indsats og måden værktøjerne anvendes på, der er afgørende for, om brugerne rent faktisk oplever, at de bliver inddraget i et samarbejde om deres behandling.

Støtteværktøjer er altid en del af en særlig dialog og måde at organisere patientforløbet på. Derfor vil det ofte give mening at vurdere arbejdsgangen, støtteværktøjet indgår i, samt andet materiale, som indgår i indsatsen omkring en fælles beslutning eller øget brugerstyring. Planer for fastholdelse af den nye indsats – for eksempel træning af de sundhedsprofessionelle og løbende målinger af resultater – kan også indgå.

En ny indsats består af:

- Et støtteværktøj til patienter og pårørende, der understøtter fælles beslutningstagning, brugerstyret behandling eller en brugerinddragende dialog.
- En arbejdsgang, som er tilpasset patientforløbet og vilkår i organisationen.

Kvalitetskriterier

IPDAS-kriterierne er internationalt udviklede kvalitetskriterier til beslutningsstøtteværktøjer. IPDAS står for International Patient Decision Aid Standards. Med afsæt i IPDAS-

kriterierne har ViBIS udviklet kvalitetskriterier, der beskriver, hvilke indholdselementer og proceselementer der er afgørende for kvaliteten af et brugerinddragende støtteværktøj.

ViBIS' kvalitetskriterier for fælles beslutningstagning er en forkortet og oversat (men ikke valideret) version af IPDAS-kriterierne. Afgrænsningen af relevante kriterier er baseret på kriteriernes anvendelse i konkrete udviklingsprojekter i en dansk sammenhæng, som ViBIS har været involveret i. Det vil sige ViBIS' vurdering af de enkelte kriteriers relevans samt feedback fra udviklingsteams. Hensigten med udviklingen af kriterierne er at tilpasse dem til en udviklingsproces, som varetages af sundhedsprofessionelle i tværfaglige teams.

ViBIS' kriterier for støtteværktøjer til brugerstyret behandling låner fra IPDAS-kriterierne. Da metoder til øget brugerstyret behandling er forskellige fra fælles beslutningstagning, og da forskningen om brugerstyring stadig er begrænset, har erfaringer fra praksis fået lov til at fylde i udviklingen af kvalitetskriterierne. Kvalitetskriterierne gælder også for brugerudført behandling og brugerinitieret kontakt, da disse to områder har mange overlap.

Proceskriterierne for udvikling og afprøvning vil også direkte kunne anvendes på et planlægnings- eller dialogstøtteværktøj, mens vurderingen af værktøjets potentiale for reelt at inddrage patienterne i et samarbejde om deres behandling vil skulle tilpasses den konkrete indsats.

Det har været meget værdifuldt at få eksperternes konkrete forslag til forbedringer på vores støtteværktøj. Man kan være blind for de svage sider. Derfor hjælper det at få andre øjne på, hvilket kvalitetsvurderingen har bidraget til."

Udviklingssygeplejerske

Hvem skal vurdere?

Vurderingen bør foretages af en eller flere personer, som har indgående viden om brugerinddragelse og fælles beslutningstagning og/eller brugerstyret behandling. Jo større viden om og erfaring med metoderne, jo mere kvalificeret en vurdering. Personerne kan både findes internt i organisationen, eksempelvis i en kvalitetsafdeling, eller eksternt, eksempelvis i ViBIS.

Fordelen ved en intern kvalitetsvurdering er, at personen kender organisationen og ved, hvad der er muligt at gennemføre. Det giver en vurdering, hvor selve indsatsen omkring støtteværktøjet kan blive særligt kvalificeret. Fordelen ved en ekstern kvalitetsvurdering er, at man kan engagere eksperter, der har arbejdet indgående med individuelt brugerinddragende metoder. Samtidig behøver eksterne eksperter ikke tage hensyn til særlige organisatoriske

forhold. Det giver en vurdering, som er uvildig og kun har fokus på metoderne.

Den patientgruppe, som er målgruppen for værktøjet, kan bidrage med værdifulde input til kvalitetsvurderingen, der er anderledes fra eksperternes perspektiv. Det kan eksempelvis foregå gennem interviews med én eller flere patienter, der har afprøvet støtteværktøjet. Deres input – i form af noter eller udskrifter – kan føjes til det materiale, som indsendes til kvalitetsvurdering. Man kan også inkludere patienter i den ekspertgruppe, som foretager vurderingen.

Kolleger, som arbejder med inddragelse på andre afdelinger, kan også give feedback på indsatsen, der er relevant og anderledes, fra den eksperter og patienter kan bidrage med.

Vurdere kvaliteten af støtteværktøjet i 3 trin





BESKRIVELSE OG DOKUMENTATION

Første trin i kvalitetsvurderingen handler om at præsentere støtteværktøjet og udviklingsprocessen, så eksperter med viden om brugerinddragelse kan vurdere kvaliteten.

BESKRIVELSE AF MATERIALER

Det materiale, som kvalitetsvurderingen tager udgangspunkt i, er støtteværktøjet til patienten, eventuelt supplerende informationsmateriale, en beskrivelse af udviklingsprocessen og den indsats, som støtteværktøjet skal indgå i samt planer for uddannelse af kolleger i at anvende støtteværktøjet.

Drejebogen (se side 34) for udvikling af brugerinddragende indsatser kan bruges som afsæt til at dokumentere udviklingsprocessen.

VIBIS har udviklet et dokumentationsskema, der kan anvendes til at beskrive forskellige elementer i indsatsen. Se side 93.

Tilsammen giver materialet et indblik i de processer, som har skabt støtteværktøjet og de nye arbejdsgange, samt hvordan indsatsen kommer den enkelte patient til gode og forankres i det pågældende patientforløb. Alt dette er essentielt for at kunne vurdere kvaliteten af indsatsen.



VURDERING AF STØTTEVÆRKTØJ

Andet trin er selve kvalitetsvurderingen. Her undersøger eksperter, om den nye indsats lever op til kvalitetskriterierne. De giver feedback med anbefalinger til justeringer, der kan løfte kvaliteten af indsatsen med særligt fokus på brugerinddragelse.

GENNEMGANG AF MATERIALER

Kvalitetsvurderingen er en gennemgang af de materialer, der er sendt til vurdering. Der er særligt fokus på at undersøge om selve støtteværktøjet lever op til kvalitetskriterierne for den pågældende metode. Se kriterier for fælles beslutningstagning og kriterier for brugerstyret behandling på side 96. Det handler om indhold, formidling, sprog og tilgængelighed for patienterne. Er sproget uden svære fagudtryk og let at forstå? Er der anvendt grafiske elementer til at understøtte en intuitiv forståelse af budskabet? Er risiko og prognose ved de enkelte behandlingsmuligheder beskrevet i sammenlignelige størrelser? Er der klare anvisninger til, hvad patienterne skal gøre, når de eksempelvis selv skal overvåge deres symptomer? Spørgsmål som disse bliver besvaret i kvalitetsvurderingen.

Vurderingen har også fokus på, om støtteværktøjet og indsatsen understøtter, at patienterne reelt får øget indflydelse i deres eget forløb. Er der eksempelvis tale om et behandlingsvalg, hvor støtteværktøjet understøtter, at patientens perspektiv kommer i spil? Er der skabt en organisatorisk mulighed for, at patienterne har indflydelse på, hvornår de skal i kontakt med sundhedsvæsenet?

Hvis det er muligt bør kvalitetsvurderingen også give feedback på, hvordan indsatsen forankres i patientforløbet. Det kan for eksempel være planer for uddannelse af kolleger, opdatering af støtteværktøjet, ledelsesindsatser, dokumentation af anvendelse og resultater og så videre.

Kvalitetsvurderingen kan foregå under eller efter udviklingsprocessen.

Ved at lægge kvalitetsvurderingen undervejs i udviklingsprocessen sikres retning for det videre arbejde. Det er vigtigt at feedback, der skal anvendes til forbedring, formuleres konstruktivt for at anspore til fortsat udvikling. Man kan med fordel indlægge en midtvejs-evaluering allerede i afprøvningsfasen, hvor værktøjerne fra dette kapitel kan anvendes. Det vil gøre det tydeligt for udviklingsteamet, hvilke krav der er til et godt støtteværktøj og tilrettelæggelse af arbejdsgange i brugen af det.

Kvalitetsvurderingen kan også bruges efter udviklingsprocessen på egne støtteværktøjer eller nogle, andre har udviklet. I dette tilfælde kan vurderingen dokumentere, i hvilket omfang støtteværktøjet lever op til de enkelte kvalitetskriterier, og dermed om værktøjet isoleret set er af god kvalitet.

Find feedbackskema til kvalitetsvurdering side 94.

Ikke alle støtteværktøjer vil leve op til ViBIS' eller de internationale kvalitetskriterier på alle punkter. Det kan der være fagligt valide grunde til, eller afvigelsen kan skyldes, at feedback fra patientgruppen peger i en anden retning end kriterierne.



OPFØLGNING

Tredje trin i kvalitetsvurderingen har fokus på at integrere forbedringsforslag fra eksperterne i støtteværktøjet, øvrige materialer og arbejdsgange.

OPFØLGNING PÅ FEEDBACK

Hvis kvalitetsvurderingen skal anvendes til lærings og udviklingsformål, bør der følges op på den feedback, som eksperter eller kolleger har givet. Hvilke aktiviteter, der skal til for at forbedre indsatsen, afhænger af de anbefalinger og udfordringer, som kvalitetsvurderingen peger på.

Tovholderen for udviklingsprocessen skal skabe fremdriften på dette tidspunkt, hvor motivationen hos de øvrige deltagere kan falde lidt. Det handler i høj grad om at skabe en overskuelig og styret proces for eventuelle forbedringer.

Ligeledes bør ledelsen spille en tydelig rolle i forhold til at sikre, at der fortsat er fokus på og opbakningen til udviklingsarbejdet og implementeringen.

Du har nu læst kapitel fire, hvor du i tre trin har fået gennemgået processen for en grundig kvalitetsvurdering af de udviklede støtteværktøjer. Kvalitetsvurderingen skal bidrage til, at den samlede indsats faktisk forbedrer patienternes mulighed for at deltage i beslutninger om og mestring af deres egen behandling i bred forstand.

Du finder nedenfor de fire tilhørende værktøjer, som er udviklet til denne proces.

1. Dokumentationsskema til kvalitetsvurdering

Skab overblik over den brugerinddragende indsats ved at beskrive de vigtigste dele af indsatsen i dette skema.

En grundig beskrivelse af den brugerinddragende indsats fra udviklingsteamet giver den eller de personer, der skal foretage vurderingen et godt overblik over værktøjet, og hvordan det er udviklet og skal anvendes.

Sammen med støtteværktøjet er beskrivelsen en central del af det materiale, som kvalitetsvurderingen bygger på. Andet materiale kan for eksempel være informationsmateriale, undervisningsmateriale, en arbejdsgangsbeskrivelse og en projektbeskrivelse.

2. Feedbackskema til kvalitetsvurdering

Skemaet udfyldes af en person med særlig viden om brugerinddragelse. Det kan være en kollega på hospitalet eller en ekstern ekspert fra eksempelvis et universitet eller ViBIS.

Feedbackskemaet sendes tilbage med anbefalinger til forbedring eller videreudvikling til de sundhedsprofessionelle, der arbejder med støtteværktøjet.

Feedbackskemaet har til formål at skabe systematik i kvalitetsvurderingen. Det sikrer, at man får feedback på de vigtigste elementer i støtteværktøjet – indhold, sprog og opsætning for eksempel – og anbefalinger til, hvordan man kan komme videre med det.

3. Kvalitetskriterier for fælles beslutningstagning

Brug kvalitetskriterierne til at vurdere kvaliteten af beslutningsstøtteværktøjer til fælles beslutningstagning.

Kvalitetskriterierne er udarbejdet med udgangspunkt i IPDAS-kriterierne for beslutningsstøtteværktøjer og ViBIS' kriterier for god inddragelse.

Den brugerinddragende indsats kan bestå af flere materialer, som opfylder forskellige dele af kriterierne. I så fald vil det give mening at foretage en vurdering af det samlede materiale.

4. Kvalitetskriterier for støtteværktøjer til brugerstyret behandling

Brug kvalitetskriterierne til at vurdere kvaliteten af støtteværktøjer til brugerstyret behandling.

Kvalitetskriterierne er udarbejdet med udgangspunkt i IPDAS-kriterierne for beslutningsstøtteværktøjer og ViBIS' kriterier for god inddragelse.

Den brugerinddragende indsats kan bestå af flere materialer, som opfylder forskellige dele af kriterierne. I så fald vil det give mening at foretage en vurdering af det samlede materiale.

1 Dokumentationsskema til kvalitetsvurdering



I skemaet skal man beskrive de vigtigste dele af en brugerinddragende indsats. Denne beskrivelse kan indgå som materiale i en kvalitetsvurdering.

Afdeling/afsnit	
Ansvarlig	
Hvad består den nye indsats af?	
Hvilke materialer indgår i indsatsen? (Eksempelvis støtteværktøjer, informationsmateriale og undervisningsmateriale)	
Hvordan er arbejdsgangen – hvem gør hvad og hvornår?	
Hvordan giver indsatsen patienterne indflydelse på deres forløb?	
Hvordan sørger I for, at jeres kolleger trænes i at anvende støtteværktøjet?	
Hvordan har patienterne været inddraget i udviklingsprocessen?	
Hvem har ansvar for eventuel videreudvikling og opdatering af støtteværktøjet?	
Hvordan måler I resultaterne af indsatsen?	
Hvordan understøtter jeres ledelse udvikling og fastholdelse af indsatsen?	

2 Feedback på kvalitetsvurdering



Denne skabelon anvendes til feedback i forbindelse med kvalitetsvurdering af en brugerinddragende indsats.

Opsummering	
Tovholder og afdeling	
Kort beskrivelse af indsats	
Vurdering og anbefalinger til støtteværktøjer	
Materiale	Liste over hvilket materiale, der er indsendt til kvalitetssikring:
Metode	Vurdering og anbefalinger til metode (fælles beslutningstagning, brugerstyret behandling, dialogstøtte og lignende):
Indhold	Vurdering og anbefalinger til indhold:
	Vurdering og anbefalinger til opbygning, sprog og grafik:
Vurdering og anbefalinger til udviklingsproces	
Proces	Vurdering og anbefalinger til forbedring af støtteværktøjer og arbejdsgang:
Vurdering og anbefalinger til fastholdelse	
Fastholdelse	Vurdering og anbefalinger til fastholdelse af indsatsen i daglig praksis:



3 Kvalitetskriterier

– for fælles beslutningstagning

Dette skema kan bruges til at vurdere kvaliteten af beslutningsstøtteværktøjer. Det er udarbejdet med udgangspunkt i IPDAS- kriterierne for beslutningsstøtteværktøjer og ViBIS' kriterier for god inddragelse. Beslutningsstøtte til patienter kan bestå af flere materialer. I så fald vil det give mening at foretage en vurdering af det samlede materiale. Vurder nedenstående udsagn. En høj grad af enighed udtrykker høj kvalitet.

Information om valgmuligheder		Meget enig	Enig	Uenig	Meget uenig
1	Beslutningsstøtteværktøjet beskriver, hvilken beslutning der skal overvejes.				
2	Beslutningsstøtteværktøjet beskriver de tilgængelige valgmuligheder ligeværdigt.				
3	Beslutningsstøtteværktøjet giver sammenlignelig information om fordele, ulemper og risici ved de forskellige valgmuligheder.				
4	Beslutningsstøtteværktøjet giver sammenlignelig information om sandsynlige resultater af de forskellige valgmuligheder, samt hvor der er usikkerhed omkring resultater.				
Patienternes præferencer		Meget enig	Enig	Uenig	Meget uenig
5	Beskriver valgmuligheder, så patienterne kan forestille sig, hvordan det er at opleve de fysiske, psykiske og sociale effekter.				
6	Beslutningsstøtteværktøjet opfordrer patienterne til at overveje, hvilke effekter, fordele og ulemper der betyder mest for dem.				
7	Beslutningsstøtteværktøjet opfordrer patienterne til at diskutere deres præferencer med pårørende og sundhedsprofessionelle.				
Systematisk udviklingsproces		Meget enig	Enig	Uenig	Meget uenig
8	Patienternes behov for information i forhold til at diskutere valgmuligheder og træffe beslutninger er blevet afdækket.				
9	Fagpersoners vurdering af den faglig information, som skal indgå i diskussionen om valgmuligheder med patienterne, er blevet afdækket.				
10	Beslutningsstøtteværktøjet er blevet testet på patienter, som har truffet eller potentielt kunne træffe den beslutning, værktøjet omhandler.				
11	Beslutningsstøtteværktøjet er blevet testet af fagpersoner, som har erfaring med patientgruppen og så vidt muligt med den beslutning, som værktøjet omhandler.				
12	Beslutningsstøtteværktøjet er blevet afprøvet i klinisk praksis.				
Informationskilder		Meget enig	Enig	Uenig	Meget uenig
13	Informationen om valgmulighederne beror på videnskabelig evidens.				
14	Kilder til evidens er angivet, og der er noteret kilder til information ved mangel på evidens.				
Andet		Meget enig	Enig	Uenig	Meget uenig
15	Beslutningsstøtteværktøjets forfattere og deres faglige baggrund er angivet.				
16	Beslutningsstøtteværktøjet er overskueligt, og der er anvendt et letforståeligt sprog, som kan læses og forstås af lægpersoner.				
17	Dato for udgivelse og eventuelt planlagte opdateringer er angivet.				



4 Kvalitetskriterier

– for støtteværktøjer til brugerstyret behandling

Dette skema kan bruges til at vurdere kvaliteten af støtteværktøjer til brugerudført behandling og brugerinitieret kontakt, eksempelvis PRO-redskaber, selvstyringskemaer og oplæringsmanualer. Skemaet er udarbejdet med udgangspunkt i IPDAS-kriterierne for beslutningsstøtteværktøjer og ViBIS' kriterier for god inddragelse. Støtten til patienten kan bestå af flere materialer, som opfylder forskellige dele af kriterierne. I så fald vil det give mening at foretage en vurdering af det samlede materiale. Vurder nedenstående udsagn. En høj grad af enighed udtrykker høj kvalitet.

Information om den brugerstyrede opgave		Meget enig	Enig	Uenig	Meget uenig	Ikke relevant
1	Støtteværktøjet beskriver, hvordan opgaven udføres, og hvordan eventuelt udstyr anvendes.					
2	Støtteværktøjet beskriver symptomer/bivirkninger/fejl på udstyr, som patienten skal være opmærksom på.					
3	Støtteværktøjet beskriver, hvordan patienten skal handle på symptomer/bivirkninger/fejl.					
4	Støtteværktøjet beskriver muligheder for støtte/kontakt i forbindelse med opgaven.					
Systematisk udviklingsproces		Meget enig	Enig	Uenig	Meget uenig	Ikke relevant
5	Patienternes behov for information om den brugerstyrede opgave er blevet afdækket.					
6	Fagpersoners vurdering af den faglige information, støtteværktøjet bør indeholde, er blevet afdækket.					
7	Støtteværktøjet er testet sammen med de patienter, som har udført eller skal udføre opgaven.					
8	Støtteværktøjet er testet af relevante fagpersoner, som har rådgivet eller skal rådgive patienter om opgaven.					
9	Støtteværktøjet er afprøvet i praksis.					
Informationskilder		Meget enig	Enig	Uenig	Meget uenig	Ikke relevant
10	Kilder til information er angivet.					
Andet		Meget enig	Enig	Uenig	Meget uenig	Ikke relevant
11	Støtteværktøjets forfattere og deres faglige baggrund er angivet.					
12	Støtteværktøjet er overskueligt, og der er anvendt et letforståeligt sprog, som kan læses og forstås af lægpersoner.					
13	Dato for udgivelse og eventuelt planlagte opdateringer er angivet.					

1 Forberede processen



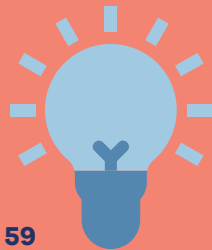
Side 9

2 Udforske virkeligheden



Side 38

3 Designe og afprøve indsatsen



Side 59

4 Vurdere kvaliteten af støtteværktøjet



Side 85

5 Fastholde indsatsen i hverdagspraksis





5 Fastholde indsatsen i hverdagspraksis

Vejledning til fastholdelse af en ny brugerinddragende indsats

En ting er at udvikle en brugerinddragende indsats i et dedikeret team. En anden er at sørge for, at den fastholdes i patientforløbet. Indsatsen er først en del af organisationens hverdagspraksis, når alle relevante kolleger bruger metoderne som en naturlig del af deres interaktion med den pågældende patientgruppe.

I dette sidste kapitel kan du læse, hvordan du understøtter, at de nye måder at samarbejde med patienterne på bliver en vane. Den gennemgår tre områder – træning af personale, måling af resultater og muligheden for tilpasning og spredning. Det er især disse tre områder, du skal have fokus på for at sikre, at indsatsen bliver en fast del af praksis.

Til kapitlet er knyttet fire værktøjer:

- **Observationsskema til fælles beslutningstagning**
- **Observationsskema til brugerstyret behandling**
- **Observationsskema til den brugerinddragende dialog**
- **Instruktion og materialer til en simulationsøvelse**

Indledning

Nedenstående citat illustrerer, at det hverken er en ukompliceret eller hurtig proces at fastholde brugerinddragelse i hverdagen. Brugerinddragelsesindsatser adskiller sig ikke fra andre projekter, hvor man til stadighed erfarer, at overgangen til hverdagens praksis er både det vigtigste og det sværeste i en udviklingsproces.

For at en ny brugerinddragende indsats skal forblive levedygtig skal den fastholdes i organisationens hverdagspraksis. Det sker, når alle relevante kolleger bruger metoderne som en naturlig del af deres interaktion med den pågældende patientgruppe. Den nye måde at samarbejde og kommunikere med patienterne på i deres behandlingsforløb skal blive en vane. Hvis kollegerne har været inddraget undervejs i udviklingen af indsatsen, er implementeringen allerede godt i gang. Sådan er det desværre ikke altid. Uanset hvad så kræver det en vedholdende indsats fra ledelse og de personer, som har ansvaret for indsatsen, at den ikke bliver nedprioriteret eller glemt i en travl hverdag med alle dens udfordringer.

Patientens stemme har stadig en vigtig rolle. Patienternes fortællinger om deres

oplevelser med brugerinddragelse kan være med til at fastholde de sundhedsprofessionelles motivation og interesse for at arbejde systematisk med at give patienterne indflydelse på deres forløb. Videoklip, podcast og citater fra patient-interviews kan bruges som virkemidler i den fortsatte kommunikation om, hvorfor inddragelse er værd at arbejde med.

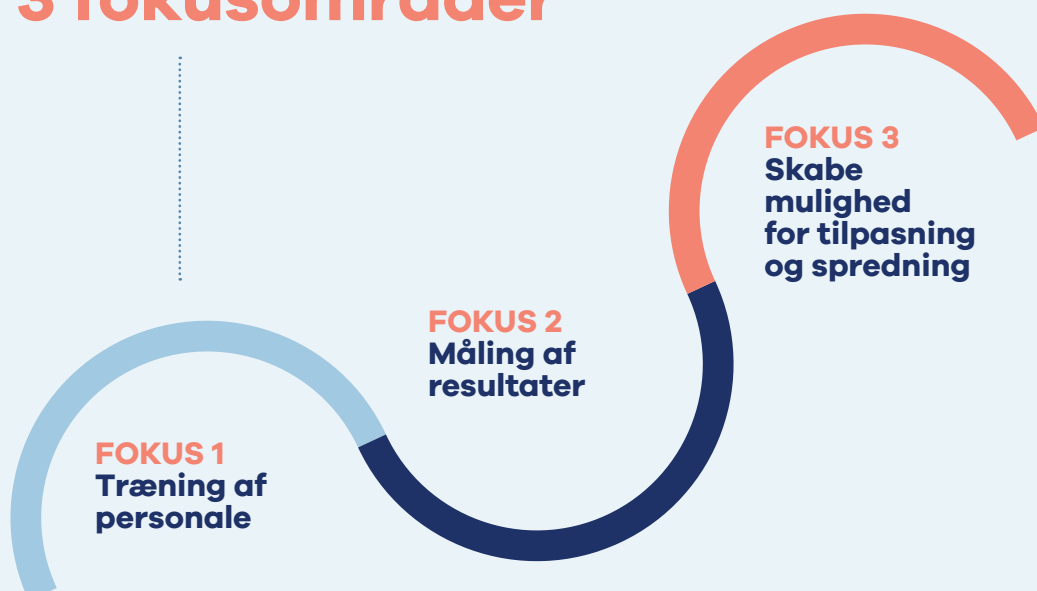
Ledelse på alle niveauer i organisationen spiller en særlig rolle, når fælles beslutningstagning og brugerstyret

behandling skal fastholdes i hverdagspraksis. Det er vigtigt, at ledelsen forsat tydeliggør, at den nye indsats er prioriteret – både strategisk og i praksis, og at inddragelse bliver anerkendt som en opgave på lige fod med andre opgaver. Med andre ord er det ikke noget, man kan vælge fra, fordi andre opgaver kommer til. Der er især tre fokusområder, som kan bidrage til, at den brugerinddragende indsats fastholdes i hverdagspraksis. De bliver præsenteret i det følgende afsnit.

Man kæmper mod vanens magt – når der er pres på, er det tit nemmere at gøre som man plejer, også selv om man ved, at der er andet, som virker bedre. For os er udfordringen nu at holde fast i at inddrage patienterne og fortsat tage dem med i beslutningsprocessen. Jeg er helt sikker på, det er givet godt ud i længden.

Tovholder

Fastholde i hverdagspraksis 3 fokusområder





TRÆNING AF PERSONALE

Systematisk brugerinddragelse kræver øvelse. For at fremme brugerinddragelse i praksis er det væsentligt, at alle sundhedsprofessionelle, der skal arbejde med den udviklede indsats, får træning i brugen af støtteværktøjer og patientinddragende samtaler.

KOMPETENCEUDVIKLING

Forhåbentlig har kompetenceudvikling været en del af udviklingsprocessen. Hvis det ikke er tilfældet, er det vigtigt at sørge for, at alle får de nødvendige kompetencer til at inddrage patienterne på den måde, indsatsen kræver. Samtidig er det vigtigt, at nyansatte får viden om, hvordan der arbejdes med fælles beslutningstagning eller brugerstyret behandling samt får træning i brug af værktøjerne. Det kan også være en fordel at undervise studerende heri, da personalet så vil opleve en efterspørgsel fra de studerende. Alle disse tiltag bidrager til at fastholde den brugerinddragende indsats i en travl hverdag.

Alle individuelle brugerinddragelsesmetoder kræver, at man som sundhedsprofessionel inddrager patientens perspektiv. Det vil sige, at man lytter, spørger og udforsker samt forholder det til den faglige viden, man har som sundhedsprofessionel. Kommunikations-træning med fokus på brugerinddragelse bør derfor være en central del af træningen.

Ved at se og diskutere eksempler på gode og dårlige patientsamtaler tæt på egen praksis får deltagerne en detaljeret indsigt i, hvordan brugerinddragelse udspiller sig i praksis. Træning i brugerinddragende kommunikation bør også omfatte mulighed for at øve sig og vurdere sin egen kommunikation, gerne sammen med kolleger. Det kan træne én i at mindske den kløft, der kan være mellem det, man tror, man gør, og det, man faktisk gør i samtalen.

Supervision kan derfor være en nyttig del af træningen af metoderne. Her bliver patientsamtalen vurderet af en kollega, der har erfaring med den pågældende metode i praksis. Patienten, som har deltaget i samtalen, kan eventuelt også være med til at vurdere, om dialogen var inddragende. ViBIS har udviklet observationskemaer, som kan bruges til at vurdere samtalen med henblik på at træne fælles beslutningstagning, brugerstyret behandling og den brugerinddragende dialog. Find observationskemaerne side 105, 107 og 111.

Der er gode erfaringer med træning af sundhedsprofessionelle i fælles beslutningstagning. De erfaringer er dokumenteret i international forskningslitteratur. De mest udbredte træningsformer er en kombination af caseanalyse og simulationstræning. En caseanalyse kan foregå ved, at der vises en udvalgt patientsamtale på video, de sundhedsprofessionelle efterfølgende analyserer med afsæt i modellen for fælles beslutningstagning.

Simulationstræningen består af en øvelse, der omhandler en samtale med udgangspunkt i et beslutningsstøtteværktøj og en casebeskrivelse. Der er typisk tre roller i øvelsen – sundhedsprofessionel, patient og observatør. Hver rolle har særlige opgaver, og efter samtalen bidrager deltagerne med deres oplevelser og observationer i fælles vurdering af, om samtalen lykkedes med fælles beslutningstagning. Find simulationsøvelsen til fælles beslutningstagning side 113.

Indsatser med brugerstyret behandling er så forskellige, at det kan være sværere at generalisere træningsbehovet til ud over det, der handler om patientinddragende kommunikation. I modsætning til fælles beslutningstagning findes der ikke materiale eller anvisninger, der kan guide træningsopgaven. Her kræver det en vurdering af det enkelte tiltag for at finde ud af, hvilke særlige kompetencer de sundhedsprofessionelle skal styrkes i for at understøtte patienten i den brugerstyrede opgave, og hvordan de kan trænes. Det kan eksempelvis handle om, hvordan man kan inddrage patienternes perspektiv i oplæring til brugerstyring, hvordan man kan inddrage PRO-data i samtalen, eller hvilken dialog man skal have med patienterne, når de selv henvender sig på hospitalet

med behov for behandling eller sundhedsfaglig rådgivning. Når det står klart, hvad træningen skal fokusere på, kan simulationsøvelser også være en relevant metode.

Træning i brug af den brugerinddragende dialog og tilvalgsdelen af brugerstyret behandling vil kunne foregå efter inspiration fra simulationsøvelsen med brug af den pågældende metodes observationssskema samt udarbejdelse af relevant case og manuskripter.

Ved at træne brugerinddragelse generelt og metoderne specifikt forbedrer man forudsætningerne for, at de pågældende metoder bliver en integreret del af hverdagspraksis.

Eksempel på træningsforløb

1. Kort introduktion til metoder og teori (herunder manualer og observationsguides til fælles beslutningstagning og brugerstyret behandling samt patientinddragende kommunikation)
2. Vurdering af fiktiv eller virkelig patientsamtale på video
3. Præsentation af det støtteværktøj, der skal bruges i egen praksis og den samtale, hvor det indgår
4. Simulere/træne patientsamtaler med støtteværktøjet
5. Kollegial sparring på brug af støtteværktøjet i klinisk praksis.



MÅLING AF RESULTATER

Det er vigtigt for fastholdelse af den nye praksis og for motivationen til at fortsætte, at der følges op på de mål, som blev sat i starten af udviklingsprocessen.

EVALUERING

En evaluering kan vise, om målene er nået, og hvilke resultater man har opnået med den nye indsats. Det kan være, at der skal følges op på før-målinger. En anden mulighed er systematiske målinger af tidstro data (inklusiv PRO-data), som løbende følger en udvikling i praksis.

Tidstro data har potentiale til at motivere og drive en forandringsproces, fordi de måler på praksis, imens den udføres, og eventuelle udsving – både de gode og mindre gode – kan undersøges med det samme.

Uanset tilgang kan måling af resultater vise, om der er behov for at videre-

udvikle den brugerinddragende indsats, således at den bedre målrettes patienternes behov.

Hvis I brugte Modenhedsværktøjet (se side 23), da I gik i gang med at forberede indsatsen, kan I overveje at genbesøge øvelsen her. Modenhedsværktøjet er ikke et evalueringsværktøj, men øvelsen kan være en hjælp til at reflektere over, om I har rykket jer inden for nogle af dimensionerne, siden I diskuterede dem sidst.

Find guide til måling af individuel brugerinddragelse og guide til måling af organisatorisk brugerinddragelse på **VIBIS.dk**

Erfaringer fra blandt andet Mave-tarmkirurgisk Afdeling på Aarhus Universitetshospital viser, at det kan være en afgørende drivkraft for implementeringen af en indsats med brugerstyring, når det lykkes at finde frem til enkle og præcise mål for indsatsen.

Afdelingen brugte tidligt i processen et spørgeskema til at måle patienternes aktiveringsgrad (PAM: Patient Activation Measure) og kunne løbende følge udviklingen ved at gentage spørgeskemaundersøgelsen.



SKABE MULIGHED FOR TILPASNING OG SPREDNING

Fastholdelse handler også om fortsat at være opmærksom på, om indsatsen kan forbedres, og hvordan metoderne kan bruges på andre områder i organisationen.

BEHOV FOR TILPASNING

Som tiden går, kan der opstå et behov for tilpasning til nye krav og organisationsændringer. Ligesom i udviklingen af indsatsen er det afgørende, at alle berørte medarbejdere får mulighed for at bidrage til den løbende tilpasning, samtidig med at de overordnede principper og metoder bevares. Det handler om at skabe mest muligt ejerskab og mening for den enkelte, og det er med til at fastholde de nye indsatser

Gode resultater kan præsenteres for kolleger og ledere i andre dele af organisationen og dermed motivere til, at metoderne bliver en del af praksis i flere patientforløb. Det er i den sammenhæng oplagt, at patientrepræsentanter fra udviklingsteamet er med til at fremlægge det, der er opnået. Det giver god mening at overføre idéer og genbruge værktøjer, således at flest muligt drager fordel af den læring og kompetenceudvikling, som er en integreret del af en udviklingsproces.

Det vedvarende arbejde med brugerinddragelse vil bidrage til den kulturændring, som er en forudsætning for at inddragelse bliver en integreret del af praksis i hele organisationen.

Du har nu læst sidste kapitel om, hvordan du udvikler indsatser og værktøjer til brugerinddragelse. I kapitlet er du blevet klogere på hvorfor systematisk brugerinddragelse kræver øvelse, og hvorfor de involverede sundhedsprofessionelle kan have gavn af træning i

brugen af støtteværktøjer og patientinddragende samtaler.

Du har fået viden om, at måling af resultater er vigtigt for fastholdelsen, fordi det skaber motivation at følge op på de mål, som blev sat i starten af udviklingsprocessen – særligt at høre, hvad patienterne får ud af det.

Og du ved nu, at fokus på tilpasning er afgørende, fordi man fortsat skal være opmærksom på, hvordan indsatsen kan forbedres. Afslutningsvis skal man undersøge, hvordan indsatsen og metoderne kan spredes til andre steder i organisationen.

Til at hjælpe dig i den proces er der udviklet fire værktøjer:

1. Observationsskema til fælles beslutningstagning

Brug observationsguiden til at træne fælles beslutningstagning i rigtige samtaler med patienter eller i simulerede situationer, hvor kolleger indtager patientrollen.

Ved at have en observatør med, der bruger skemaerne i observationsguiden til at vurdere samtalen, kan man få feedback på sin rolle og tilgang til dialogen med patienten.

Værktøjet indeholder et observationsskema, der omfatter alle dele af fælles beslutningstagning (snak om valg, muligheder og beslutning). Det indeholder også et observationsskema, der fokuserer på den sundhedsprofessionelles kommunikationsfærdigheder.

2. Observationsskema til brugerstyret behandling

Brug observationsguiden til at træne brugerstyret behandling i rigtige samtaler med patienter eller i simulerede situationer, hvor kolleger indtager patientrollen.

Ved at have en observatør med, der bruger skemaerne i observationsguiden til at vurdere samtalen, kan man få feedback på sin rolle og tilgang til dialogen med patienten.

Observationsskemaerne giver mulighed for at fokusere på de forskellige elementer af samtalen (kommunikationsfærdigheder, tilvalg, oplæring og opfølgning). Vær opmærksom på, at flere elementer kan være til stede i samme samtale. For hver brugerstyret indsats bør det vurderes, hvad der er relevant at observere på og hvornår.

Observation af den sundhedsprofessionelles kommunikationsfærdigheder er relevant i alle typer af samtaler.

3. Observationsskema til den brugerinddragende dialog

Brug observationsguiden til at træne brugerinddragende dialog i rigtige samtaler med patienter eller i simulerede situationer hvor kolleger indtager patientrollen.

Ved at have en observatør med, som bruger skemaerne til at vurdere samtalen, kan man få feedback på sin rolle og tilgang til dialogen med patienten.

Observationsskemaerne giver mulighed for at fokusere på de forskellige elementer af samtalen. Vær opmærksom på, at flere elementer kan være til stede i samme samtale.

4. Instruktion og materialer til en simulationsøvelse

Brug denne simulationsøvelse til at træne sundhedsprofessionelle i at anvende inddragelsesmetoden fælles beslutningstagning. Øvelsen er udviklet med udgangspunkt i fælles beslutningstagning, men den kan tilpasses og bruges som træning i andre inddragelsesmetoder.

Deltagerne i øvelsen indtager forskellige roller i samtalen – sundhedsprofessionel, patient og observatør – for at få forskellige erfaringer med, hvad beslutningsprocessen kræver. Sammen øver de en samtale, hvor patienten skal træffe en beslutning om behandling i samarbejde med den sundhedsprofessionelle.

Til øvelsen hører en case om intravenøs behandling efter udskrivelse. Casen består af et støtteværktøj, manuskript til patienten og den sundhedsprofessionelle og en kort instruktion til observatøren. Manuskripterne beskriver samtaleformål og det perspektiv, patienten og den sundhedsprofessionelle møder hinanden med. I kan også udvikle jeres egen case, der omhandler en helt anden beslutning.

Aktiviteter, som kan fremme fastholdelse af individuel brugerinddragelse

- Skabe opmærksomhed om den nye indsats og målet med den
- Lytte til kritik og bruge den aktivt til fortsat at forbedre indsatsen – med ledelsens opbakning
- Måle resultater af den nye indsats
- Bruge patientfortællinger om deres udbytte af indsatserne til at fastholde motivation hos kolleger
- Tydeliggøre ledelsens fortsatte opbakning til brugerinddragende indsatser
- Invitere patientrepræsentanter til at deltage i formidling til kolleger
- Drage fordel af erfaring og kompetencer til at arbejde videre med metoderne i andre patientforløb.



1 Observationskema

– til fælles beslutningstagning

Observationsguiden herunder er til dig, der gerne vil træne fælles beslutningstagning i rigtige samtaler med patienter eller i simulerede situationer, hvor kolleger indtager patientrollen. Ved at have en observatør med, som bruger skemaerne til at vurdere samtalen, kan I få og give feedback på jeres rolle og tilgang til dialogen med patienten.

Observationskemaet til samtaler om beslutning omfatter alle dele af fælles beslutningstagning (snak om valg, muligheder og beslutning). Hvis jeres beslutningsproces er delt i flere samtaler, kan skemaet deles op derefter. Observation af den sundhedsprofessionelles kommunikationsfærdigheder er relevante i alle typer af samtaler.

Observation af samtalen

Den sundhedsprofessionelle ...		Kommentar eller score 0-1-2 (x)
1	forklarer patienten og eventuelt pårørende, at der skal træffes en beslutning og inviterer patienten til at træffe beslutning i fællesskab.	
2	introducerer valgmulighederne og gør eventuelt opmærksom på, at det kan være en mulighed ikke at gøre noget.	
3	forklarer patienten om fordele og ulemper ved valgmulighederne.	
4	informerer patienten om, at beslutningen kan træffes senere, hvis det er muligt, og hvis patienten har behov for at overveje muligheder og tale med pårørende om dem.	
5	understøtter dialogen om mulighederne med beslutningsstøtteværktøjer.	
6	sikrer sig, at patienten har forstået informationen – opfordrer eventuelt patienten til at genfortælle med sine egne ord.	
7	efterspørger og udforsker patienternes præferencer for de muligheder, der kan vælges og stiller sin faglige viden til rådighed.	
8	opsummerer samtalen, herunder foretrukken valgmulighed, og spørger ind til brugerens beslutningsparathed.	
9	afklarer endelig beslutning og tjekker at beslutningen er i overensstemmelse med patientens præferencer.	

Scoring: 0 = slet ikke 1 = delvis 2= I høj grad X= ikke relevant



Observation af kommunikationsfærdigheder

Den sundhedsprofessionelle ...		Kommentar eller score 0-1-2 (x)
1	opmuntrer patienten til at deltage aktivt i samtalen.	
2	lytter opmærksomt uden at afbryde.	
3	viser passende adfærd – øjenkontakt, ansigtsudtryk, placering, kropsholdning og stemmeføring.	
4	viser empati – anerkendelse og forståelse for patientens synspunkter og følelser.	
5	accepterer patientens synspunkter og følelser uden at dømme.	
Scoring: 0 = slet ikke 1 = delvis 2 = I høj grad X = ikke relevant		

Observationsguiden er udviklet med afsæt i Option 12, Option 5 og dansk oversættelse af Calgary-Cambridge guide to the medical interview.



2 Observationskema

– til brugerstyret behandling

Observationsguiden herunder er til dig, der gerne vil træne brugerstyret behandling i rigtige samtaler med patienter eller i simulerede situationer, hvor kolleger indtager patientrollen. Ved at have en observatør med, som bruger skemaerne til at vurdere samtalen, kan man få feedback på sin rolle og tilgang til dialogen med patienten.

Observationskemaerne giver mulighed for at fokusere på de forskellige elementer af samtalen (kommunikationsfærdigheder, tilvalg, oplæring og opfølgning). Vær opmærksom på, at flere elementer kan være til stede i samme samtale.

For hver brugerstyret indsats er det en god idé at beslutte, hvad I synes er relevant at observere på og hvornår. Observation af den sundhedsprofessionelles kommunikationsfærdigheder er relevant i alle typer af samtaler.

Observation af kommunikationsfærdigheder

Den sundhedsprofessionelle ...		Kommentar eller score 0-1-2 (x)
1	opmuntrer patienten til at deltage aktivt i samtalen.	
2	lytter opmærksomt uden at afbryde.	
3	viser passende adfærd – øjenkontakt, ansigtsudtryk, placering, kropsholdning og stemmeføring.	
4	viser empati – anerkendelse og forståelse for patientens synspunkter og følelser.	
5	accepterer patientens synspunkter og følelser uden at dømme.	

Scoring: 0 = slet ikke 1 = delvis 2= I høj grad X= ikke relevant



Observation af tilbud om brugerstyret behandling

I samtalen forekommer disse elementer:	Kommentar eller score 0-1-2 (x)
<p>1 Orientering om, at brugerstyret behandling tilbydes som en mulighed i patientforløbet.</p>	
<p>2 Forklaring af det brugerstyrede tilbud og de faglige begrundelser for det, samt fordele og ulemper for patienten.</p>	
<p>3 Forklaring af de kompetencer tilbuddet kræver af patienten og eventuelt pårørende.</p>	
<p>4 Forklaring af, hvordan sundhedsvæsenet støtter patienten (eksempelvis kontakt og hjælp).</p>	
<p>5 Orientering om, at det er et tilbud, som kan vælges fra, hvis patienten på et tidspunkt ikke længere ønsker eller magter det.</p>	
<p>6 Orientering om, at brugerstyret behandling er et samarbejde mellem patient og sundhedsvæsen, hvor man kan få hjælp, hvis man har behov for det.</p>	
<p>7 Dialog om patientens overvejelser om tilbuddet, og hvordan det kan passe ind i patientens hverdagsliv.</p>	
<p>8 Dialog om patientens præferencer for oplæring.</p>	
<p>9 Beslutning og fælles planlægning af næste skridt.</p>	
<p>Scoring: 0 = slet ikke 1 = delvis 2= I høj grad X= ikke relevant</p>	



Observation af oplæring i brugerstyret behandling

Oplæring omfatter følgende elementer:	Kommentar eller score 0-1-2 (x)
<p>1 Opgaven forklares grundigt og støtteværktøjer og/eller udstyr demonstreres.</p>	
<p>2 Patienten vejledes i opgaven og afprøver værktøjer og udstyr under observation, indtil patienten er tryk ved selv at udføre opgaven.</p>	
<p>3 Efter oplæringen vurderer patient og sundhedsprofessionel sammen, om de nødvendige færdigheder og ressourcer er til stede hos patienten.</p>	
<p>4 Den sundhedsprofessionelle informerer om mulige udfordringer med den bruger-udførte opgave samt løsninger på det.</p>	
<p>5 Løbende dialog om patientens spørgsmål, overvejelser og bekymringer.</p>	
<p>6 Fælles planlægning af næste skridt i fælleskab.</p>	

Scoring: 0 = slet ikke 1 = delvis 2= I høj grad X= ikke relevant



Observation af opfølgning

Samtalen omfatter følgende elementer:		Kommentar eller score 0-1-2 (x)
1	Den sundhedsprofessionelle har indhentet viden om baggrunden for patientens fremmøde.	
2	Den sundhedsprofessionelle spørger til årsagen bag henvendelsen, samt patientens ønsker og behov for konsultationen.	
3	Selvstyringsskema/spørgeskema/PRO-redskab inddrages i dialogen.	
4	Den sundhedsprofessionelle deler sin faglige vurdering af behandlingsbehov og behandlingsmuligheder.	
5	Fælles dialog om behandlingsplan.	
6	Afklaring af om patienten ønsker at fortsætte med brugerstyret behandling, herunder patientens overvejelser og bekymringer.	
7	Fælles planlægning af næste skridt.	

Scoring: 0 = slet ikke 1 = delvis 2= I høj grad X= ikke relevant

*Den samlede score for observationerne viser i hvor høj grad den pågældende samtale lever op til idealer for brugerinddragelse. Den samlede score for observation af kommunikation indikerer, i hvor høj grad den sundhedsprofessionelles **adfærd** understøtter brugerinddragelse. Punkter, der vurderes som ikke-relevante, medtages ikke.*

Observationsguiden er udviklet med afsæt i erfaringer fra Det brugerinddragende hospital, ViBIS' observationsguide for fælles beslutningstagning, samt dansk oversættelse af Calgary-Cambridge guide to the medical interview.



3 Observationsguide

Den brugerinddragende dialog

Observationsguiden herunder er til dig, der gerne vil træne brugerinddragende dialog i rigtige samtaler med patienter eller i simulerede situationer, hvor kolleger indtager patientrollen. Ved at have en observatør med, som bruger skemaerne til at vurdere samtalen, kan man få feedback på sin rolle og tilgang til dialogen med patienten.

Observationsskemaerne giver mulighed for at fokusere på de forskellige elementer af samtalen. Vær opmærksom på, at flere elementer kan være til stede i samme samtale.

Observatører er fluen på væggen i en samtale og tager udelukkende noter undervejs. Tænk over, hvordan observatørens feedback bliver konstruktiv og ikke-dømmende. Eksempelvis: "Jeg bemærkede, at... så ud som om".

Observation	Uddybet forklaring for eksempel:	Ja	Nej	Ikke relevant	Noter
1 Var den sundhedsprofessionelle forberedt til samtalen?	<ul style="list-style-type: none"> • Var formålet med samtalen tydeligt? • Havde den sundhedsprofessionelle sat sig ind i samtaleformål, tidligere notater i journalen, prøvesvar mm 				
2 Satte den sundhedsprofessionelle rammen for samtalen?	<ul style="list-style-type: none"> • Præsenterede deltagere • Fortalte om baggrund og formål med mødet • Fortalte hvad der skulle ske på mødet • Forventet tidsforbrug for samtalen • Inviterede til samarbejde 				
3 Spurgte den sundhedsprofessionelle ind til, hvad der er vigtigt for patienten/borgeren?	<ul style="list-style-type: none"> • Opmuntrede patienten/borgeren til at deltage aktivt i samtalen • Spurgte ind til viden, behov, ønsker og præferencer. 				
4 Beskrev den sundhedsprofessionelle de muligheder for valg , som patienten/borgeren har?	<ul style="list-style-type: none"> • Gjorde opmærksom på valgmuligheder. • Gjorde opmærksom på, at der skal træffes et valg. 				



Observation	Uddybet forklaring f.eks.:	Ja	Nej	Ikke relevant	Noter
<p>5 Inviterede den sundhedsprofessionelle patienten/borgeren til at stille spørgsmål?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Opfordrede til spørgsmål. • Gav plads til spørgsmål. • Lyttede opmærksomt uden at afbryde 				
<p>6 Anvendte den sundhedsprofessionelle borgerens udtrykte behov, ønsker og præferencer i planlægning af forløbet?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kom med forslag til en plan med udgangspunkt i borgerens behov, ønsker og præferencer • Accepterede på en ikke-dømmende måde borgerens synspunkter og følelser 				
<p>7 Afsluttede den sundhedsprofessionelle samtalen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Opsummerede de aftaler og den plan der er blevet lagt? • Har du mere, du vil spørge om? • Fik du svar på de spørgsmål, du havde? 				
<p>8 Viste den sundhedsprofessionelle passende non-verbal adfærd?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Øjenkontakt, ansigtsudtryk, placering, kropsholdning og stemmeføring 				

Observationsguiden er udviklet med afsæt i erfaringer fra projektet "Det brugerinddragende hospital", ViBIS' observationsguide for fælles beslutningstagning, samt dansk oversættelse af Calgary-Cambridge guide to the medical interview



4 Simulationsøvelse

– til fælles beslutningstagning

Simulationsøvelse i fælles beslutningstagning anvendes til at træne sundhedsprofessionelle i at bruge i metoden. Øvelsen tager som regel udgangspunkt i en case, hvor der anvendes et beslutningsstøtteværktøj, der passer til casen. Deltagerne indtager forskellige roller i samtalen – sundhedsprofessionel, patient og observatør – for at få forskellige erfaringer med, hvad beslutningsprocessen kræver. Øvelsen kræver forberedelse og god tid til gennemførelse. Nedenfor finder du manuskripter til en case om intravenøs behandling efter udskrivning, feedbackskemaer til alle tre roller og et beslutningsstøtteværktøj, som kan bruges i øvelsen. I kan også udvikle jeres egen case, der handler om en helt anden beslutning.

Forberede simulationstræningen

Start med at vælge det beslutningsstøtteværktøj, som øvelsen skal handle om. I kan bruge beslutningsstøtteværktøjet, som er inkluderet her. Det kan også være et beslutningsstøtteværktøj, I selv har udviklet, eller et beslutningsstøtteværktøj, som er udviklet på et andet område, men som kan tjene som eksempel.

Til øvelsen skal der ud over beslutningsstøtteværktøjet bruges en case. Casen består af et manuskript til patienten og den sundhedsprofessionelle og en kort instruktion til observatøren. Manuskripterne beskriver samtaleformål og det perspektiv (baggrund, viden, forventninger med videre), som patienten og den sundhedsprofessionelle møder hinanden med. Casen skal være klar, inden selve træningen går i gang.

For at gøre samtalen om beslutningen mere interessant, kan I inddrage kendte dilemmaer fra praksis i manuskripterne.

Gennemføre simulationstræningen

Inddel deltagerne i grupper af tre til fire personer. Der skal i hver gruppe udnævnes én patient, én sundhedsfaglig og én til to observatører. Hver deltager får det relevante manuskript eller instruktion, som de ikke viser de andre i gruppen. Hver deltager får også et feedbackskema, der passer til deres rolle. Man kan følge disse trin:

1. Afsæt 5-10 minutter til, at alle deltagerne læser op på manuskripterne og beslutningsstøtteværktøjet. Observatøren orienterer sig i instruktionen.
2. Afsæt 10-15 minutter til at gennemføre Fælles beslutningstagning med beslutningsstøtteværktøjet
3. Afsæt 5 minutter til at udfylde feedback-skemaer
4. Afsæt 10-15 minutter til fremlæggelse og diskussion af feedback fra gruppe-medlemmerne
5. Opsamling i plenum
6. Nye runder, hvor deltagerne bytter roller. Herefter kan man eventuelt gennemspille (en måske lidt kortere) runde to og/eller tre, hvor der byttes roller.

Den sundhedsprofessionelles manuskript



Din opgave er at afholde en fælles beslutningssamtale med en patient, der skal udskrives til langvarig intravenøs behandling med antibiotika i eget hjem.

Baggrund

Patienten er en mand i begyndelsen af 60'erne. Han er advokat.

Manden har været indlagt i fire uger med en alvorlig infektion i rygsøjlen: spondylodiscitis.

Infektionstillene er faldende, og manden kan udskrives til eget hjem, men har fortsat behov for intravenøs behandling med antibiotika fire gange dagligt i cirka fire uger.

Du har læst, at han virkelig glæder sig til at komme hjem. Du ved, at manden bor i eget hus sammen med sin raske ægtefælle.

Beslutningen

Afdelingslægen har ved seneste stuegang kort introduceret patienten for de tre forskellige muligheder for, hvordan antibiotika kan administreres efter udskrivelsen og givet patienten informationsmaterialet.

Hvis patienten selv ønsker at administrere den intravenøse behandling, skal han først igennem et oplæringsforløb. Oplæringen kan starte med det samme, men hvis patienten skal bruge lang

tid på at lære og blive tryk ved proceduren, kan det forsinke udskrivelsen med én til to dage. Vælger han selv at administrere den intravenøse behandling, skal der være en anden voksen til stede, når han tager medicinen. Hans kone kan også blive oplært til at stå for behandlingen, hvis parret mener, at det er den bedste løsning for dem.

I hjemkommunen er der maksimalt mulighed for, at hjemmesygeplejersken kommer ud i hjemmet og administrerer IV-medicinen 2-3 gange dagligt, men sundhedscenteret har åbent i dagtimerne. Hvis patienten vælger at få behandling hjemme eller på sundhedscenteret, vil der blive monitoreret på hans helbred i hjemmet. Han vil blive bedt om at måle blandt andet infektionstal og temperatur. Tallene skal indrapporteres via en lpad, som han får lov til at låne med hjem.

Den sidste mulighed er behandling i ambulatoriet, men du regner med, at det er for besværligt. Patienten bor langt væk og vil reelt skulle tilbringe hele dagen på hospitalet.

Det er vigtigt for dig, at behandlingen foregår så sikkert som muligt, og at patienten er med til at vælge den behandling, der passer bedst til hans situation.

Den sundhedsprofessionelles feedback



Hvordan vurderer du den samtale, som du lige har været en del af? Tænk på din egen rolle, udfyld skemaet og svar på spørgsmålene, så snart øvelsen er afsluttet.

Den sundhedsprofessionelle ...		Kommentar eller score 0-1-2
1	forklarer patienten og eventuelt pårørende, at der skal træffes en beslutning og inviterer patienten til at træffe beslutning i fællesskab.	
2	introducerer valgmulighederne og gør eventuelt opmærksom på, at det kan være en mulighed ikke at gøre noget.	
3	forklarer patienten om fordele og ulemper ved valgmulighederne.	
4	efterspørger og udforsker patientens præferencer for valgmuligheder og stiller sin faglige viden til rådighed.	
5	afklarer endelig beslutning og tjekker med patienten, at beslutningen er i overensstemmelse med hans eller hendes præferencer.	

Scoring: 0 = slet ikke 1 = delvis 2 = I høj grad

Samtalen

- Hvordan oplevede du samtalen?
- Lykkedes det dig at inddrage patientens perspektiv og præferencer i samtalen og beslutningen?
- Var der noget, du gerne ville have gjort anderledes?

Beslutningsstøtteværktøjet

- Hvordan oplevede du at introducere beslutningsstøtteværktøjet?
- Hvordan påvirkede det dig og patienten at bruge beslutningsstøtteværktøjet?
- Hvad betød værktøjet for beslutningen?



Patientens manuskript

Du skal til en samtale, hvor du og den sundhedsprofessionelle skal beslutte, hvordan du skal have din antibiotikabehandling, når du kommer hjem fra hospitalet.

Baggrund

Du er advokat først i 60'erne.

Du har været indlagt på Afdeling for Infektionssygdomme de sidste fire uger med spondylodiscitis (en alvorlig infektion i rygsøjlen), hvor du har været meget syg og haft det rigtig dårligt. Du har det lidt bedre nu, men føler dig stadig meget svækket.

Du er ved at få kuller over at være på hospitalet, hvor du ikke selv kan beslutte ret meget og må indrette dig efter hospitalets rutiner.

Du blev meget glad, da afdelingslægen i går gav besked om, at du kan blive udskrevet og komme hjem til din familie. Du skal have intravenøs behandling med antibiotika fire gange om dagen i cirka fire uger.

Du bor 100 kilometer fra hospitalet, hvor du er indlagt.

Beslutningen

Ved stuegang i går fortalte lægen, at der var tre forskellige måder at få behandling på. Du kan selv varetage behandlingen efter oplæring eller få din kone til det, lade hjemmesygeplejersken gøre det hjemme hos dig eller på sundhedscenteret eller få behandlingen på hospitalet. Du skal være med til at vælge, hvilken behandling der er mest relevant for dig. Lægen gennemgik mulighederne, og du fik noget information med tilbage. Du er dog stadig meget usikker på, hvad du skal vælge.

Umiddelbart er muligheden for at gøre det selv tiltalende, så du slipper for

at have "fremmede" mennesker til at komme og gå i dit hjem. På den anden side er du på ingen måde fortrolig med alle de slanger og poser, som du selv skal håndtere. Du plejer dog at være god til alt det tekniske og praktiske, så hvorfor skulle du ikke kunne lære dette også? Din kone er på arbejde i dagtimerne, men hun kan ret hurtigt være hjemme, hvis du fik brug for hjælp.

Problemet er, at din kone nærmest er panisk over for alt, der bare lugter lidt af hospital. Hun har ikke mod på at stå for det, og da du snakkede med hende om det i går, var hun også meget utryg ved, at du selv skulle gøre det. Hvad hvis du gør det forkert? Eller der går noget galt?

Det er vigtigt for dig, at der er mest mulig ro omkring din behandling, og at din kone ikke stresser over det. Måske vil det derfor alligevel være bedst, at hjemmesygeplejersken kommer forbi? Men så skal du sidde og vente på hende. Hvis du var faldet i søvn, så ville hun måske bare køre igen?

Sundhedshuset ligger syv kilometer væk, men du er endnu ikke selv i stand til at køre bil. Derfor kræver den mulighed, at du bliver transporteret derhen. Du ved, at nogle af dine naboer bliver transporteret med Flextrafik-ordning, men har ingen ide om, hvordan det fungerer. Naboerne har dog fortalt, at man kan vente længe på bilen.

At få behandling i ambulatoriet virker ikke realistisk på grund af afstanden.

Du er bange for at vælge forkert og usikker på, om den sundhedsprofessionelle alligevel mener, at en af mulighederne er bedst.

Patientens feedback



Hvordan vurderer du den samtale, som du lige har været del af?
Udfyld skemaet og svar på spørgsmålene, så snart øvelsen er afsluttet.

Den sundhedsprofessionelle ...		Kommentar eller score 0-1-2
1	forklarer patienten og eventuelt pårørende, at der skal træffes en beslutning og inviterer patienten til at træffe beslutning i fællesskab.	
2	introducerer valgmulighederne og gør eventuelt opmærksom på, at det kan være en mulighed ikke at gøre noget.	
3	forklarer patienten om fordele og ulemper ved valgmulighederne.	
4	efterspørger og udforsker patienternes præferencer for valgmuligheder og stiller sin faglige viden til rådighed.	
5	afklarer endelig beslutning og tjekker med patienten, at beslutningen er i overensstemmelse med hans eller hendes præferencer.	
		Scoring: 0 = slet ikke 1 = delvis 2 = I høj grad

Samtalen

- Hvordan oplevede du samtalen?
- Følte du dig involveret i beslutningen om din behandling?
- Er der noget, du ville ønske, at den sundhedsprofessionelle havde gjort anderledes?
- Er der noget, du ville ønske, at du havde sagt?

Beslutningsstøtteværktøjet

- Var det klart, hvorfor du fik beslutningsstøtteværktøjet?
- Hvordan påvirkede beslutningsstøtteværktøjet din kommunikation med den sundhedsprofessionelle?
- Hjalp beslutningsstøtteværktøjet dig til at træffe en beslutning?



Instruktion til observatør

Du er fluen på væggen til en fælles beslutningssamtale mellem en sundhedsprofessionel og en patient, der skal udskrives til langvarig intravenøs behandling med antibiotika i eget hjem.

Kun observatør

Du blander dig ikke, men observerer blot samtalen. Du tager udgangspunkt i din viden om fælles beslutningstagning og støtter dig til dit feedback-skema.

Læg mærke til:

- Hvordan kommunikationen mellem sundhedsprofessionel og patient forløber
- Hvordan beslutningsstøtteværktøjet bruges
- Hvordan patientens viden, ønsker og behov inddrages i samtalen
- Hvordan beslutningen træffes.



Observatørens feedback

Hvordan vurderer du den samtale, som du lige har observeret?
Udfyld skemaet og svar på spørgsmålene, så snart øvelsen er afsluttet.

Observation af samtalen

Den sundhedsprofessionelle ...	Kommentar eller score 0-1-2
<p>1 forklarer patienten og eventuelt pårørende, at der skal træffes en beslutning og inviterer patienten til at træffe beslutning i fællesskab.</p>	
<p>2 introducerer valgmulighederne og gør eventuelt opmærksom på, at det kan være en mulighed ikke at gøre noget.</p>	
<p>3 forklarer patienten om fordele og ulemper ved valgmulighederne.</p>	
<p>4 informerer patienten om, at beslutningen kan træffes senere, hvis han/hun har behov for at overveje muligheder og eventuelt tale med pårørende om dem – hvis dette er muligt.</p>	
<p>5 understøtter dialogen om mulighederne med beslutningsstøtteværktøjer.</p>	
<p>6 sikrer sig, at patienten har forstået informationen – opfordrer eventuelt patienten til at genfortælle med sine egne ord.</p>	
<p>7 efterspørger og udforsker patienternes præferencer for de muligheder, der kan vælges og stiller sin faglige viden til rådighed.</p>	
<p>8 opsummerer samtalen, herunder foretrukken valgmulighed, og spørger ind til brugerens beslutningsparathed.</p>	
<p>9 afklarer endelig beslutning og tjekker med patienten, at beslutningen er i overensstemmelse med hans eller hendes præferencer.</p>	

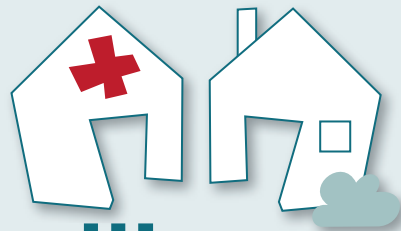
Scoring: 0 = slet ikke 1 = delvis 2 = I høj grad



Observation af kommunikationsfærdigheder

Den sundhedsprofessionelle ...		Kommentar eller score 0-1-2
1	opmuntrer patienten til at deltage aktivt i samtalen.	
2	lytter opmærksomt uden at afbryde.	
3	viser passende adfærd – øjenkontakt, ansigtsudtryk, placering, kropsholdning og stemmeføring.	
4	viser empati – anerkender og viser forståelse for patientens synspunkter og følelser.	
5	accepterer patientens synspunkter og følelser uden at dømme.	

Scoring: 0 = slet ikke 1 = delvis 2= I høj grad

Beslutningsstøtteværktøj til simulationsøvelse

Intravenøs behandling efter udskrivelse

EN GUIDE TIL AT TRÆFFE DET VALG, DER ER BEDST FOR DIG

Du er i intravenøs behandling, også kaldet iv-behandling. Det vil sige, at du får medicin direkte ind i en blodåre. Vi forventer, at din iv-behandling skal fortsætte efter din udskrivelse.

Der er fire muligheder for hvem, der kan varetage behandlingen, og hvor det skal foregå:

- Dig selv eller din pårørende
- Hjemmesygeplejersken i det lokale sundhedscenter
- Hjemmesygeplejersken i dit eget hjem
- Sygeplejersken i Infektionsmedicinsk Ambulatorium Q

Det er vigtigt, at du i samarbejde med personalet finder frem til det valg, der er bedst for dig. Måske kan du se fordele i en kombination af mulighederne.

Du skal være opmærksom på, at mulighederne kan variere lidt fra kommune til kommune. Personalet kan undersøge, hvad din kommune kan tilbyde.

I denne folder kan du læse om, hvad de enkelte muligheder indebærer.



NÅR MEDICINEN BLIVER VARETAGET AF:

	Dig selv eller din pårørende	Hjemmesygeplejersken i det lokale sundhedscenter	Hjemmesygeplejersken i dit eget hjem	Infektionsmedicinsk Ambulatorium Q	
ANSVAR	<p>Det vil det altid være Infektionsmedicinsk Afdeling, der har ansvaret for at ordinere og kontrollere din iv-behandling.</p> <p>Hvis der opstår komplikationer eller situationer, hvor du har behov for råd og vejledning, kontakter du afdelingen.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Du har selv ansvaret for at tage medicinen på den måde, du har lært det i afdelingen.	<ul style="list-style-type: none">• Hjemmesygeplejersken har ansvaret for at give dig medicinen på de ordnede tidspunkter.• Du har ansvaret for at møde op i det aftalte tidsrum.• Hjemmesygeplejersken kan selv eller sammen med dig kontakte afdelingen.	<ul style="list-style-type: none">• Hjemmesygeplejersken har ansvaret for at give dig medicinen på de ordnede tidspunkter.• Du skal være hjemme i det aftalte tidsrum• Hjemmesygeplejersken kan selv eller sammen med dig kontakte afdelingen.	<ul style="list-style-type: none">• Ambulatoriesygeplejersken har ansvaret for at give dig medicinen på de ordnede tidspunkter.• Du har ansvaret for at møde op på de aftalte tidspunkter.
OPLÆRING	<p>Det er vigtigt, at du er tryk ved behandlingen.</p> <p>Uanset hvad du vælger, vil du blive grundigt informeret om virkning og mulige bivirkninger til behandlingen.</p> <p>Du vil også blive informeret om hvornår og hvordan du skal kontakte afdelingen.</p> <p>Skriftligt materiale vil blive gennemgået med dig.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Du eller din pårørende vil under din indlæggelse modtage en grundig individuel information og oplæring i at varetage din iv-behandling.• Du vil ikke blive udskrevet før vi 2. gang har set, at du eller din pårørende sikkert kan varetage behandlingen.	<ul style="list-style-type: none">• Du vil ikke selv blive oplært i at tage medicinen, da hjemmesygeplejersken giver dig denne.	<ul style="list-style-type: none">• Du vil ikke selv blive oplært i at tage medicinen, da hjemmesygeplejersken giver dig denne.	<ul style="list-style-type: none">• Du vil ikke selv blive oplært i at tage medicinen, da ambulatoriesygeplejersken giver dig denne.
KOMPLIKATIONER	<p>Du skal hjemme holde øje med symptomer på din sygdom, eventuelle tegn på infektion, bivirkninger til medicinen eller allergiske reaktioner.</p> <p>Undersøgelser viser, at når du tager medicinen som du har lært på afdelingen, er risikoen for komplikationer den samme som den vil være på hospitalet.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Du skal kontakte afdelingen, hvis der opstår problemer, relateret til din iv-behandling.• Når du tager medicinen, skal der være en voksen tilstede, der kan hjælpe dig, hvis der opstår problemer	<ul style="list-style-type: none">• Hjemmesygeplejersken kan hjælpe dig med at vurdere eventuelle komplikationer.• Du eller hjemmesygeplejersken kan altid kontakte afdelingen.	<ul style="list-style-type: none">• Hjemmesygeplejersken kan hjælpe dig med at vurdere eventuelle komplikationer.• Du eller hjemmesygeplejersken kan altid kontakte afdelingen.	<ul style="list-style-type: none">• Ambulatoriesygeplejersken kan hjælpe dig med at vurdere eventuelle komplikationer.• Du kan altid kontakte afdelingen.

PRAKTISK INFORMATION

På afdelingen vil du få udleveret:

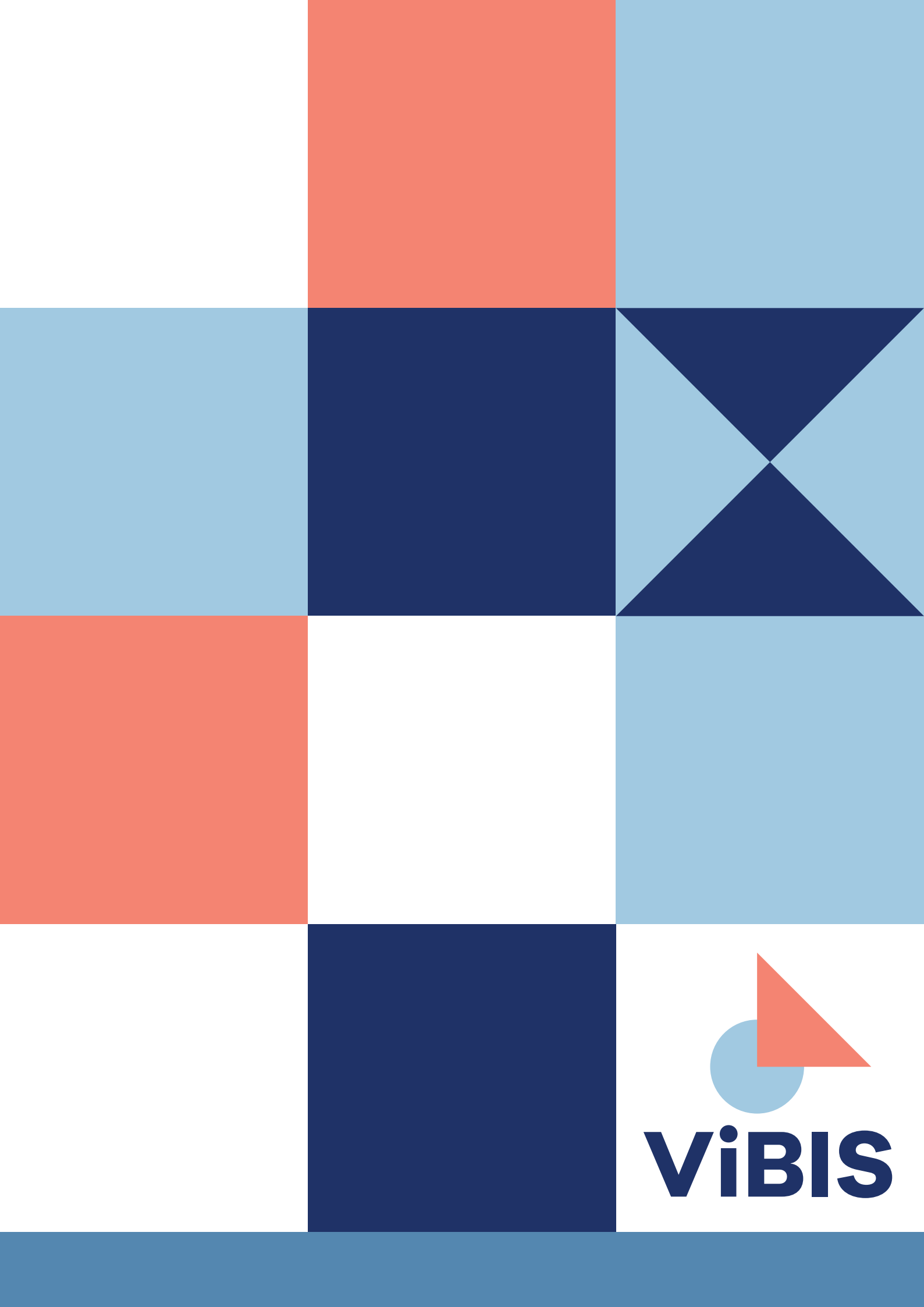
Medicin

- De ting, der skal bruges til din iv-behandling
- Informationsmateriale
- Direkte telefonnummer til afdelingen

TIDSFORBRUG

Tidspforbruget til selve iv-behandlingen og til kontrol på hospitalet er det samme uanset dit valg. Ventetid og tid til transport kan variere afhængigt af dit valg.

	<ul style="list-style-type: none">• Der vil hverken være ventetid eller transporttid.	<ul style="list-style-type: none">• Der vil sandsynligvis ikke være ventetid.• Der vil være transporttid til og fra sundhedscenteret.	<ul style="list-style-type: none">• Der kan forekomme ventetid og tidspunkter for medicin-givningen kan variere lidt afhængigt af hjemmesygeplejerskens andre opgaver.	<ul style="list-style-type: none">• Der kan forekomme ventetid.• Der vil være transporttid til og fra hospitalet.
--	---	--	--	--



ViBIS