



Erfaringsopsamling på projektet

BÆREDYGTIG BRUGERINDDRAGELSE



Med støtte fra
TrygFonden



Kolofon

Erfaringsopsamling af projektet "Bæredygtig Brugerinddragelse"

© Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS)

København, december 2020.

Forfattere: Annemette Lundmark Jensen, projektleder og Sofie Marie Ravnsholt Rasmussen, vidensmedarbejder.

Kompagnistræde 22, 1. sal

1208 København K

www.vibis.dk

Publikationer fra ViBIS må citeres frit – dog med tydelig angivelse af kilde. Publikationer, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til denne afdækning, bedes sendt til ViBIS.

Indhold

Forord.....	4
Resumé.....	5
1. Introduktion.....	7
1.1. Baggrund.....	7
1.2. Formål med projektet.....	7
1.3. Formål med erfaringsopsamlingen.....	8
1.4. Beskrivelse af projektet.....	8
1.4.1. Projektets organisering.....	8
1.4.2. Projektets indhold og tidsplan.....	10
1.5. Begrebsafklaring.....	11
1.5.1. Brugerinddragelse.....	12
1.5.2. Samskabelse.....	12
1.5.3. Inddragelsesmodenhed.....	12
1.5.4. Brændende platform.....	13
1.5.5. Bæredygtig brugerinddragelse.....	13
1.5.6. Grader af inddragelse og indflydelse.....	13
1.6. Læsevejledning.....	13
2. Design for erfaringsopsamling og udvikling af anbefalinger.....	15
2.2. Spørgsmål der ønskes besvaret.....	15
2.3. Udvikling af anbefalinger.....	18
2.4. Gennemført proces for erfaringsopsamling.....	19
3. Resultater.....	21
3.1 Erfaringer med brug af ViBIS' værktøj til at vurdere organisationens inddragelsesmodenhed.....	21
3.2 Casestudie af Aarhus Universitetshospital.....	23
3.2.1 Beskrivelse af projektet og dets resultater.....	23
3.2.2 Læring uddraget af projektet.....	25
3.3 Casestudie af Bispebjerg-Frederiksberg Hospital.....	33
3.3.1 Beskrivelse af projektet og dets resultater.....	34
3.3.2 Læring uddraget af projektet.....	37
3.4 Casestudie af Nykøbing F. Sygehus.....	42
3.4.1 Beskrivelse af projektet og dets resultater.....	43
3.4.2 Læring uddraget af projektet.....	46
3.5 Casestudie af Psykiatrien, Region Nord.....	52
3.5.1 Beskrivelse af projektet og dets resultater.....	53
3.5.2 Læring uddraget af projektet.....	57
3.6 Casestudie af Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg.....	63
3.6.1 Beskrivelse af projektet og dets resultater.....	64

3.6.2 Læring uddraget af projektet	68
3.7 Erfaringer med at inddrage brugere i styregruppen	75
3.7.1 Styregruppens deltagere	75
3.7.2 Styregruppens opgave	75
3.7.3 Formål med at inddrage brugerne i styregruppen	75
3.7.4 Metode	75
3.7.5. Resultat og erfaringer	76
3.7.6 Konklusion	80
4. Diskussion	82
5. Konklusion	84
6. Læringspointer og anbefalinger	86
A: Kom godt fra start	86
B. Inddrag brugerne tidligt – og gør det ordentligt	88
C: Gør brugerinddragelse til en del af organisationens DNA	90
Litteraturhenvisninger	93
Bilagsfortegnelse	94

Forord

Der sker en udvikling i det danske sundhedsvæsen i disse år, hvor inddragelse af patienter og pårørende i stigende grad er blevet en del af strategierne på hospitalerne. Men der er stadig udfordringer forbundet med at gøre brugerinddragelse til en del af den daglige praksis, og brugerinddragelse ses ofte som et "add on", der presser medarbejderne i et i forvejen presset sundhedsvæsen. Det er altså ikke nok at have brugerinddragelse som målsætning i hospitalernes strategier – ikke hvis inddragelse skal blive til en integreret og bæredygtig del af hospitalernes kvalitetsudvikling og kultur.

Det har været afsættet for projektet 'Bæredygtig Brugerinddragelse', der netop har haft til formål at gøre inddragelse af patienter og pårørende til en integreret og praksisnær del af hospitalers kvalitetsudvikling og kultur. Projektet er et samarbejdsprojekt mellem Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) og fem hospitaler fordelt over alle regioner: Aarhus Universitetshospital, Bispebjerg-Frederiksberg Hospital, Nykøbing F. Sygehus, Psykiatrien i Region Nordjylland og Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg. Projektet startede i januar 2019 og blev afsluttet i oktober 2020.

Formålet med denne rapport er at samle læring fra projektet og beskrive den måde, det har udfoldet sig på, på de enkelte hospitaler. Rapporten viser, hvor forskelligt arbejdet med det samme mål kan udfolde sig i forskellige organisationer og kan forhåbentlig inspirere andre til at kaste sig ud i nye projekter. Derfor har vi samlet læringspointer og anbefalinger i en erfaringsopsamling, som forhåbentlig kan inspirere andre i sundhedsvæsenet, der ønsker at bidrage til at udvikle bæredygtig brugerinddragelse i deres egen organisation. Målgruppen for rapporten er hospitalsdirektioner og kvalitetsmedarbejdere på hospitaler, som ønsker at rykke sig et skridt længere mod at gøre brugerinddragelse til en integreret og blivende del af hospitalets kultur.

Projektperioden har været præget af svære vilkår, da en stor del af den har fundet sted samtidig med, at Covid-19-pandemien gjorde sit indtog i verden og i det danske hospitalsvæsen. Vi vil gerne udbringe en særlig tak til de fem hospitaler, der har deltaget i projektet trods de svære vilkår. Det er et vigtigt arbejde, som I er lykkedes rigtig godt med på trods. Vi vil give et særligt stort skulderklap til de lokale projektledere og de brugerrepræsentanter, der har deltaget i styregruppen. I har alle bidraget med vigtig viden og læring, der kan inspirere til udviklingen af fremtidige brugerinddragende indsatser og en bæredygtig kultur.

Resumé

Hvordan gør man brugerinddragelse til et integreret og praksisnært element af hospitalers kvalitetsudvikling og kultur? Det har Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) undersøgt med projektet 'Bæredygtig Brugerinddragelse' i perioden januar 2019 til oktober 2020. Projektet er et samarbejde mellem ViBIS og fem hospitaler fordelt over alle regioner: Aarhus Universitetshospital, Bispebjerg-Frederiksberg Hospital, Nykøbing F. Sygehus, Psykiatrien i Region Nordjylland og Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg.

Hvert hospital har udvalgt en lokal og aktuel udfordring – en såkaldt 'brændende platform' – som de har inddraget brugerne i at udvikle en løsning på. Denne rapport er en erfaringsopsamling af projektet, som munder ud i anbefalinger til, hvordan man kan udvikle og implementere en bæredygtig brugerinddragende kultur i sin organisation.

Konklusion

Erfaringen med dette projekt viser, at man ved at inddrage brugere i løsningen af en 'brændende platform', sandsynligvis får bedre og mere holdbare løsninger. De løsninger, der er skabt lokalt, har givet mening i praksis, fordi brugerne selv har peget på dem. Løsningerne er blevet bedre, og der er samtidig skabt gejst og engagement hos de klinikerne, der som følge heraf er blevet motiverede til at anvende de udviklede løsninger.

En af de vigtigste læringer projektet har givet, er vigtigheden af at inddrage både patienter, pårørende og klinikere tidligt, da de har kunnet bidrage med nye og vigtige perspektiver på løsninger af de udfordringer, de har stået med.

Erfaringerne viser også, at måden at arbejde med brugerinddragelse på, skal tilpasses den enkelte organisation. De fem hospitaler har alle taget udgangspunkt i ViBIS' værktøjskasse *Implementering af brugerinddragelse på hospital*, men måden de har brugt den på har været meget forskellig, ligesom de har valgt at arbejde med forskellige brændende platforme. Det viser blot, at 'one-size-doesn't fit-all' – også gælder når vi taler om måden at arbejde med brugerinddragelse på.

På baggrund af erfaringsopsamlingen kan vi dog ikke konkludere, at der er skabt bæredygtig brugerinddragelse, men alle hospitaler oplever, at organisationens inddragelsesmodenhed er højnet. Der er bred enighed om, at et projekt alene ikke er i stand til at gøre brugerinddragelse bæredygtigt, men projektet har bidraget i positiv retning. I den forbindelse viser erfaringen, at anvendelse af ViBIS' værktøj til vurdering af inddragelsesmodenhed er velegnet som dialogstøtteredskab, og har bidraget til at afdække områder, som hospitalerne har arbejdet videre med for at skabe en mere brugerinddragende kultur.

Projektet har alt i alt bidraget med en række vigtige erfaringer, som forhåbentlig vil kunne benyttes af andre i udviklingen af fremtidige brugerinddragende indsatser målrettet en mere bæredygtig brugerinddragende kultur på hospitaler. Disse erfaringer munder ud i projektets samlede anbefalinger.

Anbefalinger

Anbefalingerne er målrettet direktorer, afdelingsledelser og kvalitetsafdelinger, der ønsker at udvikle og implementere en brugerinddragende kultur i organisationen. De fordeler sig i tre temaer:

- Kom godt fra start
- Inddrag brugerne tidligt – og gør det ordentligt
- Gør brugerinddragelse til en del af organisationens DNA

Kom godt fra start

Det er vigtigt at komme godt fra start, når man ønsker at udvikle og implementere en brugerinddragende kultur i en organisation. En række forhold er særligt vigtige at tænke ind fra starten for at lykkes.

- Ledelsen skal "committe" sig
- Ledelsen skal prioritere indsatsen og sikre rammer
- Projektet skal organiseres, så det understøtter en brugerinddragende praksis
- Planlæg, hvordan brugerne kan kvalificere projektet allerede før start
- Projektgruppen skal være tværfaglig og kompetent i brugerinddragelse
- Vælg en brændende platform, der kræver tværfaglig involvering
- Skab fælles sprog om og fælles forståelse af begrebet brugerinddragelse
- Brugerinddragelse er en særlig kompetence, der kræver kompetenceudvikling
- Planlæg sparring for projektledere

Inddrag brugerne tidligt – og gør det ordentligt

Det er vigtigt at inddrage brugerne tidligt, hele vejen igennem og at gøre det ordentligt. Ellers risikerer man pseudo-inddragelse, hvor brugerne ikke får reel indflydelse, og man går glip af det store potentiale der ligger i at patienter og personale sammen udvikler indsatser til løsning af brændende platforme.

- Inddrag tidligt
- Inddrag hele vejen
- Formålet med at inddrage brugerne skal være tydeligt
- Skab et fælles sprog
- Forbered brugerne på opgaven

Gør brugerinddragelse til en del af organisationens DNA

Hvis brugerinddragelse skal gøres bæredygtigt, skal det være integreret i den måde man tænker behandling, pleje og udvikling på. Man skal være indstillet på, at det er et langt sejt træk at udvikle, implementere og fastholde en brugerinddragende kultur.

- Omsæt strategi til konkret inddragelse
- Gør det meningsfuldt og vedkommende
- Vær systematisk og metodestringent
- Lad de ansatte deltage i virkelighedsudforskning
- Sæt gang i 'storytelling'
- Gør det enkelt
- Kobl det op på noget allerede kendt
- Understøt den brugerinddragende indsats med data og evidens

1. Introduktion

1.1. Baggrund

I løbet af de seneste år er der sket en positiv udvikling i arbejdet med brugerinddragelse i det danske sundhedsvæsen, men der er stadig udfordringer forbundet med at integrere brugerinddragelse i kvalitetsarbejdet i den daglige praksis. I et presset sundhedsvæsen, hvor hospitalerne skal leve op til en række strategier og krav, kan brugerinddragelse ofte blive nedprioriteret, da det ses som et "add on", som presser medarbejderne. Selvom øget brugerinddragelse indgår som målsætning i de enkelte strategier, mangler der viden om og kompetencer til, hvordan man systematisk omsætter strategi og målsætninger til kvalitetsudvikling i daglig praksis.

Fra tidligere projekter, herunder særligt storskalaprojektet 'Det Brugerinddragende Hospital', har Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) erfaringer med, hvordan man kan arbejde systematisk med brugerinddragelse fra strategi til konkret praksis. Erfaringer fra 'Det Brugerinddragende Hospital' har vist, at der er behov for en kombination af strategi og ledelsesforankring med udvikling tæt på praksis, hvis arbejdet med brugerinddragelse skal blive succesfuldt – og bæredygtigt.

Hvordan man kan gå fra at tænke på brugerinddragelse som "endnu et projekt", til at det bliver en integreret del af kvalitetsudviklingen i den daglige praksis, er omdrejningspunktet for projektet 'Bæredygtig Brugerinddragelse'. Fokus er på, hvordan brugerinddragelse kan blive et naturligt redskab til at udvikle praksis og patientforløb, så det brugerinddragende arbejde bliver en integreret del af hospitalernes kvalitetsudvikling, organisering og strategiske beredskab – og derved bliver bæredygtigt.

Projektet er et samarbejdsprojekt mellem ViBIS og fem hospitaler fordelt over alle regioner, og er støttet af TrykFonden med 2 millioner kroner. Det er gennemført i perioden januar 2019 til oktober 2020.

1.2. Formål med projektet

Formålet med projektet 'Bæredygtig Brugerinddragelse' er, at brugerinddragelse bliver et integreret og praksisnært element af de fem deltagende hospitalers kvalitetsudvikling og kultur, og forventningen er, at når indsatsen er gennemført, har de fem hospitaler fået et organisatorisk løft i forhold til at arbejde med brugerinddragelse som del af kvalitetsarbejdet.

En af projektets hypoteser er, at man ved at inddrage brugere i løsningen af en 'brændende platform', kan højne kvaliteten af de valgte indsatser.

En anden hypotese er, at inddragelse af brugere i løsningen af en 'brændende platform', vil medvirke til at skabe efterspørgsel fremadrettet og derfor bidrage til en mere bæredygtig brugerinddragende kultur i organisationen.

En tredje hypotese er, at "kortlægning" og dialog om organisationens inddragelsesmodenhed indledningsvis, vil vise, hvor der er behov for at opruste, så den enkelte organisation får mulighed for at sætte ind med en målrettet indsats mod en mere bæredygtig brugerinddragende kultur.

Man ønsker i projektet at afprøve ovenstående hypoteser.

1.3. Formål med erfaringsopsamlingen

Nærværende rapport omfatter en erfaringsopsamling af, hvordan det er lykkedes de enkelte hospitaler at skabe en brugerinddragende kultur, samt et udtræk af den læring projektet har givet.

Formålet med erfaringsopsamlingen er at indhente de erfaringer og den læring, der er skabt i projektet om, hvordan man udvikler bæredygtig brugerinddragelse, og derudfra udvikle og beskrive anbefalinger til andre organisationer.

Målgruppen for denne erfaringsopsamling er direktions- og kvalitetsafdelinger i sundhedsvæsenet, der ønsker at udvikle en bæredygtig brugerinddragende kultur i egen organisation.

1.4. Beskrivelse af projektet

Projekt 'Bæredygtig Brugerinddragelse' startede i januar 2019 og blev afsluttet i oktober 2020. Fem hospitaler – et fra hver region – har deltaget i projektet: Aarhus Universitetshospital (AUH), Bispebjerg-Frederiksberg Hospital (BFH), Nykøbing F. Sygehus (NFS), Psykiatrien i Region Nordjylland (PRN) og Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg (SVS).

1.4.1. Projektets organisering

Projektejer

Projektejer er ViBIS

Projektet er støttet af Trygfonden

Styregruppen

Styregruppen har bestået af projektejer, en repræsentant for hver af de lokale styregrupper: Chef for patientinvolvering, AUH; Vicedirektør, BFH; Chef for kvalitet, NFS; Direktør for patientforløb og kvalitet, PRN; Sygeplejefaglig direktør, SVS; Programchef, Trygfonden; Chefkonsulent, Rigshospitalet; Vicedirektør fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed og tre brugerrepræsentanter.

Styregruppen har været ansvarlig for at understøtte projektets gennemførelse, og kvalificere den brugerinddragende indsats i projektet. Styregruppen har bidraget med et fagligt-, organisatorisk- og patientoplevelset perspektiv, på indhold og udvikling af de lokale projekter. Styregruppen har endvidere været med til at sprede projektets viden i organisationen.

Der har været afholdt tre styregruppemøder.

Projektgruppen

Projektet har været ledet af ViBIS.

Projektgruppen har bestået af tre medarbejdere fra ViBIS. To konsulenter har været gennemgående i hele forløbet, mens der har været udskiftning undervejs på den tredje post. Der har derudover været tilknyttet en vidensmedarbejder til erfaringsopsamlingen. Projektgruppen har været ansvarlig for den overordnede projektledelse.

De to konsulenter har hver især været tilknyttet 2/3 af de lokale projekter som sparringspartner, og proceskonsulent. De har i samarbejde med den lokale projektleder planlagt forløbet med udgangspunkt i ViBIS' værktøjskasse *Implementering af brugerinddragelse på hospital* (se 1.4.2) tilpasset den lokale kontekst. De har endvidere bidraget til gennemførelse af bl.a. kick-offs, workshops, undervisning og ydet sparring til eller gennemført og faciliteret brugerinddragende processer.

Formålet har bl.a. været at sikre, at vigtige nøglepersoner i projektet blev klædt på til opgaven, med henblik på at opbygge kapacitet og kompetencer, for der igennem at bidrage til at brugerinddragelse på sigt bliver bæredygtigt i organisationen.

Projektgruppen har endvidere stået for planlægning og gennemførelse af erfaringsopsamling og proces for udvikling af anbefalinger.

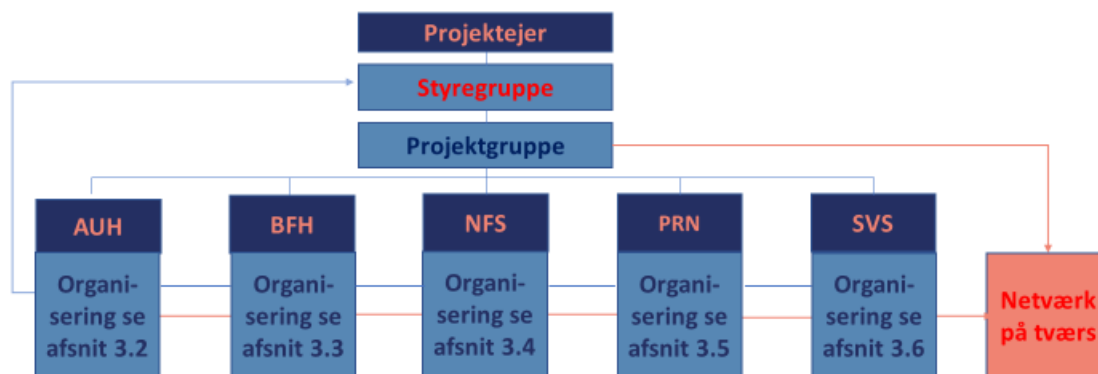
Under Covid-19 har der løbende været kontakt med de lokale projektledere.

Navne på deltagere i styre-og projektgruppen ses i Bilag 1.

Netværk på tværs

Projektet har været organiseret med et netværk på tværs af de fem hospitaler. Deltagerne i netværket har været projektgrupperne for de enkelte lokale projekter. I praksis har det overvejende været med deltagelse af de lokale projektledere. Der har været afholdt tre netværksmøder, med deltagelse af brugerrepræsentanter på to ud af de tre. Netværket har haft til hensigt at vidensdele, inspirere og erfaringsopsamle blandt projektdeltagerne. ViBIS har stået for planlægning og afholdelse af netværksmøderne.

Projektets organisering er vist i figur 1. Det med rødt skrevne angiver hvor brugerne har været inddraget i det overordnede projekt.



Figur 1: Organisering af projektet 'Bæredygtig Brugerinddragelse'

Organiseringen af de lokale projekter

Organiseringen af de lokale projekter er beskrevet i afsnit 3.

1.4.2. Projektets indhold og tidsplan

I samarbejde med ViBIS har hvert hospital ud fra lokale organisatoriske betingelser udvalgt en aktuell udfordring, også kaldet en 'brændende platform' (se 1.5), og en indsats til at løse denne.

Omdrejningspunktet for projektet har været, at patienter og/eller pårørende skulle inddrages i udviklingen af de enkelte indsatser med henblik på at højne kvaliteten af disse. Brugerinddragelse er altså tænkt ind som en del af løsningen af den brændende platform, hvilket tjener det overordnede formål om, at brugerinddragelse bliver et integreret og praksisnært element i det enkelte hospitals kvalitetsudvikling og kultur.

Udviklingen var planlagt med udgangspunkt i ViBIS' procesværktøjer fra 'værktøjskassen' *Implementering af brugerinddragelse på hospitaler (ViBIS 2018)*, der foregår i fem faser, som fremgår af figur 2.

Værktøjskassen indeholder procesværktøjer, der understøtter implementering af inddragelsesmetoderne *fælles beslutningstagning og brugerstyret behandling*.



Figur 2: Procesværktøjer til implementering af brugerinddragelse på hospitaler

Beskrivelse af de fem faser:

Fase 1: Forberede processen:

I denne fase forberedes 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.

Fase 2: Udforske virkeligheden

I denne fase udforskes virkeligheden. En dybdegående virkelighedsudforskning er essentiel, når man skal udvikle brugerinddragende indsatser. Formålet er at undersøge et patientforløb for at finde ud af, hvor i forløbet øget brugerinddragelse kan skabe en forbedring.

Fase 3: Designe og afprøve indsatsen

I denne fase designes og udvikles indsatsen. I design- og afprøvningsfasen handler det om at komme fra en idé til en brugerinddragende indsats til en ny og velafprøvet indsats, der virker i hverdagspraksis.

Fase 4: Vurdere kvaliteten af støtteværktøjet

I denne fase vurderes kvaliteten af den afprøvede indsats. Når man udvikler støtteværktøjer til patienter for at understøtte, at de kan få indflydelse på deres forløb, er der nogle vigtige elementer, der skal være på plads. En kvalitetsvurdering kan være med til at sikre, at støtteværktøjerne faktisk skaber brugerinddragelse.

Fase 5: Fastholde indsatsen i hverdagspraksis

I denne fase gælder det om at fastholde den nye brugerinddragende indsats i hverdagspraksis. Det er både den vigtigste og sværeste del i udviklingen af brugerinddragende indsatser.

ViBIS har ydet processtøtte i forhold til at gennemføre forløbet med udgangspunkt i værktøjskassen

Projektet var planlagt med en forberedende fase fra foråret 2019 til efteråret 2019.

Udforskning af virkeligheden, design og afprøvning samt kvalitetsvurdering af indsatsen var planlagt til at foregå fra efteråret 2019 frem til sommeren 2020, og udvikling af anbefalinger samt implementering i efteråret 2020.

Figur 3 viser det planlagte proces- og tidsforløb.



Figur 3: Planlagt proces- og tidsplan for projektet 'Bæredygtig Brugerinddragelse'

1.5. Begrebsafklaring

I det følgende defineres ViBIS' forståelse af begreberne: *Brugerinddragelse*, *samskabelse*, *inddragelsesmodenhed*, *brændende platform*, *bæredygtig brugerinddragelse* og *grader af inddragelse og indflydelse*.

1.5.1. Brugerinddragelse

ViBIS definerer *brugerinddragelse* som:

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

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

Brugerinddragelse kan deles op i to typer – individuel inddragelse og organisatorisk inddragelse:

Individuel inddragelse er:

- 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.

Organisatorisk inddragelse er:

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

(ViBIS 2017)

I projektet er begge typer inddragelse anvendt, forstået på den måde at brugerne er med til at identificere potentialer for og løsninger til bedre inddragelse i den enkelte patients forløb.

1.5.2. Samskabelse

Psykiatrien i Region Nordjylland arbejder med begrebet "Samskabelse". De definerer samskabelse ud fra principperne i 'participatory design' hvor *samskabelse er et udtryk for en faciliteret og demokratisk praksis, hvor ansatte, patienter og pårørende arbejder tæt sammen fra start til slut i udviklings- og forbedringsprocesser, om at skabe løsninger og varige resultater.* (Enhed for Samskabelse, 2020)

1.5.3. Inddragelsesmodenhed

En organisations *inddragelsesmodenhed* afspejler, hvor velintegreret brugerinddragelse er i organisationens daglige drift og udvikling.

ViBIS definerer en organisation med høj inddragelsesmodenhed som en organisation der:

- har viden om og er bevidst om hvad brugerinddragelse er.
- er bevidst om hvorfor man ønsker at inddrage brugerne, og ved hvordan man kan inddrage brugerne, dvs. har kendskab til forskellige metoder til at inddrage brugerne.
- i høj grad praktiserer brugerinddragelse.

ViBIS har udviklet et værktøj til støtte for samtalen om den enkelte organisations inddragelsesmodenhed. Værktøjet er afprøvet i projektet (Bilag 2).

1.5.4. Brændende platform

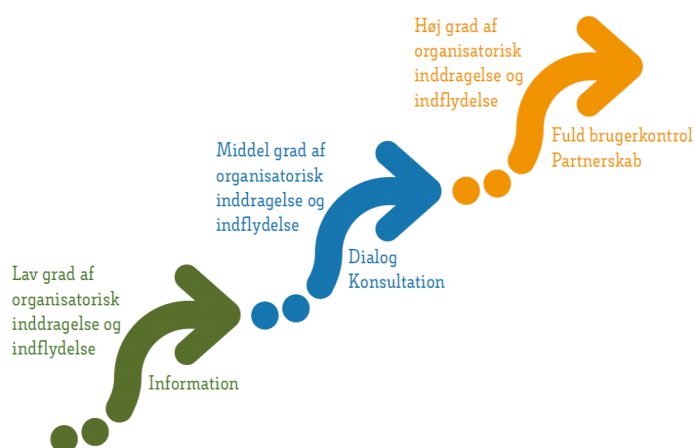
I projektet er den *brændende platform* defineret som en kritisk situation, et problem eller en udfordring som organisationen prioriterer højt at få løst. En udfordring der kræver en forandring, og en udfordring som organisationen og medarbejderne føler er kritisk, hvis den ikke løses. Udtrykket stammer fra Kotters teori om forandringsledelse, hvor en 'brændende platform' skal forstås som en forandring, der er 'tvingende nødvendig' (Kotter, 1995). I dette projekt er udtrykket ikke blevet anvendt lige så radikalt, som i teorien om forandringsledelse.

1.5.5. Bæredygtig brugerinddragelse

ViBIS definerer *bæredygtig brugerinddragelse* som, at brugerinddragelse bliver et integreret og praksisnært element der løfter hospitalernes kvalitetsudvikling og kultur.

1.5.6. Grader af inddragelse og indflydelse

Brugerne kan opnå forskellige grader af indflydelse gennem organisatorisk brugerinddragelse.



Arnstein har beskrevet graden af brugerinddragelse og indflydelse som illustreret i figur 4. Trinene udgør grader af inddragelse med stigende grad af indflydelse. De øverste trin er ikke nødvendigvis et mål eller et ideal for alle situationer. Det er målet for den enkelte inddragelsesproces, der har betydning for, hvilken placering, der giver bedst mening (ViBIS 2017)

Samskabende processer ligger højt på stigen.

Figur 4: Grader af inddragelse og indflydelse (Inddragelsestrappen inspireret af Arnstein 1969)

1.6. Læsevejledning

I afsnit 2 beskrives designet for erfaringsopsamlingen og den proces der har bidraget til udvikling af anbefalinger i projektet.

I afsnit 3 beskrives resultatet af erfaringsopsamlingen. Resultaterne er beskrevet i et afsnit der samler op på erfaringerne med brug af ViBIS' værktøj til vurdering af organisationers inddragelsesmodenhed, herefter beskrives de fem casestudier, et fra hvert af de deltagende hospitaler, i hver sit afsnit. Til sidst er der et afsnit omhandlende den læring projektet har givet i forhold til at inddrage brugere i projektets overordnede styregruppe.

I afsnit 4 diskuteres metodiske overvejelser, og hvilken betydning bl.a. Covid-19 har haft på projektets udformning, samt perspektiver på inddragelse af brugere på strategisk niveau.

Afsnit 5 indeholder konklusionen på projektet, holdt op imod de hypoteser der er blevet testet.

Til sidst i afsnit 6 bliver de vigtigste erfaringer fra projektet sammenfattet til anbefalinger, opdelt i tre overordnede temaer. Anbefalingerne henvender sig til direktorer, kvalitetsmedarbejdere og andre der ønsker at udvikle og implementere en bæredygtig brugerinddragende kultur i egen organisation.

2. Design for erfaringsopsamling og udvikling af anbefalinger

Erfaringsopsamlingen er foretaget af ViBIS og baserer sig på en fænomenologisk tilgang med dataindsamling via kvalitative interviews. Denne tilgang er valgt med henblik på at skabe ny og nuanceret viden om 1) De oplevelser klinikere, brugere og lokale projektledere har erfaret med betydningen af at inddrage brugere i løsningen af en brændende platform, og 2) De oplevelser som ledere, kvalitetspersoner og lokale projektledere har erfaret med at omsætte ovennævnte erfaring til bæredygtig brugerinddragelse i hele organisationen.

Gruppeinterviews blev valgt, da deltagerne undervejs i interviewet hører og reflekterer over det de andre siger, og for dermed at øge muligheden for, at der genereres viden og læring under vejs. Interviewene havde på den måde også til formål at skabe læring om brugerinddragelse blandt deltagerne. Derudover har de lokale projektledere bidraget til erfaringsopsamlingen med lokale afrapporteringer.

De fem hospitaler er naturligvis meget forskellige både i forhold til størrelse og patientgrundlag. Deres erfaringer med og dermed udgangspunkt for at arbejde med brugerinddragelse er ligeledes forskellige. Samtidig er de 'brændende platforme' de hver især har valgt at løse med inddragelse af brugere meget forskelligartede.

For at tilgodese denne forskellighed i erfaringsopsamlingen har vi valgt at beskrive hvert af de deltagende hospitalers oplevelser og erfaringer i fem selvstændige casestudier, da dette netop egner sig til at beskrive indsatser og forudsætninger der er meget forskellige og derfor ikke sammenlignelige. De læringspointer og anbefalinger man er kommet frem til hvert sted, er efterfølgende sammenfattet og kvalificeret på en workshop med deltagelse af styre- og projektgruppe og de lokale projektledere.

At det er ViBIS selv, der står for erfaringsopsamlingen, har både fordele og ulemper. En af fordelene er, at vi har haft kendskab til de enkelte projekter og via de lokale projektledere nemt fået adgang til de rette interviewdeltagere. Kendskabet til og det gode samarbejde med de lokale projektledere har ligeledes gjort en proces mulig, hvor de har været inddraget i analysefasen ved løbende at give feed-back og kvalificere analysen af 'egne' casestudier. En anden fordel er at erfaringsopsamlingen bygger videre på den viden ViBIS allerede har opbygget via projektet 'Det Brugerinddragende Hospital' (2014-2016).

En af ulemperne ved at erfaringsopsamlingen er gennemført af ViBIS selv er, at der er risiko for, at vi indenfor visse områder har været 'blinde' for nye aspekter, og måske ikke har fået alle læringspointer og nye vinkler med. Men den ulempe mener vi er ophøjet af fordelene ved det tætte samarbejde, der har været med de lokale projektledere, som har muliggjort en kvalificering af casebeskrivelserne samt den inddragende tilgang, der har været i udvikling af anbefalinger.

2.2. Spørgsmål der ønskes besvaret

I erfaringsopsamlingen har vi ønsket at få svar på følgende spørgsmål:

1. I hvilken grad er den brændende platform blevet løst?
2. Har organisationen udviklet sin inddragelsesmodenhed?
3. Hvilken betydning har brugerinddragelse haft på løsning af den brændende platform?
4. Hvilken betydning har det lokale projekt haft for udvikling af organisationens inddragelsesmodenhed, og hvad har haft betydning?
5. Hvordan har deltagelse af brugerrepræsentanter i styregruppen bidraget til projektets formål?

Ad 1)

I hvilken grad er den brændende platform blevet løst?

Dette spørgsmål besvares ved hjælp af en lokal målopfyldelsesevaluering, med udgangspunkt i lokalt udvalgte mål og indikatorer relateret den 'brændende platform'. Det enkelte hospital har stået for den lokale måling. Resultatet indgår i casebeskrivelsen for det enkelte hospital.

Data fra	Spørgsmål	Foretaget af	Planlagt til
Lokal afrapportering	Hvad var den brændende platform? Hvilken indsats er iværksat? Hvilke indikatorer er valgt? Hvilken form for brugerinddragelse har fundet sted? Hvordan? I hvilken grad er den brændende platform blevet løst?	Projektleder for det lokale projekt	September 2020

Ad 2)

Har organisationen udviklet sin inddragelsesmodenhed?

Til at besvare dette spørgsmål, blev der planlagt to ens gruppeinterviews - gruppeinterview A (Gr-A) Gruppeinterview A var som udgangspunkt planlagt til at blive gennemført to gange, første gang ved projektets start, anden gang mod projektets afslutning. Det første interview havde to formål:

Formålet var dels at bidrage til større bevidsthed i projektledelsen om organisationens aktuelle inddragelsesmodenhed med henblik på at afdække behov for at 'opruste'. Formålet var også at 'kortlægge' organisationens oplevelse af egen 'inddragelsesmodenhed'

Formålet med at gennemføre interview A ved projektets afslutning var igen at 'kortlægge' organisationens oplevelses af egen 'inddragelsesmodenhed', for på den måde at kunne 'måle' på i hvilken grad og inden for hvilke dimensioner, organisationen havde udviklet sin inddragelsesmodenhed i projektperioden.

Af grunde beskrevet i afsnit 3. blev interview 2 ikke gennemført.

Data fra	Spørgsmål	Planlagte deltagere	Planlagt til
Gruppeinterview A	Hvordan opleves organisationens inddragelsesmodenhed som udgangspunkt for projektet?	Nøglepersoner i organisationen (Direktør, kvalitetschef, tovholder)	November – december 2019

Grubeinterview A blev gennemført som en samtale blandt de interviewede om deres oplevelse af organisationens inddragelsesmodenhed med udgangspunkt i ViBIS' 'modenhedsværktøj', og indikatorerne beskrevet for de enkelte dimensioner. Interviewet foregik ved at interviewer typisk indledte hver dimension med: *Med udgangspunkt i nedenstående indikatorer, hvordan ser ledelse af brugerinddragelse ud hos jer?* (her eksemplificeret med dimensionen *ledelse*).

Umiddelbart efter samtalen af hver dimension, indikerede deltagerne med en selvklæbende 'dot' placeret på modenhedsværktøjet, deres oplevelse af organisationens modenhed inden for den givne dimension. En 'dot' placeret tæt på midten betød lille grad, en 'dot' tæt på ydercirklen betød høj grad af inddragelsesmodenhed. Interviewet varede 1,5-2 timer, hvilket svarer til 10-15 minutter til at diskutere hver dimension. Materiale brugt i interviewet ses i Bilag 3.

Ad 3)

Hvilken betydning har brugerinddragelse haft på løsning af den brændende platform?

Formålet med spørgsmål 3 var at indhente viden om de enkelte hospitalers erfaringer og egne fortolkninger af, hvilken betydning det har haft at inddrage brugerne i løsningen af den brændende platform. Hensigten var at indhente viden fra frontmedarbejdere og nøglepersoner, dvs. de medarbejdere der havde opnået konkret praksisnær erfaring med at inddrage brugerne i løsningen af 'den brændende platform'.

Data fra	Spørgsmål	Planlagte deltagere	Planlagt til
Grubeinterview B	Hvilken betydning har brugerinddragelse haft for løsning af den brændende platform?	Frontmedarbejdere og nøglepersoner i projektet	Juni 2020

Grubeinterview B (Gr-B) varede 1-1,5 time hvert sted, og tog udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide. Se Bilag 4.

Ad 4)

Hvilken betydning har det lokale projekt haft for udvikling af organisationens inddragelsesmodenhed, og hvad har haft betydning?

Formålet med spørgsmål 4 var at indhente viden om de enkelte hospitalers erfaringer og egne fortolkninger af, hvad der har haft betydning for organisationens udvikling af inddragelsesmodenhed, og hvordan læringen fra det lokale projekt, er blevet anvendt til at udvikle en mere bæredygtig brugerinddragende kultur i hele organisationen.

Data fra	Spørgsmål	Planlagte deltagere	Planlagt til
Grubeinterview C	Hvilken betydning har det lokale projekt haft for organisationens inddragelsesmodenhed? Hvad har haft betydning?	Direktør, kvalitetschef, tovholder	September 2020

Gruppeinterview C (Gr-C) varede ca. 1 time og tog udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide, se Bilag 5.

Ad 5)

Hvordan har deltagelse af brugerrepræsentanter i styregruppen bidraget til projektets formål?

Midtvejs i projektet blev styregruppen klar over, at der var meget læring at hente, ved konkret at fokusere på de erfaringer vi har gjort os ved at have brugere med på styregruppeniveau. Det blev derfor besluttet at gennemføre et interview med brugerrepræsentanterne fra styregruppen. Gruppeinterviews blev igen valgt, da deltagerne undervejs i interviewet hører og reflekterer over det de andre siger, og dermed øges muligheden for, at der genereres viden undervejs.

Der indgår endvidere data fra mundtlig evaluering af styregruppens indsats i projektet fra det sidst afholdte styregruppemøde maj 2020, samt data fra interview C.

Ligesom ved de andre gruppeinterviews blev gruppeinterview D gennemført af ViBIS med udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide (Bilag 6).

Nedenfor er en oversigt over, hvilke spørgsmål interview og mundtlig evaluering havde til formål at besvare, hvilke deltagere der var i de enkelte interviews og møder, og hvornår dataindsamlingen var planlagt til.

Data fra	Spørgsmål	Deltagere	Planlagt til
Gruppeinterview D	Hvordan har deltagelse af brugerrepræsentanter i styregruppen bidraget til projektets formål?	Brugerrepræsentanter	Juni 2019
Mundtlig evaluering af projektførelse	Hvordan har processen forløbet?	Styregruppemøde maj 2020	Maj 2020
	Hvordan har deltagelse af brugerrepræsentanter i styregruppen bidraget til projektets formål?	Afsluttende workshop oktober 2020	Oktober 2020

Alle gruppeinterviews blev efterfølgende tematiseret enkeltvis og sidenhen samlet med fokus på, hvilke læringspointer der gik på tværs.

2.3. Udvikling af anbefalinger

Med udgangspunkt i de læringspointer analysen af dataindsamlingen viste i hvert enkelt casestudie, blev der sammenfattet en række fælles læringspointer og anbefalinger

På en afsluttende workshop med deltagelse af styregruppen, de lokale projektgrupper samt projektgruppen fra ViBIS, blev de tematiserede læringspointer og anbefalinger kvalificeret og prioriteret.

ViBIS har herefter formuleret de samlede læringspointer og anbefalinger. Målgruppen for disse er primært direktioner og kvalitetsafdelinger.

2.4. Gennemført proces for erfaringsopsamling

Covid-19 blev flere af de lokale projekter sat på pause fra foråret 2019 og hen over sommeren.

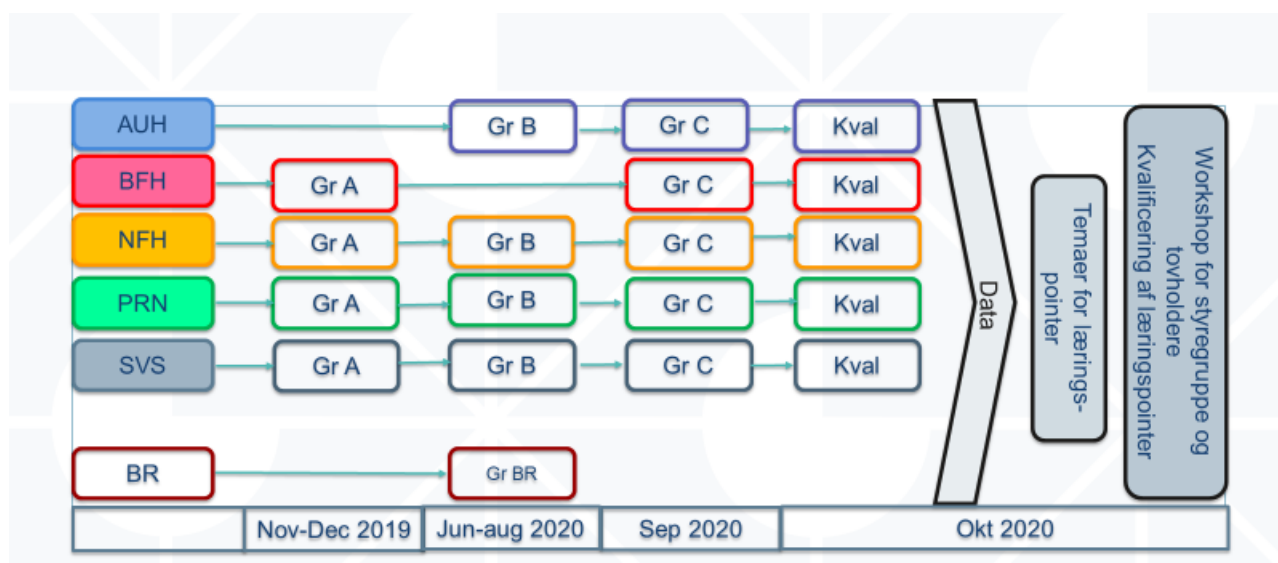
Nogle projekter var kommet i gang, mens andre blev sat på pause netop på det tidspunkt, hvor de skulle i gang med at udforske virkeligheden (fase 2), eller designe og afprøve indsatsen (fase 3).



Det betød at flere projekter først kom i gang igen efter sommerferien 2019. Nogle måtte starte forfra med kick-off, andre kunne fortsætte derfra hvor de var nået til.

At projektet rent tidsmæssigt blev rykket ca. et halvt år, har naturligvis også påvirket erfaringsopsamlingen. AUHs interview A, var af praktiske grunde blevet rykket til marts 2020, men måtte helt aflyses pga. Covid-19. Interview B, der omhandlede klinikernes erfaringer med at inddrage brugerne i løsningen af den brændende platform, var planlagt til at blive gennemført juni 2019. Tre af fem gruppeinterviews blev rykket til august, for at øge chancen for at klinikerne havde erfaringer at bidrage med til interviewet. BFHs projektgruppe, der skulle have deltaget i interview B, var gået i opløsning på det planlagte tidspunkt, og det gav ikke mening at interviewe andre. Derfor blev dette interview aflyst.

Den gennemførte proces for erfaringsopsamlingen ses nedenfor i figur 5



Figur 5: Gennemført proces for indsamling af data til erfaringsopsamling, og udvikling af anbefalinger

Covid-19 påvirkede også måden interviewene blev afholdt på. De interviews der blev afholdt i august og september (B og C) blev gennemført digitalt i stedet for ved fysisk fremmøde. Derfor blev der lagt en kvalificeringsrunde ind, hvor den lokale projektleder sammen med ViBIS projektgruppe kvalificerede første udkast til casebeskrivelsen. Kvalificeringsrunderne blev ligeledes holdt digitalt, og foregik i september/oktober 2020.

Den afsluttende workshop til kvalificering af læringspointer og anbefalinger blev ligeledes afholdt digitalt

3. Resultater

Dette afsnit indeholder beskrivelser af de erfaringer der er samlet op i projektet. Beskrivelserne er delt op i følgende afsnit:

1. Erfaringer med brug af ViBIS' værktøj til at vurdere organisationens inddragelsesmodenhed (afsnit 3.1)
2. Fem casestudier, omhandlende hvert hospital (afsnit 3.2-3.6)
3. Erfaringer med at inddrage brugere i styregruppen (afsnit 3.7)

De fem casestudier er beskrevet ud fra samme skabelon. Beskrivelsen indledes med et kort baggrundsafsnit, efterfulgt af et kort resume af den samlede casebeskrivelse.

Beskrivelsen er herefter delt op i to dele:

- 1) *Beskrivelse af projektet og dets resultater* er den faktuelle beskrivelse af projektet, som den lokale projektleder har bidraget til gennem den lokale afrapportering, og er beskrevet i følgende afsnit:
 - Den lokale organisering af projektet
 - Den iværksatte indsats
 - Beskrivelse af indsatsen
 - Den brugerinddragende indsats
 - Udvalgte indikatorer
 - Det opnåede resultat
- 2) *Læring uddraget af projektet* er en beskrivelse af den læring der har fundet sted, og er beskrevet i følgende afsnit:
 - Læring i forhold til at inddrage brugerne i løsning af den brændende platform
 - Læring og anbefalinger i forhold til at skabe bæredygtig brugerinddragelse
 - Konklusion
 - Vigtigste læringspointer

Citaterne der er anvendt, er udvalgt for at eksemplificere væsentlige pointer.

3.1 Erfaringer med brug af ViBIS' værktøj til at vurdere organisationens inddragelsesmodenhed

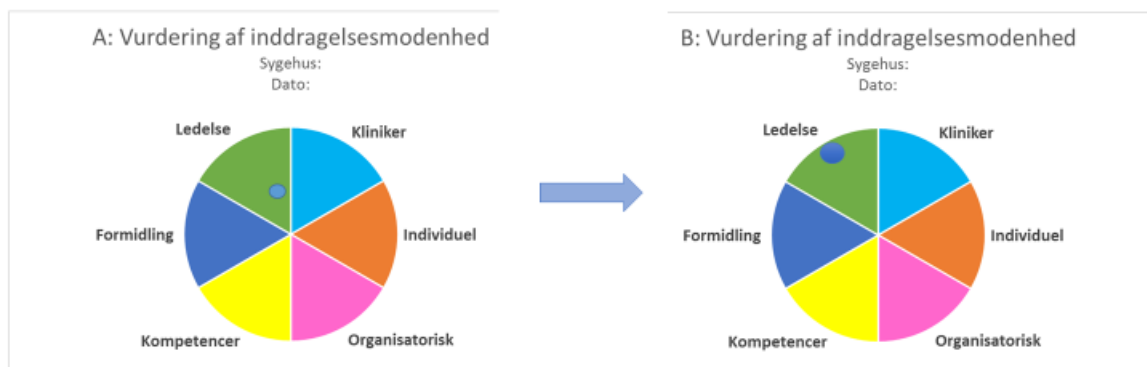
Dette afsnit er en beskrivelse af de erfaringer projektet har givet med at anvende ViBIS' værktøj til måling og kortlægning af organisationernes inddragelsesmodenhed ved projektets begyndelse. Erfaringen baserer sig på de fire interviews, hvor værktøjet er anvendt på henholdsvis BFH, NFS, PRN og SVS.

Anvendelse af værktøjet

I projektet ønskede man at teste anvendelsen af ViBIS' inddragelsesmodenhedsværktøj til kortlægning og dialog om organisationens inddragelsesmodenhed.

Ideen var også at anvende værktøjet som en form for måling af, i hvilken grad og inden for hvilke dimensioner, organisationen havde udviklet sin inddragelsesmodenhed i projektperioden. Derfor var planen, at gruppeinterview A skulle gennemføres to gange – første gang ved projektets begyndelse og anden gang ved projektets afslutning. Ideen var, at man på den måde kunne sammenligne modenheden på de to tidspunkter, og dermed bidrage til at besvare spørgsmålet: *Har organisationen udviklet sin inddragelsesmodenhed?*

Modenhedsværktøjets tiltænkte anvendelse til måling er eksemplificeret nedenfor i figur 6:



Figur 6: Eksempel på tiltænkt måling af inddragelsesmodenhed

Erfaringer med brug af værktøjet

Det viste sig, at formålet med Gr-A ved første interviews gennemførelse ikke var tydeligt. Det betød, at der hos nogle opstod usikkerhed om, hvorvidt interviewet i en afsluttende rapport ville blive brugt til at sammenligne de enkelte hospitalers inddragelsesmodenhed, hvor nogle dermed ville komme til at fremstå dårligt/mindre modne end andre. Oplevelsen er, at denne bekymring nogle steder kom til at overskygge det vigtigste formål, nemlig at kortlægge organisationens egen oplevelse af inddragelsesmodenhed med henblik på at identificere potentialer for udvikling.

En anden erfaring er, at oplevelsen af organisationens inddragelsesmodenhed generelt var meget forskellig, afhængigt af om man er direktør, kvalitetsperson, mellemlider eller kliniker. I et målingsperspektiv udgør denne forskellighed en alt for stor bias, men i et læringsperspektiv var det givende. Flere gange opstod der nysgerrige spørgsmål og uddybende forklaringer af deltagernes forskellige ståsteder. F.eks. oplevede en direktør et sted, at organisationen var meget moden inden for dimensionen *individuel inddragelse*, mens en af klinikerne oplevede modenheden meget lav.

Konklusion

Konklusionen på brug af modenhedsværktøjet er, at det er et godt og brugbart støtteværktøj i dialogen om organisationens inddragelsesmodenhed. Det skaber god mulighed for at få øje på områder, hvor man skal opruste og sætte målet ind. Konklusionen er også, at værktøjet ikke egner sig til måling af, om en organisation har udviklet sin inddragelsesmodenhed.

3.2 Casestudie af Aarhus Universitetshospital

Casestudiet er beskrevet i to dele: 1) *Beskrivelse af projektet og dets resultater* og 2) *Læring uddraget af projektet*. Samlet resume og vigtigste læringspointer er fremhævet.

Baggrund

Patientinddragelse er en vigtig del af strategien om at nå visionen om "At sætte patienten i centrum", og man har for en del år siden organiseret sig med en tværgående enhed: *Enhed for patientinvolvering*.

På AUH er der blevet arbejdet systematisk med udvikling og implementering af individuel brugerinddragelse siden 2014. AUH gennemførte sammen med Århus Universitet og ViBIS fra 2014-2016 projektet 'Det Brugerinddragende Hospital', hvor der på 18 ud af hospitalets 42 kliniske afdelinger blev arbejdet systematisk med implementering af metoderne *fælles beslutningstagning* og *brugerstyret behandling*.

Der er fortsat udfordringer med at få de udviklede indsatser og støtteværktøjer til at blive en fast forankret rutine. Ambitionen er, på sigt, at implementere metoderne i alle afdelinger.

Resume

Den brændende platform:

AUHs brændende platform var at fortsætte implementering af metoderne *fælles beslutningstagning* og *brugerstyret behandling* på flere afdelinger.

Den iværksatte indsats:

At implementere metoderne *fælles beslutningstagning* og *brugerstyret behandling* på 12 udvalgte afdelinger, samt sprede og dyrke den allerede igangværende brugerinddragende kultur.

Blev den brændende platform løst?

Grundet Covid-19, er projektet blevet væsentligt forsinket. Der er udviklet prototyper på brugerinddragende indsatser i tre afdelinger. Afdelingerne er fortsat i gang med at afprøve indsatserne.

Blev brugerinddragelse gjort bæredygtigt?

Der er ingen tvivl om, at projektet har bidraget til, at man på AUH er kommet nærmere en bæredygtig brugerinddragende kultur. Man havde allerede et godt udgangspunkt med de indsatser, der var sat i gang i 'Det Brugerinddragende Hospital', og med de erfaringer man havde gjort sig den gang. Covid-19-situationen bremsede den planlagte implementering af brugerinddragende indsatser i yderligere 12 afdelinger. Men oplevelsen er, at man er godt på vej.

3.2.1 Beskrivelse af projektet og dets resultater

Dette afsnittet er bygget op om den lokale afrapportering beskrevet af den lokale projektleder.

Den lokale organisering af projektet

Navn, Titel, beskrivelse	
Projektejer	Inge Pia Christensen, Sygeplejefaglig Direktør, AUH
Styregruppe	Lisbeth Kallestrup, Chef for Patientinvolvering, AUH Steffen Klemmensen, Konsulent i patientinddragelse, ViBIS
Overordnet projektleder	Steffen Klemmensen, Konsulent i patientinddragelse, ViBIS
Lokale projektledere	Hver af de 12 afdelinger har en lokal projektleder
Projektgruppe	Hver afdeling har en tværfaglig projektgruppe med 3-5 deltagere

Beskrivelse af indsatsen

AUH har fulgt udviklingsprocessen, som er beskrevet i "Værktøjskasserne" fra ViBIS: *Implementering af brugerinddragelse på hospitaler*. Afdelinger har frivilligt kunne melde sig til forløbet og har udpeget et lokalt projektteam. 12 kliniske afdelinger har deltaget i fælles udviklingsforløb for *brugerstyret behandling og fælles beslutningstagning*. Der er afholdt to fælles workshops.

Der er udviklet undervisningsmateriale og drejebøger på centralt niveau, som de deltagende afdelinger har fået præsenteret på de fælles undervisningsdage. De enkelte afdelinger har udviklet egne drejebøger for virkelighedsudforskning, herunder interviewguides med videre. Nogle afdelinger har udviklet prototyper på støtteværktøjer, som understøtter inddragelse af den enkelte patient.

Den brugerinddragende indsats

Patienter og pårørende har været inddraget i udvikling af de lokale indsatser på forskellig vis. Seks afdelinger har gennemført virkelighedsudforskning, hvor patienter og pårørende har deltaget i brugerdialog og interviews, og de har deltaget i udvikling af løsninger, det vil sige fase 2 og 3:

- Fase 2: Virkelighedsudforskning
- Fase 3: Afprøvning og udvikling af prototyper



De resterende afdelinger er forsinkede pga. Covid-19.

Den brugerinddragende indsats i projektet på organisatorisk niveau kan ifølge Arnsteins stige karakteriseres som "middel grad af inddragelse". På det individuelle niveau er der potentielt høj grad af inddragelse.

Udvalgte indikatorer

Succeskriterier:

- At få flere erfaringer med implementering af metoder til individuel patientinvolvering (*brugerstyret behandling og fælles beslutningstagning*)
- Patienter og pårørende som aktive medspillere i bæredygtig udvikling og implementering af metoderne
- Patienterne involveres også i implementering

Indikatorer:

- Organisatoriske data for omlægninger – nogle steder
- Patienttilfredshed – nogle steder
- Personaletilfredshed – nogle steder
- Forskning – nogle steder

Det opnåede resultat

Der er udviklet prototyper på brugerinddragende indsatser i tre afdelinger. Afdelingerne er stadig i gang med at afprøve indsatserne og har endnu ikke målt på effekten.

Projektperioden har været for kort til, at man har kunne følge udviklingen i patienttilfredsheden. På en af afdelingerne har man dog en god fornemmelse af, at patienterne føler sig godt inddraget. De har gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt patienterne, der lige før sommerferien viste stor tilfredshed med patienternes oplevelse af inddragelse, projektlederen sagde:

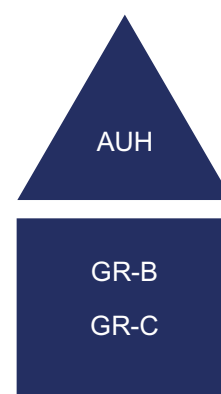
Vi har lige lavet en follow-up af de spørgeskemaer med, hvor meget patienterne føler sig inddraget – det gør de faktisk.

3.2.2 Læring uddraget af projektet

Dette afsnit er en beskrivelse af den læring, der har fundet sted i projektet, og er en sammenfatning af analysen af gruppeinterview B og C. Gruppeinterview A var planlagt, men blev ikke gennemført på grund af Covid-19.

Afsnittet beskrives i to temaer:

- *Læring i forhold til at inddrage brugerne i løsning af den brændende platform*
- *Læring og anbefalinger i forhold til at skabe bæredygtig brugerinddragelse*



Under hvert tema er beskrevet de vigtigste erfaringer og læringspointer man har gjort sig med projektet. Afsnittet afsluttes med en konklusion og en sammenfatning af de vigtigste læringspointer.

Læring i forhold til at inddrage brugerne i løsning af den brændende platform

Dette afsnit beskriver de erfaringer, man har gjort sig med henblik på at inddrage brugerne i udvikling af indsatsen. Erfaringerne kan kategoriseres i følgende læringstemaer:

- En "brændende platform" som afsæt for indsatsen
- Inddragelse af patienter i udvikling
- Inddragelse af klinikerne i udvikling

En 'brændende platform' som afsæt for indsatsen

AUHs 'brændende platform' var et ønske om at videreudvikle og implementere de individuelt brugerinddragende metoder *fælles beslutningstagning* og *brugerstyret behandling*, som man allerede var i gang med. Interviews med klinikerne og projektlederne for de lokale projekter har vist, at det er vigtigt for klinikerne at opleve meningsfuldhed i forhold til den indsats, man besluttede at arbejde videre med. Nogle havde svært ved at se koblingen med det overordnede projekt *Bæredygtig Brugerinddragelse*, og den indsats, de skulle vælge i det lokale projekt, for uden oplevelsen af en 'brændende platform' blev det brugerinddragelse, der var genstand for indsatsen og ikke et egentligt behov/problem. Det gjorde, at det for nogle var vanskeligt at engagere sig i starten. En læge fra en lokale projektgruppe sagde om opstarten på deres projekt:

En tænkte: "Det gider jeg ikke", mens en anden sagde: "Åh nej". Så der var ikke rigtig noget drive i starten, men det er kommet hen ad vejen.

I et andet nyopstartet center havde man skabt en vision om, at brugerinddragelse skal være en del af centerets DNA, og man valgte derfor et projekt, hvor deres 'brændende platform' var *inddragelse af patienterne* som det centrale. Deres oplevelse var, at det var meningsfuldt at arbejde videre med patienternes input fra virkelighedsudforskningen. En af projektgruppedeltagerne oplevede det sådan:

I vores etablering af centret har vi en vision – brugerinddragelse skal være en del af vores DNA fra start. Derfor har vi ledt lidt efter, hvor vi kunne inddrage patienterne, og hvor vi kunne lave noget brugerinddragelse. Vi lavede også virkelighedsudforskning via brugerpanel... Der kom vi frem til, at dialogen med læge og sygeplejerske ikke kunne være "one size fits all". Vi havde måske en idé om det inden, at det var det vi gerne ville, men vi fandt også ud af, at det var en efterspurgt ting hos patienterne – altså dialogen.

Inddragelse af patienter i udvikling

En af erfaringerne er, at det har stor værdi at gennemføre virkelighedsudforskning. Der kommer emner og problemstillinger frem under patientinterviews, som personalet ikke havde regnet med, og det gør indtryk på klinikerne at høre patienternes oplevelser af deres forløb og kontakt med sundhedsvæsenet. En lokal projektleder sagde:

Det vi har fundet ud af er, at det patienterne siger, virkelig gør indtryk. Vi har fremlagt udsagn fra vores interviews, og det har stort impact.

Et af de resultater der er opnået ved at have haft patienter med i udviklingsprocessen er, at klinikerne oplever, at de bliver mere præcise i deres beskrivelse af et forløb eller en behandling, når de skal præsentere det for patienterne.

Erfaringen er også, at det er vigtigt at forholde sig til, hvad man ønsker patienternes input til, og hvornår i forløbet patienterne eller de pårørende har bedst mulighed for at bidrage med netop deres viden. Involverer man dem på det forkerte tidspunkt, får man ikke det ud af det, som var hensigten. En lokal projektleder havde følgende oplevelse af deres virkelighedsudforskning, som både lå for sent i forhold til den indsats der allerede var valgt, og så var det samtidig patienter, uden særlig meget erfaring der deltog i virkelighedsudforskningen:

Patienterne fortalte om deres forløb, men de patienter der deltog, var for tidligt i deres forløb.

... Vi have et brugerpanel, hvor tre patienter fortalte om deres erfaringer, men de blev først involveret efter projektet var startet og indsatsen besluttet¹

Men der er ingen tvivl om, at virkelighedsudforskning er en metode, der opleves meningsfuld, og som flere afdelinger vil arbejde videre med i en eller anden form. En lokal projektleder sagde:

Vi har snakket om brugerpanelet – det kunne man godt bruge mere i afdelingerne og invitere læger og sygeplejersker ind. Det kunne man gøre med andre diagnoser også.

Men en erfaring er også, at det kræver nogle helt særlige faciliteringskompetencer af den, der driver og faciliterer de brugerinddragende processer, for at man kan lykkes værdigt og givtigt med det.

Inddragelse af klinikerne i udvikling

For at skabe det rette engagement og bæredygtige løsninger i praksis, er det vigtigt også at inddrage klinikerne i virkelighedsudforskning og i udvikling og implementering af redskaber. Ellers risikerer man at udvikle redskaber, der ikke bliver brugt. Den erfaring havde de i en afdeling, og den lokale projektleder udtrykte:

Værktøjet er godt, og der har været patienter med til at udvikle det, men der mangler personaleinddragelse – og det bliver ikke brugt, fordi lægerne ikke kan se meningen med det. Hvis klinikerne ikke inddrages, risikerer man, at de løsninger man når frem til, ikke opleves meningsfulde eller anvendelige for alle.

Oplevelsen er også, at tværfaglig deltagelse i udvikling af værktøjer har værdi på flere måder. En af afdelingerne har oplevet, at det at være sammen om at udvikle et værktøj og efterfølgende anvende det samme værktøj, har været med til at skabe et fælles tværfagligt syn på, hvad der er vigtigt for patienten. Kvaliteten af det tværfaglige samarbejde er derfor højnet, og oplevelsen er, at der er skabt bedre sammenhæng i forløbet for den enkelte patient. De enkelte faggrupper ser og har fokus på noget forskelligt,

¹ Den metode, som i citatet omtales som "brugerpanel" er det, som i Region Midt kaldes "Brugerdialog". Andre steder hedder metoden Feedback møde. Det særlige ved metoden er, at der er dialog mellem en gruppe af patienter og en gruppe af personale.

men man arbejder mod et fælles mål. De fagsiloer man kunne opleve førhen, er blevet nedbrudt. En projektgruppedeltager sagde:

Rent medicinsk kan jeg mærke, at det gør noget ved de lægelige konsultationer, at patienterne kommer ind med et andet ønske og mål for behandling pga. det der foregår bagved (målsamtalerne) og det giver noget – rent kommunikativt.

Læring og anbefalinger i forhold til at skabe bæredygtig brugerinddragelse

Læringen fra såvel projektet 'Det Brugerinddragende Hospital' og dette projekt er, at der er vigtige forudsætninger, der er afgørende for, om man som organisation lykkes med at skabe en bæredygtig brugerinddragende kultur. Dette afsnit beskriver disse erfaringer, der er kategoriseret i følgende temaer:

- Ledelse af brugerinddragelse
- Metodestringens
- Spredning af gode historier – og peers

Ledelse af brugerinddragelse

For AUH handler ledelse af brugerinddragelse særligt om følgende: At 'committe' sig, at sikre tværfaglighed og at sikre rammerne, samt efterspørge brugerinddragelse og drive processerne. Disse forudsætninger uddybes i dette afsnit.

'Commitment'

Som ledelse skal man virkelig *ville* brugerinddragelse og 'committe' sig til det, og det gælder ledelse på alle niveauer. Hospitalets øverste ledelse har gode erfaringer med at have en forventningsafstemning med afdelingsledelsen om afdelingens parathed forud for opstarten af et projekt, med henblik på at de enten erkender, at det ikke er det rette tidspunkt eller 'committer' sig. Lederen af brugerinddragelse sagde:

Jamen jeg spørger dem: Vil du det virkelig? Det kræver at du prioriterer det. Hvordan vil du gøre det, og vise det? ... De kan godt sige, at de ikke vil være med. Indtil videre har det været båret på frivilligbasis. Nogle af de bedste projekter vi har, var med nogle der i starten sagde, at de ikke havde ressourcer til det. Så går der nogle runder – så kan de sige, vi vil ikke være med i denne runde, men så vil de måske gerne være med når de lige har tænkt lidt over det. En afdelingsledelse har rigtig mange konkurrerende dagsordener. Men hvis de siger, det her vil vi, og de her personer kommer til at bære det hos os, det giver ledelsesopbakning.

Sikre tværfaglighed

Hvis brugerinddragelse skal implementeres og gøres bæredygtigt, er erfaringen, at det er vigtigt at sikre tværfaglig forankring. En af de erfaringer, klinikkerne har haft er, at det har været vanskeligt at få alle faggrupper involveret i projektet:

Det har primært været sygeplejersker, lægerne kunne ikke være med, når de blev inviteret. Og når de ikke får medejerskab, så sker der ikke noget. Det er ikke bare vigtigt, det er nødvendigt, at de får ejerskab.

For at man kan lykkes med at gøre en indsats tværfaglig er det afgørende, at ledelsen prioriterer og skaber rammer for, at alle projektdeltagere får tid til at være aktive og deltagende i projektet, hvilket ikke er lykkedes alle steder. En lokal projektleder havde følgende oplevelse:

Vi har haft en kirurg med i vores team, som vil det rigtig gerne, men som virkelig har haft udfordringer med at finde tid til det... det har absolut ikke manglet på hendes interesse.

En af de erfaringer, man har gjort sig på AUH, er vigtigheden af, at den øverste ledelse i forventningsafstemningen med afdelingsledelserne spørger ind til, hvordan de vil sikre, at indsatsen bliver tværfagligt forankret.

I en af afdelingerne er det lykkedes at udvikle indsatsen tværfagligt. Alle oplever det meningsfuldt at inddrage patienterne, og man oplever værdi af det. Derfor er det et initiativ, man klart forventer vil fortsætte, og som har øget opmærksomheden på at spørge ind til og tage udgangspunkt i det, der er vigtigst for patienten.

Sikre rammer, efterspørge og drive processerne

Når først projektet er kommet i gang, har ledelsen en vigtig opgave i forhold til at prioritere indsatsen, sikre ressourcer, vise engagement og efterspørge erfaringer og resultater. Der er mange konkurrerende dagsordener, og hospitalsledelsens erfaring er, at det er vigtigt at holde fast og skubbe på:

Hvis ikke vi står der, har ressourcerne til det, og efterspørger det vedvarende, så falder det til jorden... Vi taler om det i mange sammenhænge, f.eks. i alle driverdiagrammer over problemer, der står patientinvolvering – og vi efterspørger det hver gang.

Oplevelsen er, at *det er et langt sejt træk* at ændre en kultur, og netop i de perioder hvor der er konkurrerende dagsordener, lav motivation m.m., er det vigtigt, at der er nogle til at drive processerne, holde ved og skubbe på:

Et kulturelt skifte tager meget lang tid, og pushet skal være der rigtig længe.

Metodestringens

Erfaringerne fra AUH er, at metodestringens er et nøglebegreb i forhold til at skabe bæredygtig brugerinddragelse. Metodestringens handler særligt om at være stringent omkring bærende metoder, at have et fælles sprog, at der er sammenhæng mellem den brugerinddragende indsats og hospitalets andre indsatser. Samtidig skaber en stringent anvendelse af metoder gode muligheder for en solid vidensopsamling, som kan bidrage til at gøre brugerinddragelse bæredygtigt. Dette vil blive uddybet i afsnittet her.

Stringens omkring bærende metoder

På AUH har man erfaring med vigtigheden af at være meget metodestringent. Virkelighedsudforskning er en metode til inddragelse af patienter i udvikling af indsatser, mens metoderne *fælles beslutningstagning* og *brugerstyret behandling* er metoder til inddragelse af den enkelte patient. Og med brug af de metoder er man meget stringent. Lederen af brugerinddragelse udtrykte:

For mig er det slående, hvor vigtigt det er at være metodefast. Jeg vidste det ikke for fem år siden, men vi skal køre det her indtil det sidder oppe under neglene, det er først der, det kan løse hverdagsproblemer. Både 'brugerstyret behandling' og 'fælles beslutningstagning' men også virkelighedsudforskning.

Der er fortsat megen læring at hente i forhold til, hvordan man bedst muligt inddrager brugerne i udvikling af indsatser. Bæredygtigheden består blandt andet i, at patienterne er med 'hele vejen', så det der bliver udviklet, bliver brugt og anvendt langt tid frem. For at det kan ske, skal patienterne blandt andet inddrages mere i selve implementeringen af indsatsen. Det er et område, ledelsen af brugerinddragelse ønsker at arbejde mere med.

Den måde vi tænker bæredygtighed på er, om vi kan have patienterne med hele vejen i implementeringen. At vi tager dem alvorligt, at der sker noget når vi sætter noget i gang – der er vi ikke nået til endnu.

Fælles sprog

Fra ledelsens side er oplevelsen, at det har været vigtigt at arbejde videre med den begrebsafklaring og fælles forståelsesramme, der blev skabt i projektet 'Det Brugerinddragende Hospital'. Det har blandt andet betydet, at man har fastholdt brug af ordet 'patientinvolvering' i stedet for 'patientinddragelse'.

Vi har med vilje ikke kaldt det 'Bæredygtig Brugerinddragelse', vi har bare inviteret dem ind til 'brugerstyret behandling' og 'fælles beslutningstagning'. Det har været rammen for den måde vi har arbejdet med det på tidligere, og det er det stadigvæk.

Fælles sprog om brugerinddragelse, genkendelighed og gentagelser har medvirket til, at begrebet brugerinddragelse er kommet ind under huden på den enkelte, og medvirket til at organisationen nu er godt på vej mod at gøre brugerinddragelse 'bæredygtigt', og erfaringen er:

Hvis vi vil have gribeevne i klinikken, så skal vi tale et sprog de forstår.

Sammenhæng med andre indsatser

Metoderne beskrevet i 'værktøjskassen *Implementering af brugerinddragelse på hospitaler* fra ViBIS passer godt sammen med den nationale kvalitetsdagsorden, og helt konkret *forbedringsmodellen*, som er kendt af klinikerne på AUH. De lokale brugerinddragende projekter har således talt ind i en allerede kendt ramme, hvilket har gjort at metoden, der er blevet arbejdet efter, har været genkendelig og dermed forholdsvis nem at arbejde efter.

Brugerinddragelse som indsats matcher også den nationale ulighedsdagsorden, som fylder på AUH. På den måde har indsatserne spillet godt sammen, hvilket har vist sig at være vigtigt, som en af direktørerne udtrykte:

Den anden store dagsorden er, ulighed i sundhed. Når vi kigger på litteraturen, er der ulighed i sundhed, og det her er en af metoderne til at komme det til livs.

Vidensopsamling og evidens

Metodestringens giver også god mulighed for at samle viden op på tværs, og erfaringen er, at det har været med til at give projektet 'tyngde'. Det at *fælles beslutningstagning* er en evidensbaseret metode har været med til at engagere lægegruppen, og samtidig har det virket motiverende, at den viden man selv har opsamlet, har bidraget til ny viden på grund af metodestringens. Ny viden skabt lokalt skaber motivation, og oplevelsen er, at det netop er fordi metoderne er fagligt evidensbaserede, at man har fået lægegruppen med. En af direktørerne sagde:

Når vi arbejder evidensbaseret som vidensmedarbejder, så gælder det også her, og det andet er, at vi også er ved at indsamle noget evidens. Hvis det bliver de tusind blomsters mark, så risikerer vi at få alt for lidt viden om hvad der virker/ikke virker..... Når man hører læger, der har oplevet det, er det nærmest en kropslig oplevelse – fordi de får bredt deres faglighed ud.

Den erfaring, at det er vigtigt at præsentere brugerinddragelse for klinikerne som en metode der er evidens bag, er en erfaring der er skabt tilbage fra 'Det Brugerinddragende Hospital', hvor tilgangen var en anden.

En af konsulenterne fra ViBIS, der har deltaget i begge processer udtrykte denne erfaring således:

Jeg startede med at gå ind som organisationskonsulent meget forstående, at al viden ligger ude hos klinikerne. Men det jeg fandt ud af var, at der sker noget når jeg også tillader mig at være ekspert. Når man tager udgangspunkt i metoderne, kommer det til at handle om behandling. Det er helt afgørende, at nogen har sagt, det er dér patienterne skal inddrages.

Spredning af gode historier – og peers

Erfaringerne fra AUH er, at det har stor betydning for bæredygtigheden, at de gode historier om brugerinddragelse spredes i organisationen, og at man anvender peers som ambassadører for brugerinddragelse til netop at skabe bæredygtighed. Det handler dette afsnit om.

Spredning af de gode historier

Erfaringen er, at spredning af de gode historier kan og bør foregå på alle niveauer. På AUH er den sygeplejefaglige direktør meget opmærksom på selv at være en af 'storytellerne', der er med til at sprede de gode historier om brugerinddragelse. Gode historier er historier, der er meget praksisnære, og fortalt i et sprog som klinikerne forstår, også selvom man er direktør:

Jeg er tit ude i klinikken, og jeg har den ledelsesfilosofi – der hvor de kan prale mest, der lytter jeg rigtig gerne. Vi modtager mange breve fra patienter, som fortæller om det her, og det fortæller jeg videre. Jeg er en 'storyteller', der går rundt.

Som leder er det vigtigt at skabe rammerne for, at klinikerne selv kan sprede de gode historier, og vise at det er højt prioriteret. På AUH arrangerer man seancer i auditoriet, for netop at vise prioriteringen af det. Her giver man klinikerne plads til at fortælle om deres erfaringer og dermed sprede de gode historier. Ledelsens erfaring er, at det har stor værdi, at klinikerne hører det fra andre klinikere.

Når de gode historier bliver fortalt fra afdelingerne, så bliver det – okay, det kunne godt være vi kunne få noget ud af det også så. Klinikerne oplever, at det bliver en gave, et professionelt værktøj – den historie skal klinikerne fortælle... Styrken er, at de selv fortæller, hvad det har betydet, og så er det vigtigt med store auditorier.

Peers af fagfæller

På AUH har man benyttet sig af de ambassadører, der er blevet skabt fra det tidligere projekt: 'Det Brugerinddragende Hospital'. Ambassadørerne er med til at formidle viden, gode historier og kliniske eksempler om brugerinddragelse. De har med deres historier bidraget til, at begrebet brugerinddragelse ikke længere er et 'fluffy', udflydende begreb, da de bl.a. er med til at sprede historier om, hvad det at inddrage brugerne betyder i praksis.

Erfaringen er, at det er vigtigt at have ambassadører på flere niveauer, og at det foregår blandt 'ligestillede' som peers, f.eks. læge til læge. På den måde er de lokale peers med til at skabe et fælles mindset. Oplevelsen er, at brug af peers er en meget vigtig årsag til, at brugerinddragelse er blevet en så forholdsvis velintegreret del af kulturen, som den er i dag.

Konklusion

Der er ingen tvivl om, at projektet har bidraget til, at man på AUH er kommet nærmere en bæredygtig brugerinddragende kultur. Man havde allerede et godt udgangspunkt med de indsatser, der var sat i gang i 'Det Brugerinddragende Hospital', og med de erfaringer man havde gjort sig den gang. Covid-19 situationen bremsede den planlagte implementering af brugerinddragende indsatser i yderligere 12 afdelinger. Men oplevelsen er, at man er godt på vej mod en kultur, hvor brugerinddragelse er et naturligt element i organisationens måde at tænke udvikling på.

Vigtigste læringspointer

- Det kan være vanskeligt at engagere klinikerne, særligt lægegruppen, hvis der ikke er en brændende platform. Brugerinddragelse er ikke godt nok som mål i sig selv.
- At gennemføre virkelighedsudforskning er vigtigt. Det har stor værdi at inddrage patienterne i afdækning af problemer, det giver bedre løsninger, og det er med til at engagere klinikerne og skabe mening.
- Tværfaglig deltagelse er nødvendig, for at indsatsen kan spredes og implementeres i hele organisationen.
- At lede brugerinddragelse i praksis handler først og fremmest om at sikre 'commitment' på alle niveauer, tværfaglig forankring og rammer, der gør det muligt at gennemføre indsatsen.
- Man har særdeles gode erfaringer med at være meget metodestringent. Det gælder både i forhold til at fastholde og anvende et fælles sprog om brugerinddragelse, og de metoder man anvender.
- Man har særdeles gode erfaringer med bevidst at sprede de gode historier om brugerinddragelse. Man har gode erfaringer med at benytte sig af de ambassadører, der er blevet skabt fra det tidligere projekt 'Det Brugerinddragende Hospital'. Erfaringen er, at det er vigtigt at have ambassadører på flere niveauer, og at det foregår blandt "ligestillede" som peers.

3.3 Casestudie af Bispebjerg-Frederiksberg Hospital

Casestudiet er beskrevet i to dele: 1) *Beskrivelse af projektet og dets resultater* og 2) *Læring uddraget af projektet*. Samlet resume og vigtigste læringspointer er fremhævet

Baggrund

Fra hospitalets øverste ledelse, direktionen, er der gode intentioner om, at BFH skal være et brugerinddragende hospital. Under konceptet *Det samarbejdende hospital* er et af sporerne i hospitalets strategi, at man arbejder efter: *Vi møder den enkelte patients behov*. Her nævnes netop *dialog og inddragelse i forhold til at træffe beslutninger*, som et særligt område man arbejder målrettet efter.

Der praktiseres brugerinddragelse på hospitalet, men som udgangspunkt uden systematik eller fælles metode. Nogle afdelinger har haft fokus på *'Hvad er vigtigt for dig'*-tilgangen, andre har gode erfaringer med at inddrage patienter i udvikling af tiltag i afdelingen. I forbindelse med det første gruppeinterview (Gr-A) blev det tydeligt, at organisationen som udgangspunkt manglede en fælles forståelse af begrebet.

Man har tidligere haft patient- og pårørenderepræsentanter med i forskellige råd på hospitalet. Erfaringerne var, at der var usikkerhed om, hvad patienter og pårørendes opgave i rådene var. Det var vanskeligt at gøre møderne meningsfulde, og derfor vanskeligt at fastholde patienter og pårørendes engagement.

Resume

Den brændende platform:

BFHs udfordring blev at nedsætte et funktionelt patient- og pårønderåd, og udvikle kompetencer i forhold til at drive et sådant. Her ad vejen blev dette ændret til at opbygge en organisering med kapacitet og kompetencer til at inddrage patienter og pårørende mere systematisk i hospitalets udvikling.

Den iværksatte indsats:

Indsatsen rettede sig mod at udvikle en lokal BFH-model for organisatorisk brugerinddragelse med sigte på at gøre det nemt at inddrage patientperspektivet i udviklingsprocesser på hospitalet fremadrettet.

Blev den brændende platform løst?

Oplevelsen er, at man er godt på vej til at udvikle en lavpraktisk "pop-op model", hvor patienternes input inddrages tidstro. Modellen kan appliceres på mange forskellige problemstillinger.

Blev brugerinddragelse gjort bæredygtigt?

Erfaringen er, at det tager tid, og mere end et enkelt projekt, at udvikle en bæredygtig brugerinddragende kultur i en hel organisation. Projektet har bidraget til, at man har fået nogle redskaber, udviklet en parathed og opbygget kapacitet og kompetencer, der gør, at man er godt på vej. F.eks. er der allerede aftaler mellem flere afdelinger og *Enhed for Brugerinddragelse* om hjælp til brugerinddragende processer.

3.3.1 Beskrivelse af projektet og dets resultater

Dette afsnittet er bygget op om den lokale afrapportering beskrevet af den lokale projektleder.

Den lokale organisering af projektet

Navn, Titel	
Projektejer	Liselotte Probst Brandum, Kvalitetschef
Projektleder (tovholdere)	Iben Tousgaard, Sygeplejefaglig Forskningskonsulent, MPH. Rie Laurine Rosenthal Johansen, Kvalitetskonsulent, Kvalitet og Uddannelse
Projektgruppe	Der blev nedsat en projektgruppe ved projektets start, bestående af projektlederne og repræsentanter fra forskellige afdelinger, blandt andet en oversygeplejerske, en ledende sekretær, en sygeplejerske og patientvejledere. Projektgruppen blev opløst undervejs i forløbet. I stedet for den faste projektgruppe, blev <i>Enhed for Brugerinddragelse</i> involveret i eksisterende projekter og samarbejdede med de klinikere der drev dem.

Beskrivelse af indsatsen

Indsatsen rettede sig mod at udvikle en lokal BFH-model for organisatorisk brugerinddragelse med sigte på at gøre det nemt at inddrage patientperspektivet i udviklingsprocesser på hospitalet.

Hensigten med modellen er, at den skal understøtte let adgang til patienter og pårørendes input, viden og erfaring og være med til at sikre, at patienter og pårørende involveres i de forskellige faser af udviklingsarbejdet generelt, som beskrevet i ViBIS' værktøjskasse *Implementering af brugerinddragelse på hospital*. (Se afsnit 1.4.2).

Det blev besluttet at udvikle modellen i praksis med udgangspunkt i konkrete emner. Fokus skulle være at afprøve forskellige metoder til at få patientens perspektiv frem i de enkelte faser. Der blev afprøvet tre metoder – A) En 'postkassemodel'; B) En 'pop-op-model' og C) En videreudvikling af pop-op-modellen'.

A) Postkassemodel

'Postkassemodellen' fungerer på den måde, at man ved et opslag henvender sig til patienterne om et givent emne. Patienterne kommenterer på et postkort og afleverer det i postkassen. Det konkrete emne i afprøvningsfasen var at "Finde Vej", hvor man ønskede at rekruttere patienter til en workshop om emnet. Emnet blev valgt, da oplevelsen er, at mange patienter har svært ved at finde vej på hospitalets adresse, hvilket blandt andet betyder, at man i ambulatorierne ofte oplever forsinkelser, fordi mange patienter kommer for sent til ambulante besøg.

B) Pop-op model

Pop-op modellen fungerer på den måde, at man får umiddelbare tidstro erfaringer og ideer fra patienter på et givent emne. De to lokale projektledere for projektet stillede sig op i et venteområde og stillede spørgsmål til de patienter, der var til stede, og som havde lyst til at deltage.

Der blev i alt gennemført fire runder. Tre runder med et konkret emne: "Finde Vej". En runde med et mere abstrakt emne: "Hvad er vigtigt for dig?" (Tryk Fondens årlige kampagne). Der blev sat en bod op i hospitalets forhal, og de brugere der var til stede, blev inviteret til et lille interview om "Hvad er vigtigt for dig?". Denne model blev afprøvet tre gange. Herefter blev brugerne efter interview opfordret til at udfylde besvarelsen af "Hvad er vigtigt for dig?" på et postkort, og lægge disse i opstillede postkasser. Postkortene blev efterfølgende hængt op på kvalitetstavlen i 'Afdeling for Kvalitet og Uddannelse'.

C) Videreudvikling af 'pop-op-model'

En videreudvikling af 'pop-op modellen' havde til hensigt at inddrage særlige målgrupper, f.eks. patienter fra en bestemt afdeling, eller patienter med en specifik diagnose eller særlig problemstilling. Denne model er blevet afprøvet i forbindelse med emnet 'Videokonsultationer'.

Der blev udviklet en spørgeguide sammen med klinikerne, og en af tovholderne ringede patienterne op i umiddelbar fortlængelse af deres konsultation.

Den brugerinddragende indsats

Værktøjskassen: *Implementering af brugerinddragelse på hospitaler*, indeholder procesværktøjer der understøtter implementering af inddragelsesmetoderne *fælles beslutningstagning* og *brugerstyret behandling*. BFH har anvendt værktøjskassen som ramme for udvikling af indsatsen der som tidligere nævnt (se afsnit 1.4.2), retter sig mod organisatorisk inddragelse.

Patienterne har i mere eller mindre grad været inddraget i alle faser i udviklingen af de tre metoder.

- Fase 2: Udforske virkeligheden (informanter, medfortolkere)
- Fase 3: Design og afprøve indsatsen (medplanlæggere, testpersoner, feedback)
- Fase 4: Vurdere kvaliteten af støtteværktøjet (feedback, medfortolke og vurdere)
- Fase 5: Fastholde indsatsen i hverdagspraksis (erfaringer, feedback, fortolke)



Den brugerinddragende indsats i projektet kan ifølge Arnsteins stige karakteriseres som "middel grad af inddragelse". Patienterne er hovedsagelig blevet inddraget som testpersoner i afprøvningsfasen af de

enkelte modeller, som så er udviklet og tilpasset efter den erfaring man har gjort sig med brug af den, og den tilbagemelding patienterne er kommet med.

Udvalgte indikatorer

Udbyttet og anvendeligheden af de enkelte metoder er blevet evalueret i de enkelte afprøvninger med spørgsmål som f.eks.:

- 1) Understøttede metoden arbejdet i den enkelte fase?
- 2) Oplevede det involverede personale, at patienterne blev inddraget?
- 3) Bidrog metoden med værdi til arbejdet?

Der er ikke opstillet nogle kvantitative indikatorer for den overordnede indsats.

Det opnåede resultat

Ad A) 'Postkassemodellen':

'Postkassemodellen' blev forkastet, da ingen patienter responderede på opslaget.

Ad B) 'Pop-op modellen':

a) Emnet "Finde vej":

I alt interviewede de to lokale projektledere 37 patienter om deres oplevelser med at finde vej på hospitalet.

Patienterne bidrog primært som informanter og kom med konkrete ideer til forbedring (Fase 2 og 3).

b) Emnet 'Hvad er vigtigt for dig?':

Oplevelsen var, at spørgsmålet var for ukonkret, og dermed var patienternes input vanskelige at bruge til noget.

Patienterne bidrog primært som informanter (Fase 2)

Metodiske erfaringer med 'Pop-op modellen':

'Pop-op modellen' er en nem metode til at indhente viden om patienternes reelle oplevelser. Patienterne var meget glade for at blive spurgt og havde 'massere på hjerte'. Det er en metode, der egner sig bedst i større ventekområder. Ventetiden er kort i ambulatoriernes venteværelser, og der er ikke mange patienter. En åben tilgang til interviewene er god til at få bredden af erfaringer med. En semistruktureret tilgang gav mere fokuserede samtaler og bedre struktur. At samtalerne var tidstro, gjorde at forbedringsideerne blev meget konkrete og detaljerige.

Metoden fungerer bedst på konkrete emner med en bred målgruppe. Abstrakte emner er svære for patienterne at forholde sig til.

Denne model arbejdes der videre med.

Ad C) Videreudvikling af 'Pop-op modellen'

Emnet "Videokonsultationer":

I alt er tre patienter blevet interviewet om deres oplevelser af videokonsultation som alternativ til fysisk konsultation under Covid-19. Patienterne var med til at afdække alt fra tekniske udfordringer og set-up af IT, til feedback på indholdet i samtalen og videokonsultationens betydning for relationen mellem patient og læge samt generelle fordele og ulemper ved videokonsultationerne. Patienterne bidrog primært som informanter og kom med konkrete ideer til forbedring (Fase 2 og 3).

Metodiske erfaringer med videreudvikling af 'pop-op modellen':

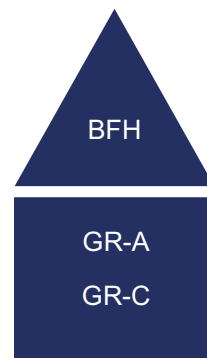
Det er mere tidskrævende at ringe patienterne op, og det kræver at de er blevet informeret af deres behandler samt har samtykket til opkaldet. Det kræver også en tilpasset interviewguide til emnet. Mange patienter takkede ja til interviewet, og samtalerne kunne holdes relativt kort. Man behøvede ikke viden om patienternes forløb, da fokus var meget konkret på den oplevelse de lige havde haft. Alle patienter var glade for at blive inddraget. Ligeledes har det været meningsfuldt for klinikerne at høre patienternes input. Patienternes input kan bruges med det samme i det projekt, de skal bidrage til.

Samlede resultater

Oplevelsen er, at man er godt på vej til at udvikle en lavpraktisk 'pop-op model', hvor patienternes input inddrages tidstro. Modellen kan appliceres på mange forskellige problemstillinger.

3.3.2 Læring uddraget af projektet

Dette afsnit er en beskrivelse af den læring, der har fundet sted i projektet, og er en sammenfatning af analysen af gruppeinterview A og C. Interview B blev ikke gennemført, da projektgruppen var opløst på det tidspunkt disse interviews fandt sted, og der har ikke været andre klinikere med i projektet, som ville kunne bidrage relevant.



Afsnittet beskrives i to temaer:

- *Læring i forhold til at inddrage brugerne i løsning af den brændende platform*
- *Læring og anbefalinger i forhold til at skabe bæredygtig brugerinddragelse*

Under hvert tema er beskrevet de vigtigste erfaringer og læringspointer man har gjort sig med projektet. Afsnittet afsluttes med en konklusion og en sammenfatning af de vigtigste læringspointer.

Læring i forhold til at inddrage brugerne i løsning af den brændende platform

Dette afsnit beskriver de erfaringer, man har gjort sig med henblik på at inddrage brugerne i udvikling af indsatsen af 'pop-op-modellen'. Erfaringerne er, at det er vigtigt at have en form for brændende platform med en konkret problemstilling, både for klinikere og patienter. Disse to læringspointer uddybes i dette afsnit.

Vigtigt med en konkret problemstilling

I starten havde projektgruppen, der primært bestod af klinikere, stor interesse i projektet, men det var svært at fastholde interessen, og de faldt derfor fra i løbet af projektperioden. Oplevelsen er, at det skyldtes, at projektet var for ukonkret, og at der manglede en konkret problemstilling at arbejde med. De blev inviteret til at deltage i et projekt om brugerinddragelse, hvilket var for ukonkret. Som en af projektlederne udtrykte det:

Det havde måske noget at gøre med, at vi inviterede ind til et begreb, der hed 'brugerinddragelse', i stedet for en konkret problemstilling.

Erfaringen er derfor, at det er vigtigt for såvel patienter som klinikers engagement, at man tager udgangspunkt i en konkret og vedkommende problemstilling, når man skal arbejde med brugerinddragelse. *Enhed for Brugerinddragelse* vil netop tænke dette ind, ved fremover bl.a. at have fokus på at tilbyde klinikerne hjælp til at stille skarpt på hvad det er de vil undersøge, og hvordan de vil inddrage deres fund.

På den måde tænkes *Enhed for Brugerinddragelse* at kunne hjælpe til at kvalificere brugerinddragelsen og udfordre klinikerne, så de rent faktisk får bidrag til det de kan og vil forandre.

Det skal være vedkommende

Under Covid-19 opstod der et konkret behov hos klinikerne om at få viden om brugernes oplevelse af at deltage i videokonsultationer. Covid-19 skabte en situation, hvor man blev tvunget til at ændre praksis fra fysisk fremmøde konsultationer i ambulatorierne, til videokonsultationer. Klinikerne manglede viden om, hvordan patienterne oplevede det, og hvad der var vigtigt for dem. Dette blev et vigtigt vendepunkt i projektet. En af projektlederne sagde:

Jeg vil mere sige, at på den måde kom Covid lidt "belejligt" – fordi vi var gået lidt i stå. Det vi erfarede var, at med videokonsultationer kom der nogle konkrete problemstillinger – hvor vi kunne ringe patienterne op og spørge dem. Der sad nogle klinikere, som direkte kunne bruge det. Det kunne lade sig gøre relativt nemt at få den vinkel – det tog ikke så lang tid, og var rimelig nemt og overskueligt. Det er den vej, vi overvejer at gå i fremtiden. Det er, når der er de her problemstillinger – så kan man rekvirere en patientundersøgelse hos os i stedet for at skulle tænke de helt store tanker selv.

Det at det var et efterspurgt behov hos klinikerne betød, at der blev skabt interesse for patienternes input. Samtidig erfarede projektlederne, at det var nemt at indhente brugernes input, da de havde stor interesse i at deltage i noget der både var konkret, og også vedkommende for dem:

Det skal være vedkommende for nogen, der er i det lige nu og her. Hvis der går et halvt år, er folk måske ikke så interesserede i at bidrage. Når noget er nærværende, har vi kun mødt positive tilkendegivelser.

En anden erfaring var, at patienter hellere vil tale med et menneske end at skrive til en postkasse. Samtale menneske til menneske gjorde, at det var nemt at få nogle til at deltage, modsat 'postkassemodellen'.

Samtalen menneske til menneske skabte samtidig flere samtaler, hvor patienterne bidrog med meget detaljerede oplevelser.

De har meget på hjerte, når man spørger dem i den rette situation

Erfaringen er, at patienterne har kunnet bidrage med meget værdifuld detaljerigdom, men det er afgørende, at man spørger dem i den rette situation og på det rette tidspunkt.

Læring og anbefalinger i forhold til at skabe bæredygtig brugerinddragelse

Dette afsnit beskriver de erfaringer man har gjort sig med henblik på at udvikle, implementere og fastholde en brugerinddragende kultur i organisationen. Følgende temaer har været vigtige:

- Ledelsesprioritering og konkurrerende dagsordener
- Kapacitetsopbygning og organisering af brugerinddragelse
- Fælles forståelse
- Gør det enkelt
- Et projekt alene gør det ikke
- Behov for sparring

Disse temaer uddybes i dette afsnit.

Ledelsesprioritering og konkurrerende dagsordener

Det at vi lever i en tid, hvor der konstant opstår nye udfordringer, kan både ses som en fordel og en barriere i forhold til at implementere brugerinddragelse. Det er en fordel, fordi oplevelsen er, at der pt er momentum for at arbejde med brugerinddragelse. Omvendt opstår der hele tiden konkurrerende dagsordener, man som direktion og leder skal prioritere og være tydelig omkring. Som øverste leder skal man derfor gøre sig klart, hvad man ønsker at opnå med at inddrage brugerne, og hvor høj prioritet det skal have:

Selvfølgelig vil vi gerne være et brugerinddragende hospital, og vi har koblet os på en bølge, som har fået mere og mere styrke de senere år..... Det er en 'ongoing' proces, at vi skal minde hinanden om, at det er den vej vi vil gå. Men samtidig stiller vi sindssygt mange krav til medarbejderne om, at de også skal nå en masse andet. Jeg kan godt forstå hvis medarbejderne ikke ved hvad der er højest på vores prioriteringsliste. Men min pointe er, at selvfølgelig vil vi det.

En erfaring er, at det er vigtigt at koble sig på noget, der i forvejen er fokus på, så hospitalets indsatser peger i samme retning, og man netop undgår konkurrerende dagsordener. Det kan være med til at skabe en vigtig sammenhængskraft.

Kapacitetsopbygning og organisering af brugerinddragelse

Det er vigtigt, at der er nogle til at lede og understøtte brugerinddragelse i praksis, og derfor har den måde man organiserer sig på stor betydning. På BFH har man etableret "Enhed for Brugerinddragelse". Det har betydet, at man har fået opbygget kapacitet og kompetencer til at drive de brugerinddragende indsatser, og til at tilbyde klinikkerne hjælp til at facilitere brugerinddragendes processer i praksis. Kapaciteten er dog primært bygget op om de to projektledere.

Forventningen er at denne organisering på sigt vil bidrage til at gøre brugerinddragelse bæredygtigt. I takt med, at klinikerne får øje på betydningen af brugerinddragelse, begynder at efterspørge brugerperspektivet, og får hjælp til at indhente det, vil det efterhånden skabe en mere brugerinddragende kultur. En af projektlederne sagde:

Vi er i en udviklingsfase. I takt med at I og jeg bliver mere kompetente til at udføre det her arbejde – det har også været kompetenceudvikling for os. I takt med at det bliver bedre, kan vi tage flere ind under vores vinger. Det kommer stille og roligt (...). Selvom 'Bæredygtig Brugerinddragelse' står til at slutte, så har vi fået lavet en platform, hvor vi arbejder stille og roligt videre med det. Vi er ikke i mål – men det har mere handlet om kapacitetsopbygning for os.

Men samtidig er man meget opmærksom på organiseringens skrøbelighed, da kapaciteten og kompetencerne pt er meget personbårne.

Det er ikke mere bæredygtigt end, at hvis vi ikke var her, så var det ikke længere bæredygtigt.

Hvis vi skal arbejde med brugerinddragelse i fremtiden, hvordan kan vi så gøre det på en agil måde – selve organiseringen omkring brugerinddragelse. Vi har fået et skub ift. at få det forankret i organisationen på en anden måde. Men der er stadig et stykke vej endnu.

Oplevelsen er, at det lokale projekt har været et startskud, men at man langt fra er i mål endnu.

Gør det enkelt

For at brugerinddragelse kan komme til at leve i organisationen, er det vigtigt at gøre det enkelt, og ikke driftstungt. Projektledernes erfaringer er, at man blandt andet kan gøre det enkelt ved at tilbyde hjælp til, eller selv gennemføre og facilitere, den brugerinddragende indsats. Omvendt er det også med til at skabe engagement hvis klinikerne i en eller anden udstrækning er deltagende. I undersøgelsen af patienternes oplevelse af videokonsultationer deltog klinikerne i at formulere de spørgsmål til spørgeguiden, som de gerne ville have svar på. På den måde blev det både gjort let for klinikerne, samtidig med at de var engagerede. Erfaringen er at man ikke skal være så bange for det, og ikke gøre det at inddrage brugerne mere kompliceret end det er:

Anbefalinger til vores hus er, bare kast jer ud i det. De ting man er gode til, skal vi øve os på. Hvis vi vil være bedre, skal vi øve os. Klinikerne skal være med ift. hvilke patientforløb man vil kigge på.

Et projekt alene gør det ikke

Såvel vicedirektør som kvalitetschef er enige om, at det tager tid, og mere end et enkelt projekt at udvikle en bæredygtig brugerinddragende kultur i en hel organisation, for slet ikke at tale om fem hospitaler på tværs:

Det er ikke nok med et enkelt projekt på fem hospitaler. Det kan ikke lave en total 'game changer' på det her. Men det bidrager ind i, at vi organisatorisk får flere redskaber til næste gang. Men grundlæggende skal det arbejdes ind i hovedet på alle medarbejdere.

Oplevelsen er dog, at man har fået nogle redskaber og udviklet en parathed, der gør, at man er på vej, og der er allerede aftaler i hus mellem flere afdelinger og *Enhed for Brugerinddragelse*.

Behov for sparring

BFH har som det eneste af de fem hospitaler valgt at arbejde med oprustning af organisatorisk inddragelse som resultat. Projektet på BFH handlede ikke om at udvikle og implementere hverken *fælles beslutningstagning*, *brugerstyret behandling* eller andre støtteværktøjer til brug for individuel inddragelse.

Projektledernes oplevelse er derfor, at de har været projektledere på "brugerinddragelse", mens de på de andre fire hospitaler, var projektledere på et konkret projekt, der handlede om individuel inddragelse. De to projektledere har derfor ind imellem følt, at det var svært at sparre med de andre i netværksgruppen, fordi deres rolle og tema var så forskelligt fra det, de andre arbejdede med.

Læringen er, at det havde været ønskeligt at sparre med andre der også arbejdede med implementering af organisatorisk inddragelse. Så hvis man skal danne netværk på tværs, er det er vigtigt at finde de rette at sparre med, der har nogle problemstillinger, man kan spejle sig i.

Hvis man skal lave et læringsfællesskab, skal man minde lidt mere om hinanden i det perspektiv man har.... Der har været gode sparringsrunder i netværket, men sommetider har det været svært hvad man kunne bruge de andre til.

Konklusion

Erfaringen er, at det tager tid, og mere end et enkelt projekt, at udvikle en bæredygtig brugerinddragende kultur i en hel organisation. Men projektet har bidraget til, at man har fået nogle redskaber, udviklet en parathed og opbygget kapacitet og kompetencer, der gør, at man er godt på vej. F.eks. er der allerede aftaler i hus mellem flere afdelinger og *Enhed for Brugerinddragelse* om hjælp til brugerinddragende processer, hvilket indikerer, at praksis er begyndt at efterspørge brugerinddragelse som en del af løsningen.

Vigtigste læringspointer

- Som direktion skal man gøre sig klart, hvad man ønsker at opnå med at inddrage brugerne. *Hvorfor gør vi det her?*
- Det er vigtigt at organisere sig hensigtsmæssigt. På BFH har man gode erfaringer med at have oprettet *Enhed for Brugerinddragelse*, hvor man har opbygget kapacitet og kompetencer, således at man i dag kan tilbyde at hjælpe praksis med at indhente patientperspektivet i relation til specifikke problemstillinger. Organiseringen er på den måde med til at understøtte udviklingen af en brugerinddragende kultur.
- Man skal ikke arbejde med brugerinddragelse for brugerinddragelsens skyld, man skal tage udgangspunkt i en konkret problemstilling, som inddragelse af brugerne kan være med til at løse.
- Den problemstilling, man vælger at løse med inddragelse af brugere, skal være vedkommende, meningsfuld og efterspurgt af klinikerne.
- Det er vigtigt at gøre brugerinddragelse enkelt, og ikke driftstungt. Det gør det lettere for klinikerne at efterspørge patienternes input, hvis det er enkelt at gå til.
- Netværk på tværs skal give mening. F.eks. opdeling i forhold til organisatorisk indsats/individuel indsats, så man kan få og give sparring med 'ligestillede'.

3.4 Casestudie af Nykøbing F. Sygehus

Casestudiet er beskrevet i to dele: 1) *Beskrivelse af projektet og dets resultater* og 2) *Læring uddraget af projektet*. Samlet resume og vigtigste læringspointer er fremhævet.

Baggrund

Nykøbing F Sygehus (NFS) har i flere år haft fokus på brugerinddragelse, og arbejder med dette under konceptet "*Patienten som partner*". Der er tidligere uddannet ca. 40 'inddragelsespilote' gennem ViBIS. I sygehusets strategi for 2017-2020 er et af målene: "*Vores patientinddragelse og service er blandt de bedste i Danmark*". I praksis arbejder man både med individuel og organisatorisk brugerinddragelse, og sygehuset er kendt for at have et meget velfungerende patient- og pårørenderåd.

Et af sygehusets store udfordringer har været overbelægning på medicinsk afdeling, hvilket bl.a. skyldes mange genindlæggelser. Man havde en hypotese om, at hvis man styrker patientens indflydelse på behandlingen og tilpasser den mere individuelt kunne patienterne hurtigere komme ovenpå og måske blive udskrevet 1-2 dage tidligere. Hypotesen var også, at man gennem øget inddragelse af patienter og pårørende i udskrivningsprocessen kunne forebygge genindlæggelser hvilket som sidegevinst kunne medvirke til at nedbringe overbelægningen.

Man har gennem flere år praktiseret målsamtaler i medicinsk afdeling med henblik på planlægning af patientens forløb og udskrivelse. I praksis bliver målsamtalerne dog ofte holdt meget tæt på udskrivelsen, hvilket har medført, at hensigten med målsamtalen er blevet udvandet, idet man dermed ikke kan anvende 'målsamtalen' til tidlig planlægning af forløb og udskrivelse.

Resume

Den brændende platform:

På NFS blev den brændende platform overbelægning på medicinsk afdeling.

Den iværksatte indsats:

Indsatsen i projektet blev at optimere målsamtalerne ved at afholde dem tidligt i forløbet, og samtidig vægte inddragelse af patienter og pårørende højt. Indsatsen er gennemført i et geriatrisk afsnit.

Blev den brændende platform løst?

Grundet Covid-19 har projektet været sat på stand-by i en længere periode, og projektet kunne derfor ikke holde tidsplanen. Da projektet blev sat i gang igen, blev det sammenlagt med et andet projekt omhandlende videokonsultationer, hvilket har forsinket projektet yderligere, og man er derfor ikke nået i mål efter planen. Det er derfor ikke muligt på nuværende tidspunkt at sige noget om, hvorvidt afholdelse af målsamtaler tidligt i forløbet har medført færre genindlæggelser og mindre overbelægning.

Blev brugerinddragelse gjort bæredygtigt?

Oplevelsen er, at brugerinddragelse gennem de senere år er blevet en mere integreret del af hospitalets kultur. Projektet 'Bæredygtig Brugerinddragelse' er en blandt flere indsatser, der har bidraget til denne modenhed.

3.4.1 Beskrivelse af projektet og dets resultater

Dette afsnittet er bygget op om den lokale afrapportering beskrevet af den lokale projektleder.

Den lokale organisering af projektet

Navn, Titel	
Projektejer	Sygehusledelsen repræsenteret ved kvalitetschef Hanne Jørsboe / Lene Vistisen
Ledelsesansvarlig	Christian Christiansen, ledende overlæge medicinsk afdeling
Referencegruppe	Patient- og pårørenderådet med Erik Lagerberg som formand
Projektleder (tovholdere)	Marianne Frandsen, Kvalitetskonsulent, Improvement Advisor Camilla Grube Segers, Souschef og dernæst klinisk udviklingssygeplejerske. Projektleder indtil dec. 2019 Lena Henriksen, Klinisk udviklingssygeplejerske, Medicinsk afdeling. Projektleder, fra jan. 2020.
Nøglepersoner	Lise Hammerich Hansen, Afdelingsygeplejerske Malene Koch, Souschef indtil foråret 2020, herefter afdelingsygeplejerske Joanna Drozdowska, Overlæge Jette Rasmussen, Social- og sundhedsassistent

Beskrivelse af indsatsen

Indsatsen i projektet blev at optimere målsamtalerne ved at afholde dem tidligt i forløbet, og samtidig vægte inddragelse af patient og pårørende højt. Før projektets start havde inddragelse af pårørende i målsamtalen højest prioritet. Mange pårørende har dog været udfordret i forhold til at kunne deltage i en målsamtale indenfor få dage, nogle på grund af arbejde, andre på grund af at de bor langt væk. Dette har medført, at en del samtaler er blevet placeret tættere på udskrivelsen end indlæggelsen. Indsatsen i projektet rettede sig derfor mod to vigtige elementer i 'målsamtalen': *Tidlig planlægning og inddragelse af pårørende*.

Der har været fokus på tidligt efter indlæggelsen at planlægge 'målsamtalen'. Afholdelse af målsamtaler er blevet højt prioriteret og bakket op af såvel afdelingsledelsen som afsnitsledelsen. Fokus på invitation, forberedelse og inddragelse af pårørende, har betydet at der er skabt ændringer i arbejdsgange og arbejdsfunktioner, hvor blandt andre social- og sundhedsassistenter har fået nye opgaver.

Den brugerinddragende indsats

Afdelings- og projektledelsen besluttede hvilken 'brændende platform' der skulle løses, og de besluttede også, at indsatsen der skulle løse den 'brændende platform' var at optimere målsamtaler.

Patient- og pårønderrådet fik forslaget i høring, og tilsluttede sig beslutningen. Patientinddragelse har været på dagsordenen igennem flere år i Patient- og pårønderrådet, og derfor anså man det for et godt projekt, da projektet netop handler om at inddrage brugerne i udvikling af indsatsen, og at inddrage patient og pårørende i den enkelte patients målsamtale.

Formanden for patient- og pårønderrådet har deltaget i den lokale styregruppe, og har således haft føling med projektet gennem hele forløbet, og været med til at træffe beslutninger undervejs.

Projektet har løbende været på dagsordenen i Patient- og pårønderrådet, hvor bl.a. udarbejdet materiale i projektet har været til kommentering i rådet efter oplæg fra bl.a. afdelingssygeplejersken.

Formanden for Patient- og pårønderrådet har deltaget på et af de tværgående netværksmøder med projektlederne for hver af de andre fire projekter. En repræsentant fra Patient- og pårønderrådet deltog endvidere sammen med formanden på den første tværgående workshop afholdt af ViBIS.

På NFS har man inddraget både patienter, pårørende og klinikere tidligt i processen igennem den virkelighedsudforskning som kvalitetskonsulent og projektleder gennemførte i starten af forløbet. Patienter og pårørende har også været inddraget i de prøvehandling der er foregået undervejs i udvikling og test af konceptet i fase 3.

Virkelighedsudforskningen blev gennemført i form af observation af praksis, og gennemførelse af interviews med patienter, pårørende og klinikere. Herudover gennemførte klinikerne i plejegruppen interviews med hinanden omkring deres praksis af 'målsamtaler' og identificerede elementer der hæmmer og fremmer gode målsamtaler.

Der har således fundet brugerinddragelse sted i faserne: 1, 2, 3:

- Fase 1: Forberede processen
- Fase 2: Udforske virkeligheden
- Fase 3: Designe og afprøve indsatsen



Den brugerinddragende indsats i projektet kan ifølge Arnsteins stige karakteriseres som "middel grad af inddragelse". Patient- og pårønderrådet har haft indflydelse på projektet gennem hele perioden, og såvel patienter som personale har været inddraget i såvel virkelighedsudforskning som i udviklings- og testfasen.

Udvalgte indikatorer

- Der er ikke fastlagt indikatorer, men et fald i genindlæggelser og et fald i antal dage med overbelægning er noget af det man vil måle på, på sigt.

Det opnåede resultat

Projektperioden har været for kort til, at man har kunnet sige noget om, hvordan afholdelse af målsamtaler tidligt i forløbet, har påvirket situationen med genindlæggelser og overbelægning

Udfordringer der har påvirket resultatet:

I løbet af projektperioden blev afdelingen, som resten af sygehuset, udfordret af Covid-19 situationen, hvilket påvirkede projektet på flere måder:

- For det første fik det den betydning, at de pårørende ikke kunne deltage ved fysisk fremmøde i målsamtalerne. Der opstod derfor et stort behov for at afholde video- og telesamtaler som erstatning for fysiske fremmødesamtaler.
- Sygehuset var samtidig i gang med et andet projekt: *Afholdelse af videokonsultationer*. Det gav derfor umiddelbart god mening at koble de to projekter sammen. Det viste sig imidlertid, at der var en del tekniske problemer i forhold til at få sidstnævnte projekt til at fungere. Det betød, at projektet med målsamtaler blev bremset.
- At afholde videokonsultationer er en ny måde for klinikerne at samarbejde med patienter og pårørende på. Klinikerne fik bl.a. ikke trænet, hvordan man inddrager brugerne når konsultationen foregår via video. Manglen på det kompetenceløft, blev sammen med de tekniske udfordringer en stor barriere.

Disse udfordringer har betydet, at det har været vanskeligt for de lokale projektledere at holde gejsten oppe hos medarbejderne.

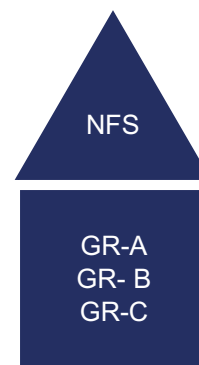
En erfaring er, at det har krævet ekstra meget af de lokale projektledere i denne periode, og en stor læring er derfor, at man skal være varsom med at lægge to fokusområder/projekter sammen.

Følgende er opnået:

- Målsamtaler er i dag en prioriteret, skemalagt arbejdsopgave for både læger og plejepersonalet.
- Der er udarbejdet guide til læger og sygeplejersker i forhold til hvordan man afholder målsamtaler.
- Der er skabt nye arbejdsgange med henblik på at planlægge og muliggøre målsamtaler.
- Afholdelse af målsamtaler inden for de første 48 timer af patientens indlæggelse, gennemføres i dag for ca. halvdelen af patienterne.
- Det er stadigvæk vanskeligt at få de pårørende til at deltage i målsamtalerne med kort varsel.

3.4.2 Læring uddraget af projektet

Dette afsnit er en beskrivelse af den læring, der har fundet sted i projektet, og er en sammenfatning af analysen af gruppeinterview A, B og C.



Afsnittet beskrives i to temaer:

- *Læring i forhold til at inddrage brugerne i løsning af den brændende platform*
- *Læring af anbefalinger i forhold til at skabe bæredygtig brugerinddragelse*

Under hvert tema er beskrevet de vigtigste erfaringer og læringspointer man har gjort sig med projektet. Afsnittet afsluttes med en konklusion og en sammenfatning af de vigtigste læringspointer.

Læring i forhold til at inddrage brugerne i løsning af den brændende platform

Dette afsnit beskriver de erfaringer man har gjort sig med henblik på at inddrage brugerne i udvikling og implementering af 'målsamtaler'. De vigtigste læringspointer er:

- Erfaringer med at inddrage patienter og pårørende
- Erfaringer med at inddrage klinikerne

Læringspointerne uddybes nedenfor:

Erfaringer med at inddrage patienter og pårørende

Projektledelsen har systematisk fulgt ViBIS' metode til *Implementering af brugerinddragelse på hospital* (se afsnit 1.4.2). Det har blandt andet betydet, at man har været meget tro mod at inddrage brugerne i alle faser af projektet. Patienter og pårørende har bidraget med perspektiver på, hvad der er vigtigt for dem, noget som klinikerne ikke altid har haft øje for eller viden om. Erfaringen er, at det er vigtigt at disse perspektiver inkluderes i opgaveløsningen helt fra start, da de netop kan pege på problemer som klinikerne ikke kan se. Det kræver, at man er parat til at lytte til, og rent faktisk anvender, den viden man får. En af projektlederne sagde:

De skal med helt ind i maskinrummet, helt fra start. Det er et spørgsmål om at turde..... Hvis de bare er med i starten, men ellers ikke, så bilder vi os bare ind, at vi har inddraget dem. Så det er noget vi skal arbejde videre med. Der er masser af muligheder, når man først får øjnene op for det.

Erfaringer med at inddrage klinikerne

Virkelighedsudforskning opleves som en god metode til at afdække problemer/praksis på. Erfaringen er at det har været meget givende, at klinikerne selv har været med til at tage del i virkelighedsudforskningen. Det at observere egen praksis, og selv høre patienterne fortælle om deres oplevelser, gør indtryk og virker motiverende.

Dette er en af de største læringer, Nykøbing F. Sygehus har taget med sig fra dette projekt, og kvalitetsafdelingen har besluttet, at de fremover vil tage udgangspunkt i netop denne metode, ved fremtidige udviklingsprojekter, en af projektlederne sagde:

Virkelighedsudforskning - det giver super god energi, det er en meget velegnet metode. Vi fik mange input hurtigt og det skabte engagement hos medarbejderne.... Dette er måske noget af den største læring i dette projekt

Erfaringen er helt klart, at det at man har inddraget brugerne, har skabt bedre løsninger, og en af løsningerne er, at målsamtalen holdes tidligt i forløbet. Det betyder bl.a., at den samtale man får med patienten om, hvad der er vigtigt for ham/hende, bliver taget med i planlægningen af forløbet, herunder udskrivelsen. En af nøglepersonerne sagde:

Vi har masser eksempler på at det giver noget f.eks. ift. faldproblematikker og demensproblematikker. Vi kan samle oplysninger, fx hvis patienten ikke kan huske ting omkring medicin – så kan familien hjælpe. Også ift. udskrivelse – der kan vi gå tidligere i gang med at planlægge, både fra lægelig side og fra plejepersonalets.

En afdelingssygeplejerske have ligeledes erfaring med at man, ved at holde målsamtalen kort tid efter indlæggelsen, meget bedre kan planlægge et individuelt tilpasset forløb for patienten, hun sagde:

Da vi lukkede op for målsamtaler efter Covid var jeg til målsamtale med en ung læge. En samtale omkring en patient der havde mange problemer med maven – det var det der fyldte for patienten og den pårørende. En problematik der havde fyldt rigtig meget. Der var ikke så meget kød på selve målsamtalen, men så kunne vi til gengæld lave en plan for patienten, sende ham videre osv. Målsamtalerne er et vigtigt redskab. I et travlt sundhedsvæsen har patienter og pårørende 30 min., hvor de kan have en uforstyrret samtale med lægen, stille spørgsmål osv. Når vi skal udskrive patienterne igen, er vi klædt bedre på til det – på baggrund af målsamtalen. Vi er bedre klædt på når vi skal kontakte kommunerne.

Der er generelt i afdelingen skabt øget opmærksom på at inddrage patienter og pårørende i den enkelte patients forløb, og der er skabt større opmærksomhed på at planlægge målsamtaler kort efter indlæggelsen, og hurtigt at invitere og forberede ikke mindst de pårørende til samtalen.

Oplevelsen er også, at kvaliteten af det tværfaglige samarbejde er blevet bedre. Forberedelsen til samtalen med udgangspunkt i patientens perspektiv gør, at den enkelte kliniker føler sig bedre klædt på til det tværfaglige samarbejde, hvilket har medvirket til at skabe bedre sammenhæng i patientforløbet og gøre udskrivelsen til primær sektor bedre.

Læring og anbefalinger i forhold til at skabe bæredygtig brugerinddragelse

Dette afsnit beskriver de erfaringer man har gjort sig med henblik på at udvikle, implementere og fastholde en brugerinddragende kultur i organisationen. Følgende temaer har været vigtige:

- Virkelighedsudforskning tæt på klinikken
- Fælles forståelse
- At arbejde systematisk
- At være tro mod metoden
- Ledelsesopbakning
- Vigtigt med gennemgående personer i projektorganiseringen

- Gode relationer projektdeltagerne imellem

Virkelighedsudforskning tæt på klinikken

En af de erfaringer, man har gjort sig er, at virkelighedsudforskning foretaget af klinikkerne selv, har vist sig at være meget værdifuldt. Det har været med til at skabe fælles forståelse af hvad brugerinddragelse er, fælles læring i forhold til problem og udfordringer, og oplevelsen er, at det har været afgørende i forhold til at skabe engagement, motivation og ejerskab i forhold til at praktisere inddragelse af brugere.

Men det kræver tid at skulle deltage i virkelighedsudforskning, og som projektleder har det ind imellem været vanskeligt at finde den rette balancegang mellem at planlægge og udføre virkelighedsudforskning, uden derved at forhindre klinikkerne i selv at få den øjenåbner det er at gennemføre virkelighedsudforskning. Erfaringen er, at det er vigtigt at prioritere at klinikkerne selv kan deltage i virkelighedsudforskningen. Hvis man ønsker at brugerinddragelse skal gøres til en del af kulturen, er det vigtigt netop at skabe meningsfuldhed og gejst hos klinikkerne, og det sker bl.a. ved at give dem mulighed for at de selv kan deltage i virkelighedsudforskningen, som en af projektlederne udtrykte det:

Selvom vi kan meget, kan vi ikke komme og bære det hele for afdelingerne – men vi kan samle viden op, som vi gør nu, og skabe gejst.

Fælles forståelse

En anden erfaring er, at for at skabe en brugerinddragende kultur, er det vigtigt, at der skabes en fælles tværfaglig forståelse af hvad brugerinddragelse er, og hvordan det praktiseres.

I forbindelse med det første interview (Gr-A) om organisationens inddragelsesmodenhed blev det tydeligt, at der i organisationen er forskellige forståelser af, hvad brugerinddragelse er. En fælles forståelse af begrebet anses som en forudsætning for at kunne skabe en bæredygtig brugerinddragende kultur i organisationen. Det har derfor været afgørende at arbejde hen imod at få skabt en mere fælles tværfaglig forståelse af begrebet. Derfor er det vigtigt at tænke tværfaglighed ind i projektorganisationen. Der har været planlagt flere tværfaglige workshops, hvoraf flere desværre har måttet aflyses pga. Covid-19 situationen. Derfor er dette en af de ting man vil arbejde videre med for at sikre mere bæredygtighed. En projektleder sagde:

At få skabt fælles forståelse af brugerinddragelse, er noget af det, vi er gået videre med. Indsatsen skal foregå meget tættere på klinikken. Det handler om mindset – få vendt noget inde i hovederne på folk. Sørg for hele tiden at inddrage de implicerede parter dvs. både patienter og medarbejdere.

At arbejde systematisk

Virkelighedsudforskning efter ViBIS' metode til *Implementering af brugerinddragelse på hospitaler* passer godt sammen med 'Forbedringsmodellen', som er en anerkendt og anvendt metode til forbedringsarbejdet på NFS. Det er samme systematik der anvendes, og oplevelsen er derfor, at det har været forholdsvis nemt at anvende ViBIS' metode systematisk. Erfaringen er, at det har været en hjælp med en systematisk tilgang til at arbejde med brugerinddragelse, både i forhold til at skabe fælles forståelse, give begrebet tyngde, og i forhold til at samle viden op. Det er vigtigt at gøre det enkelt for klinikkerne, og ved at anvende noget allerede kendt, er der større sandsynlighed for at det opleves nemt at gå til. En af projektlederne sagde:

I starten prøvede vi meget at følge den metode som ViBIS har beskrevet – værktøjet fra 'Det Brugerinddragende Hospital'. Det gik vi til meget systematisk og havde succes med det – jeg

synes metoden var meget velegnet. Vi fik afdækket hvordan det foregik fra sygeplejerskers og lægers perspektiv. Vi har interviewet en patient og pårørende der havde været til målsamtale – hvordan var det for dem. Vi har interviewet ledelsen. Vi var på, på et personalemøde i en time, hvor alle var til stede. Vi lavede øvelser hvor de sad to og to og snakkede om hhv. en god og dårlig målsamtale. Det gav super god energi –det var en meget velegnet metode, vi fik mange input hurtigt og det var med til at skabe engagement. De skulle hver skrive tre gode ting og tre forslag til forbedring.

At være tro mod metoden

Før de to projekter blev lagt sammen, arbejdede man systematisk frem efter metoden fra ViBIS' værktøjskasse med virkelighedsudforskning og prøvehandling, som man havde god gavn af.

Da de to projekter blev lagt sammen, var man ikke opmærksom på at forberede dette tilstrækkeligt. Oplevelsen er, at det kom til at ødelægge den spirende bottom-up proces, som virkelighedsudforskning lægger op til, og som var i gang på daværende tidspunkt. En større opmærksomhed på resultatet af de prøvehandling der foregik på daværende tidspunkt i forbindelse med projektet 'målsamtaler', kunne måske have forebygget det mis-match man oplevede ved at koble de to projekter sammen.

En erfaring er derfor, at hvis man vælger metoden virkelighedsudforskning, skal man være tro mod den, og insistere på at blive ved med at gøre tingene der, hvor det bliver relevant for klinikerne og patienterne. Derfor er erfaringen også, at man fremover bør være varsom med at koble to projekter sammen, selvom det umiddelbart virker meningsfuldt. Det at projektet gik i stå på dette tidspunkt, har betydet, at afholdelse af målsamtaler ikke er blevet lige så bæredygtigt som ønsket.

Omvendt skal man ikke være så bange for at justere projektplanen undervejs. Man skal være fleksibel, så projektet hele tiden giver mening ift. den kontekst, afdelingerne arbejder i. Dynamikken er med til at give projektet liv, og sikre meningsfuldheden.

Ledelsesopbakning

I det lokale projekt har der lokalt været god ledelsesopbakning, afdelingssygeplejersken har bl.a. støttet op om projektet ved at italesætte projektet, og i dagligdagen vise at projektet er højt prioriteret, bl.a. ved at minde om og sørge for at målsamtalerne kunne finde sted, også selv om der var travlt. Målsamtalerne er en opprioriteret opgave, idet de i dag bl.a. figurerer synligt på patienttavlen, som en arbejdsopgave der forventes gennemført, på linje med andre vigtige opgaver som stuegang mm. Erfaringen er, at det er afgørende nødvendigt at ledelsen prioriterer indsatsen og i handling sørger for at der afsættes tid til afholdelse af målsamtalerne. En af afdelingssygeplejerskerne sagde:

Det er vigtigt at man som ledelse er klar, sætter fokus på det og sørger for at få italesat det. De skal også huske på 1000 andre ting omkring patienterne, men gøre det til et opmærksomhedspunkt.

En anden måde at sikre ledelsesopbakning på er ved at prioritere brugerinddragelse som en opgave der kræver kompetenceudvikling. I lægegruppen er der afsat tid til introduktion til målsamtaler, når der starter nye læger i afdelingen. Derudover planlægges der også supervision ved en erfaren læge. En af nøglepersonerne sagde:

I geriatrisk gruppe, har de unge læger nogle gange problemer med at starte. Så de får en kort introduktion og derefter en superviseret målsamtale, hvor en mere erfaren læge sidder med og ser hvordan det går.

Vigtigt med gennemgående personer i projektorganiseringen

Det lokale projekt har haft udskiftning på projektlederposten ca. midtvejs i forløbet. Oplevelsen var, at det var vanskeligt at overtage et projekt, hvor man som projektleder ikke havde været del af virkelighedsudforskningen. Erfaringen er, at det kan være vanskeligt at inddrage brugernes perspektiv i udvikling af indsatsen, når man ikke selv har taget del i virkelighedsudforskningen.

Også på nøglepersons niveau har der været udskiftning, hvilket har været med til at bremse processen. Erfaringen er, at det er særlig vigtigt med gennemgående personer på projektlederniveau og nøglepersonniveau når det handler om brugerinddragelse.

Oplevelsen er endvidere, at det har været afgørende at dem der har været projektdeltagere og nøglepersoner, har kunne se meningen med projektet og har kunne motivere den øvrige personalegruppe, som en af nøglepersonerne udtalte:

Når man får et projekt, så vil man gerne lykkes. Jeg synes det er vigtigt at det prioriteres – ellers er der ingen grund til at være med. Når det så også gavner patienterne – det synes jeg er rigtig vigtigt, så at opmuntre til at det er en fed idé, det er vigtigt

En afdelingssygeplejerske oplevede ligeledes vigtigheden af at der er nøglepersoner der motiverer kollegerne, hun sagde:

Om morgenen bliver det nogle gange vendt – husk nu. Vores læge har haft en vigtig rolle – det at en fra egne rækker der har sagt: 'Jeg synes det er en god idé det her'. Der synes jeg det har hjulpet en hel del at en fra personalegruppen har haft det drive og sagt, den går jeg med på. Hvis hun synes det er en god idé, kan det være at vores andre ansatte tænker det samme. Man skal finde den person, der kan se gimick'en i, at det er en god idé.

Oplevelsen er også, at det at engagere sig, og få lov til at være med til at drive et projekt, har givet et kompetenceløft og højnet kvaliteten af arbejdet. Det i sig selv har virket meget tilfredsstillende, som en af nøglepersonerne sagde:

Jeg har arbejdet på sygehuset i mange år, men ikke selv prøvet at holde målsamtaler før. Det gør jeg nu, og det synes jeg er spændende. Det har givet mig noget – også at jeg bedre kunne skrive til kommunen, det her er der brug for. Og også at møde de pårørende. Jeg synes stadig det er spændende. Og jeg synes faktisk vi er blevet bedre til som plejepersonale at gå med til de målsamtaler der er for de patienter der er.

Gode relationer projektdeltagerne imellem

Erfaringen er, at det at få skabt gode relationer såvel tværfagligt i projektgruppen som med brugerrepræsentanterne, har haft stor værdi. Det har bl.a. gjort samarbejdet nemmere, og nemmere at henvende sig til hinanden. En anbefaling er derfor, at man skal prioritere at skabe gode relationer i projektorganisationen fra start af. En af projektlederne havde følgende oplevelse:

Noget af det jeg personligt har fået mest ud af, er samarbejdet med Patient- og pårørenderådet. Vi havde en dag hvor vi kørte sammen til netværksmøde i Odense. Køreturen i sig selv var rigtig god til at lære hinanden bedre at kende. Siden har jeg brugt rådet meget mere.

Konklusion

Der er ingen tvivl om, at patientinddragelse er blevet en mere integreret del af hospitalets DNA. Formanden for patient- og pårørenderådet oplever, at der i rådet er kommet mere fokus på inddragelse, han sagde:

Generelt vil jeg sige, at da jeg startede i rådet, der snakkede vi om patientinddragelse, nu snakker vi om det på en helt anden måde, for nu kan vi snakke om, hvordan virker det. Det er det vigtigste, jeg har oplevet i de fire år, jeg har været med. Man bliver taget alvorligt – det var et af vores kernepunkter da vi startede, det her med at inddrage – og nu sker det på afdelingerne. Det er rigtig fint.

Vigtigste læringspointer

- Det er vigtigt, at patienterne inddrages tidligt i forløbet, og hele vejen, da de netop kan pege på problemer og løsninger som klinikerne ikke nødvendigvis kan se.
- Virkelighedsudforskning opleves som en god metode til at afdække praksis og udfordringer. Erfaringen er, at det har været meget givende, at klinikerne selv har været med til at tage del i virkelighedsudforskningen.
- Det er vigtigt at skabe gode relationer projektgruppen imellem og ikke mindst til brugerne, da det kvalificerer samarbejdet.
- Det er afgørende, at der i organisationen skabes en fælles tværfaglig forståelse af, hvad brugerinddragelse er, og hvordan det praktiseres.
- Erfaringen er, at det har været vigtigt at arbejde med en systematisk tilgang til brugerinddragelse. Det har bl.a. bidraget til at skabe fælles forståelse, og gjort det lettere at opsamle viden og erfaringer.
- Det er vigtigt at være tro mod metoden virkelighedsudforskning, og insistere på at blive ved med at gøre tingene der, hvor det er relevant for klinikerne og brugerne, særligt når man overvejer at koble flere projekter sammen.
- Lokal ledelsesopbakning i form af at italesætte og i dagligdagen vise at projektet er højt prioriteret har været vigtigt for projektets gennemførelse. Erfaringen er, at det er vigtigt at ledelsen prioriterer kompetenceudvikling i forhold til brugerinddragelse, af medarbejdere.
- En erfaring er, at man skal være varsom med at slå flere projekter sammen undervejs, da det kan komme til at fjerne fokus.
- Det er vigtigt med gennemgående personer på projektlederniveau og nøglepersonniveau når det handler om brugerinddragelse, da det gør det lettere at anvende brugernes perspektiv i udvikling af indsatsen.
- Det er vigtigt at de lokale projektledere støttes gennem processen, da de bla har en stor opgave i at holde gejsten oppe hos medarbejderne, når projektet er udfordret.

3.5 Casestudie af Psykiatrien, Region Nord

Casestudiet er beskrevet i to dele: 1) *Beskrivelse af projektet og dets resultater* og 2) *Læring uddraget af projektet*. Samlet resume og vigtigste læringspointer er fremhævet.

Baggrund

Visionen i Psykiatrien i Region Nordjylland er *At skabe værdi for patienter og borgere*. Der er beskrevet ni strategiske fokusområder, et af dem er: *På Patientens præmisser*. Inddragelse af patienter og pårørende i det direkte patientforløb, men også i udvikling af patientforløbet, er et af elementerne i dette fokusområde.

For at indfri visionen har man bl.a. etableret *Enhed for Samskabelse*, der designer og faciliterer organisatoriske processer hvor patienter, pårørende og personale arbejder tæt sammen for at udvikle meningsfulde indsatser, der imødekommer patienter og pårørendes ønsker, behov og præferencer. Enheden har tre ansatte, hvoraf to med brugerbaggrund og en med klinisk baggrund.

På landsplan bliver ca. hver fjerde patient, der indlægges i psykiatrien udsat for tvang. I Danmark findes der en national målsætning for nedbringelse af tvang. Målsætningen foreskriver, at alle danske regioner inden udgangen af 2020 skal:

- halvere antallet af patienter der tvangsfikseres
- reducere den samlede anvendelse af tvang

I lighed med resten af Danmark, er Psykiatrien i Region Nordjylland ikke i mål med at indfri målsætningerne, og deltagelsen i projekt 'Bæredygtig Brugerinddragelse' har sigtet mod at understøtte udviklingen af den tvangforebyggende praksis.

Resume

Den ”brændende platform”:

Det er kritisk for psykiatrien i Region Nordjylland at reducere anvendelsen af tvang i fremtiden, fordi tvang berører nogle af de mest grundlæggende menneskerettigheder – nemlig retten til frihed og respekt for den fysiske og psykiske integritet. Målet for projektet har derfor været at samskabe interventionen til at forebygge anvendelsen af tvang på intensive psykiatriske sengeafsnit, hvor tvang oftest finder sted.

Den iværksatte indsats

Patienter og personale fra to intensive psykiatriske sengeafsnit i Brønderslev og et sengeafsnit i Ålborg har deltaget i projektet. Indsatsen bestod i udvikling og test af tre konkrete interventioner, der hver især sigtede mod at forebygge anvendelsen af tvang gennem brugerinddragelse. Dette har resulteret i følgende interventioner beskrevet som *Koordinering med patienten*, *Tryghedsstjernen* og *Mestringskompasset*.

Blev den brændende platform løst?

I projektet er der samskabt tre interventioner målrettet forebyggelse af tvang. Interventionerne er testet og aktuelt i gang med at blive implementeret. Tvang er et komplekst fænomen, og en direkte afledt effekt af

interventionerne på forebyggelsen af tvang er ikke mulig at påvise, idet interventionerne er anvendt side om side med en lang række andre tvangsforebyggende interventioner og tiltag.

Blev brugerinddragelse gjort bæredygtigt?

Erfaringen fra projektet er, at det øgede fokus på brugerinddragelse og brugerinddragende metoder, har bidraget positivt til at engagere patienterne i deres egen behandling og til at styrke samarbejdet mellem patienter og personale. Projektet har således bidraget til, at organisationen er modnet og har taget et vigtigt skridt i retningen mod en mere brugerinvolverende kultur, der fra litteraturen vides at have en positiv effekt på tvang.

3.5.1 Beskrivelse af projektet og dets resultater

Dette afsnittet er bygget op om den lokale afrapportering beskrevet af den lokale projektleder.

Den lokale organisering af projektet

Navn, Titel	
Projektejer	Annette Sloth, Psykiatridirektør
Styregruppe	Anette Sloth, Psykiatridirektør, Tina Gram Larsen, Lægefaglig direktør, Jan Mainz, Direktør for patientforløb og kvalitet, Susanne Jensen og Maj Skårhøj, Klinikchefer og Søren Riemann, Kontorchef for psykiatriens stab.
Projektleder (tovholdere)	Malene Terp, Specialkonsulent, Ph.d. Enhed for Samskabelse
Projektgruppe	Medarbejdere fra Enhed for Samskabelse
Faglig følgegruppe	En eksisterende følgegruppe for tvang, der mødes hver 3. måned for at dele erfaringer. I gruppen er der repræsentation af styregruppen via den lægefaglige direktør, de lokale projektteams via deres afsnitsledende sygeplejersker og kvalitetsorganisationen.
Projektteams	To intensive psykiatriske sengeafsnit i Brønderslev (N5 og N6) og et sengeafsnit i Ålborg (S6) har deltaget i projektet. De har hver været organiseret med et projektteam. Hvert team bestod af den afsnitsledende sygeplejerske, en sygeplejerske med ansvar for udvikling, uddannelse og undervisning, medarbejdere samt tidligere og nuværende patienter.

Beskrivelse af indsatsen

Projektet består af tre konkrete interventioner, der sigter mod at reducere anvendelsen af tvang gennem brugerinddragelse. Dels gennem *organisatorisk brugerinddragelse*, der dækker over, at patienter og ansatte i fællesskab har udviklet og implementeret de tre interventioner, dels gennem *individuel brugerinddragelse* der dækker over en praksis, hvor de tre interventioner er anvendt målrettet til at engagere patienter som

aktive partnere i deres eget behandlingsforløb, og til at styrke samarbejdet mellem patienter og personale. De tre interventioner har til hensigt at give patienterne indflydelse på deres eget forløb, ved at gøre dem til reelle og aktive partnere med en stærk stemme.

Projektet er gennemført som tre samskabelsesprocesser med deltagelse af personale samt nuværende og tidligere patienter fra tre intensive psykiatriske sengeafsnit. Hvert afsnit har deltaget med en intervention, de selv har været med til at udvikle. En beskrivelse af de deltagende afsnit kan ses i bilag 7.

Nedenfor ses en beskrivelse af de tre interventioner, der er udviklet og testet i projektet. Fælles for de tre interventioner er, at de sigter mod at styrke samarbejdet med patienten.

Intervention 1. Koordinering med patienten (S6)

Koordinering med patienten er en intervention, hvor patienter og personale arbejder sammen om at planlægge og evaluere behandlingsforløbet. Interventionen bygger på en overbevisning om, at tvang forebygges igennem samarbejde og samhandling. Interventionen bruges i udgangspunktet sammen med alle patienter, der indlægges i afsnittet.

Til at planlægge og evaluere patientforløbet anvendes arkene 1) planlægning af din behandling, 2) status på din behandling og 3) planlægning af din udskrivelse. Arkene er designet til at generere dialog om, hvad der fylder hos patienten, forventninger til indlæggelsen/udskrivelsen, pleje og behandlingsmuligheder etc.

Patient, (pårørende) og kontaktperson udfylder arkene sammen, og kontaktpersonen fremlægger dem på et ugentligt koordineringsmøde, hvor også afdelingens læge, psykolog, socialrådgiver, musikterapeut, fysioterapeut og ergoterapeut deltager. Efter mødet taler patient og kontaktperson sammen igen, og patienten får sit ark tilbage. Kontaktpersonen laver et samlet notat i journalen med patientens ønsker og præferencer, samt de aftaler der er indgået.

Intervention 2. Tryghedsstjernen (N5)

Tryghedsstjernen er en intervention, der trækker på to relations skabende interventioner fra Safewards modellen,² nemlig 1) at afstemme gensidige forventninger og 2) at lære hinanden at kende. Ifølge patienter og personale er disse interventioner afgørende for at forebygge anvendelsen af tvang.

At *afstemme gensidige forventninger* betyder, at personalet skal sikre, at patienten får mulighed for at give udtryk for, hvilke forventninger denne har til personalet, samarbejdet og til behandlingsforløbet. Omvendt skal personalet også sikre, at patienten ved, hvilke forventninger personalet har til ham/hende. At *lære hinanden at kende* handler om at personalet får et indblik i hvem patienten er og hvad der er særligt vigtigt for ham/hende. Samtidig handler det om, at patienten lærer personalet og afdelingen at kende. Når patient og personale lærer hinanden at kende, skabes der et fælles fundament at arbejde og tale ud fra.

Interventionen bygger på en overbevisning om, at tvang forebygges, når der skabes sikkerhed og tryghed i relationen mellem patienten og personalet helt fra indlæggelsens start. Derfor anvendes 'Tryghedsstjernen', når en patient indlægges i afsnittet.

Tryghedsstjernen er udformet som en stjerne med seks takker. Hver tak indeholder et domæne. Tre domæner er en hjælp til at udfolde hvem patienten er, og skabe overblik over præferencer for behandling og samarbejde. De øvrige tre domæner er en hjælp til, at patienten kan lære afdelingen at kende.

² Safewards er en britisk model, der er skabt med henblik på at reducere konflikter på psykiatriske afdelinger

Nedenfor ses stjernens seks domæner.

Hvem er du?	Hvem er vi?
<ul style="list-style-type: none">• Hvad er der sket for dig?• Hvad er vigtigt for dig?• Hvordan hjælper vi dig bedst?	<ul style="list-style-type: none">• Velkommen i N5• Sådan hjælper vi• Sådan samarbejder vi

Tryghedsstjernen bruges i udgangspunktet sammen med alle patienter, der indlægges i afsnittet. Den viden der genereres med stjernen dokumenteres i journalen og omsættes til sygeplejeproblemer sammen med patienten. For at sikre at viden dokumenteres de rette steder, er der lavet en personaleversion af stjernen, med angivelse af eksisterende redskaber hertil.

Intervention 3. Mestringskompasset (N6)

'Mestringskompasset' er en intervention, der er udviklet til at støtte svært selvskadende patienter i at håndtere det 'stormvejr', som mange oplever, at deres sygdom kaster dem ud. Et 'stormvejr', der for manges vedkommende inkluderer tvang.

Interventionen bygger på en overbevisning om, at tvang blandt patienter med svært selvskadende adfærd kan forebygges 1) ved at lære hinanden at kende, 2) ved at lære at navigere i ukendt farvand, 3) ved at opretholde troen på bedring og 4) ved at finde nye veje. Kompasset består derfor af en række øvelser som hjælp hertil. Alle øvelser beskrives ved hjælp af samme systematik; intro til øvelse, formål med øvelse og beskrivelse af øvelse.

Når en patient med svært selvskadende adfærd indlægges i afsnittet, får denne udleveret en mappe med et kompas. Kompasset introduceres som en måde at samarbejde på. Sammen med patienten, laver personalet løbende aftaler om brugen af kompasset, og indsigter generet ved brug dokumenteres i patientens journal. Kompasset er personligt og følger patienten både ved overflytning til et andet afsnit og ved udskrivelse

Den brugerinddragende indsats

Udvikling af indsats

I projektet er der afviklet 12 samskabelsesworkshops – fire i hvert af de tre projektteams. Den første workshop havde til formål at identificere udviklingspotentialer i hvert team. De næste tre workshops havde til formål at udvælge et indsatsområde og udvikle indsatser som svar på de konkrete udfordringer. Alle workshops blev gennemført med deltagelse af personale og patienter.

Evaluering af indsats

I projektet er der løbende gennemført statusmøder, hvor interventionerne er blevet diskuteret og tilrettet. Størstedelen af møderne er gennemført med deltagelse af patienter.

I et projektteam er der afviklet en række kvalitative interviews med patienter. Interviewene, der er lavet af et personale i samarbejde med *Enhed for Samskabelse*, har tjent til at forstå anvendelse og anvendelighed af interventionen og til at tilrette interventionen til hverdagen i afsnittet. Interviewene har imidlertid også tjent et mere overordnet formål, nemlig at skabe en fælles forståelse af, hvordan man kan føle sig involveret i sin egen behandling, selv når man er indlagt under tvang. Endelig har interviewene tjent til en cementering af at mange patienter indlagt på intensive psykiatriske sengeafsnit, trods svær psykisk sygdom, er i stand til og ønsker at være engageret i organisatorisk brugerinddragelse.

Styrkelse af implementering

I et af de deltagende projektteams er der afviklet et implementeringsmøde med et personale og en patient. Mødet havde til formål at diskutere hvordan implementeringen kunne styrkes med hjælp fra patienter indlagt i afsnittet

Patienterne har således været inddraget i alle faser i udvikling og implementering af de tre interventioner:

- Fase 2: Udforske virkeligheden
- Fase 3: Designe og afprøve indsatsen
- Fase 4: Vurdere kvaliteten af støtteværktøjet
- Fase 5: Fastholde indsatsen i hverdagspraksis



Der har fundet en meget høj grad af organisatorisk inddragelse sted i dette projekt ifølge Arnsteins stige. Patienter og personale har haft stor indflydelse på identifikation af udviklingspotentialer, valg af indsatsområder og udvikling af disse.

I evaluerings- og implementeringsfasen har patienterne været inddraget ved, at de har givet feed-back på det udviklede materiale og bidraget med ideer til, hvordan patienter fremadrettet kan inddrages i implementeringen. De udviklede indsatser understøtter endvidere høj grad af individuel inddragelse.

Udvalgte indikatorer

- Antallet af patienter der tvangsfikseres over 48 timer
- Antallet af bæltfikseringer, akut beroligende medicin og fastholdelser

Det opnåede resultat

I projektet er der udviklet tre interventioner målrettet forebyggelse af tvang i tæt samarbejde med patienter og personale. Interventionerne er testet og tilrettet og aktuelt arbejdes der med implementeringsplaner og

det diskuteres, hvordan de gode erfaringer med brugerinddragelse fra projektet kan spredes. Målet for projektet er således indfriet og mere til.

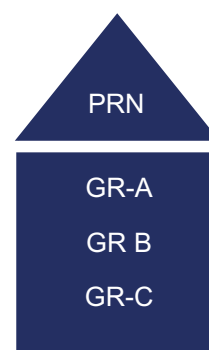
Et centralt spørgsmål i projektet er, om interventionerne reducerer anvendelsen af tvang i psykiatrien i Region Nordjylland. Altså, om de hver især, eller sammen, udgør et bidrag til at indfri den nationale målsætning?

En direkte afledt effekt af interventionerne på anvendelsen af tvang er ikke muligt at påvise, idet interventionerne er anvendt side om side med en lang række andre tvangsforebyggende interventioner og tiltag.

Et vigtigt opmærksomhedspunkt, når der tales om effekter i projektet er, at det vides fra en lang række studier, at tvang og kultur hænger nøje sammen. Vejen til at forebygge tvang i psykiatrien handler således om at ændre kulturen. Vi har i projektet erfaret, at den samskabende tilgang til udvikling af interventionerne har bidraget positivt til at personalet har fået øje på patienter som vigtige ressourcer i udviklingsarbejde. Dette er et centralt første skridt mod at skabe en brugerinvolverende kultur, hvor patienter og personale er partnere i at skabe bæredygtige løsninger, der - på den lange bane – må forventes at have en positiv effekt på tvangstallene.

3.5.2 Læring uddraget af projektet

Dette afsnit er en beskrivelse af den læring, der har fundet sted i projektet, og er en sammenfatning af analysen af gruppeinterview A, B og C.



Afsnittet beskrives i to temaer:

- *Læring i forhold til at inddrage brugerne i løsning af den brændende platform*
- *Læring og anbefalinger i forhold til at skabe bæredygtig brugerinddragelse*

Under hvert tema er beskrevet de vigtigste erfaringer og læringspointer man har gjort sig med projektet. Afsnittet afsluttes med en konklusion og en sammenfatning af de vigtigste læringspointer.

Læring i forhold til at inddrage brugerne i løsning af den brændende platform.

Dette afsnit beskriver de erfaringer man har gjort sig med henblik på at inddrage brugere i udvikling og implementering af de tre interventioner:

- Meningsfuld indsats
- Inddragelse af klinikere
- Inddragelse af patienter

Disse læringspointer uddybes i dette afsnit.

Meningsfuld indsats

Beslutningen om at arbejde med forebyggelse af tvang blev truffet af Psykiatridelen, og de udvalgte (strategisk) sammen med den udvidede psykiatridelse (klinikchefer), hvilke sengeafsnit der skulle indgå i projektet.

Der er lavet tre samskabelsesprocesser hvor personale og patienter gennem dialog og samhandling har skabt en fælles forståelse af i hvilke situationer tvang typisk opstår og herudfra er der udviklet interventioner.

"Tvang" er noget sengeafsnittene arbejder med og måles på, og derfor opleves det relevant for dem. Projektet gav derfor mening for klinikerne både fagligt og menneskeligt, og det matcher deres grundlæggende værdisæt, og måske derfor har det været så nemt at skabe engagement og ejerskab.

Inddragelse af klinikere

Oplevelsen er, at det har været meget lærerigt for personalet at deltage i de samskabende processer faciliteret af *Enhed for Samskabelse*. Dette har i høj grad bidraget til at skabe engagement. Ved hjælp af facilitering fra *Enhed for Samskabelse* har både patienter og personale fået hjælp til at komme bag de åbenlyse forklaringer og fortællinger om tvang, og dermed er de kommet et spadestik dybere.

Patienterne har bl.a. peget på nogle ting personalet ikke selv var klar over. Interventionerne har ændret sig undervejs i takt med at de er blevet testet, og man endte et andet sted end hvor man startede. Dette viser betydningen af projektets iterative karakter. Det har været vigtigt at personalet har være inddraget helt fra starten, til at udforske problemet og udvikle løsninger sammen med patienterne. Det har bl.a. været med til at skabe ejerskab og en smittende motivation. Det er fornemmelsen, at dette er årsagen til, at projektet er lykkedes så godt. Som en fra projektteamet sagde:

Det har været helt afgørende at involvere medarbejderne. Det giver ejerskab lokalt- det skal vokse op nedefra Der har været fokus på proces, der har skabt motivation der smitter.

Inddragelse af patienter

Måden og tilgangen patienterne er blevet inddraget på, har været forskellig på de tre afsnit.

En af erfaringerne er, at man ikke behøver gøre det hele så formelt, fordi det uformelle kan virke lettere tilgængeligt og mindre farligt, både for patienterne og personalet. En fra projektteamet udtalte:

Næste gang vi skal rekruttere, skal det ikke være så formelt, som det var denne gang hvor det var vores afdelingssygeplejerske der spurgte. Næste gang skal vi bare holde et møde, og sige- nu gør vi sådan, vil I være med. For at skabe mere trygge rammer og gøre det mere uformelt.

Der har været stor læring i hvor syge patienterne kan være, og alligevel deltage relevant, og at man kan inddrage dem mens de er indlagt. Den erfaring deles både i projektteamet og på direktørniveau, som en direktør sagde:

Tilgangen til at arbejde med det her er anderledes. Det tror jeg vi kan få videreudviklet på. Nu kan vi se ressourcerne i de patienter, der er allermest syge – det tror jeg ikke altid vi har været lige gode til.

Personale og patienter har sammen udviklet fælles interventioner, der gør, at der i dag finder mere systematisk individuel inddragelse sted. Oplevelsen er, at det har haft en helende virkning på nogle af de patienter der har deltaget. Både fordi patienterne har følt sig betydningsfulde, men måske også fordi personalet har fået et andet syn på patienten. En fra projektteamet udtalte:

Man ser ikke bare det syge menneske- sygdommen, man ser mere på det hele menneske, det raske. Når de inviteres ind efter udskrivelsen, som raske- ser man dem på en helt anden måde. Og så stod hun der: "Ihh hvor er hun smuk", tænkte jeg: "Tænk ser hun sådan ud normalt"

Alle interventioner lægger op til – på forskellig vis – et tættere samarbejde mellem patient og personale. Personalets oplevelse er, at projektet har været med til at skabe mere opmærksomhed på, at patienterne kan mere end de (personalet) troede de kunne. Det er oplevelsen at det skyldes at projektet har været meget praksisnært og medarbejderinvolverende

Læring og anbefalinger i forhold til at skabe bæredygtig brugerinddragelse

Dette afsnit beskriver de erfaringer man har gjort sig med henblik på at udvikle, implementere og fastholde en brugerinddragende kultur i organisationen. Følgende temaer har været vigtige:

- Projektet har understøttet strategien:
- Organisering:
- Ledelse af brugerinddragelse
- Brugerinddragelse er blevet konkret for klinikerne
- Tværfaglighed
- Prioritere kompetenceudvikling af medarbejdere

Temaerne uddybes i det følgende:

Projektet har understøttet strategien

Fra et ledelsesperspektiv har den største gevinst ved projektet været, at det har understøttet den overordnede strategi, om at samskabe fremtidens psykiatri med brugerne. Strategien er derved blevet gjort relevant og nærværende i praksis, og det er med til at skabe en brugerinddragende kultur i organisationen. Dette er ikke bare oplevelsen fra direktionens side, men også oplevelsen fra projektteamet, en af dem sagde:

Der er sket noget, Det begynder også at hænge sammen med organisationens strategi.

Fra direktionens side er erfaringen dog også, at et projekt alene ikke er nok til at ændre kulturen i en hel organisation:

Det det har givet os er først og fremmest, at det er med til at understøtte den overordnede strategi i Region Nord om samskabelse med brugerne og klinikerne. ...Den brændende platform var tvang – det skal vi have brugerne med til at løse. Det er den største gevinst ved projektet, at det har kunnet understøtte den strategi som vi allerede havde.

Organisering er vigtig

Fra projektledelsens side er erfaringen, at det er meget vigtigt at organisere sig hensigtsmæssigt. Projektet har været højt prioriteret af psykiatrilædelsen, og *Enhed for Samskabelse* der er organiseret direkte under Psykiatridirektøren, har ledet og drevet projektet sammen med de afsnitsledende sygeplejersker og det

personale der er allokeret opgaven. Det betyder, at det har været personer med ekspertviden om brugerinddragelse og samskabende processer der har ledet projektet i praksis, og samtidig været et vigtigt bindeled til psykiatrilædelser:

Noget helt centralt har været hele den organisering der har været om projektet fra start. At vi i Enhed for Samskabelse har ledet det, og har trådt ud til psykiatrilædelser og den faglige følgegruppe til nedbringelse af tvang - på den måde har kommunikationen mellem projektets forskellige aktører været smidig. Det er super vigtigt med en god organisering, så vi er klar over vores fælles opgave og sikrer, at vi går samme vej.

Ledelse af brugerinddragelse

Erfaringen er, at det er helt afgørende at ledelsen på alle niveauer bakker op, går foran og viser, at det er vigtigt og hvilken vej man ønsker at gå. Det er bl.a. sket ved at afdelingsledelsen har efterspurgt patientperspektivet, og vist interesse for projektet. En fra projektteamet oplevede det sådan:

Vores afdelingssygeplejerske har virkelig villet det. Hun er gået forrest, har efterspurgt patienternes perspektiv, og har taget det op på møder.

Enheden for Samskabelse har ledet projektet, og en af deres vigtige opgaver har været at hjælpe afdelingsledelsen til at sætte fokus på patientperspektivet og hjælpe med hvordan man skaber en patientinvolverende kultur sammen med svært psykisk syge patienter. Fra direktionens side er man klar over betydningen af denne vigtige understøttende rolle:

Det kræver noget understøttelse. Der er brug for det, for vores afdelingsledende sygeplejersker har rigtig mange driftsopgaver og rigtig meget de har ansvar over for. Vi kan ikke forvente, at de kan gøre alt det selv. Men der er brug for, at de bakker op om det. ...og man har brug for hjælp til at understøtte de her processer. Så kan det være en dag, at man kan køre dem selv, men det er et langt sejt træk. Det er vigtigt at hvis man skal gøre det her, er man nødt til at investere i det, og det betyder man skal hjælpe ledelsen med den her opgave.

Oplevelsen er, at de kompetencer der har været i enheden i form af ekspertviden om og erfaring med at facilitere samskabende processer har været helt afgørende for projektets gennemførelse og succes. Det har været med til at sikre, at brugernes stemme reelt har været med til at skabe forandringer, som projektlederen udtrykte det:

Det allermest centrale for at det lykkes at lave samskabende processer, hvor patienter og ansatte engagerer sig, det er faciliteringskompetencer. Altså kompetencer hvor man frembringer den dialog, der gør, at de deltagende finder svar sammen.

Brugerinddragelse er blevet konkret for klinikerne

Projektet har været med til at gøre brugerinddragelse konkret for personalet, idet den samskabende proces med patienter og personale er rykket ud i praksis, og har hjulpet med til at personalet har fået øje på hvad brugerinddragelse reelt er. Som en klinikchef udtalte:

Det der glæder mig er, at vi her har nogle meget konkrete praksiseksempler, hvor vi gør os nogle erfaringer med et helt konkret udviklingsprojekt. ...Tænker det har bidraget helt vildt meget, den erfaring. ...Rigtig godt at vi får det i hænderne og vi får de konkrete projekter

I dette projekt har klinikerne været med hele vejen: Til problemlidentificering, udvikling af indsatser, implementering mm. Den tilgang er ny, og har været lærerig, som projektlederen udtrykte det:

Vi har haft en samskabende tilgang, hvor de tre afsnit har været med fra start til slut, og det er en af de største gevinster. Især at klinikerne har fået øje på, at patienter kan sige hvad der er godt og vigtigt for dem. At få brugerinddragelse i hænderne på klinikerne – det har været en gave.

Projektteamet deler den samme opfattelse af, at det har været meget givtigt som kliniker at deltage i de samskabende processer, en af dem sagde:

Det er afgørende, at vi holder fast i den måde at køre et projekt på. Det har været genialt at køre et projekt på den måde i vores hverdag.... Vi justerer hele tiden i forhold til hvad patienten OG personalet siger.

Tværfaglig indsats understøtter bæredygtighed

I et af de tre deltagende afsnit har man bevidst valgt en intervention der er tværfagligt forankret, ud fra den tese, at det vil være med til at gøre brugerinddragelsen mere bæredygtig. En fra projektteamet i det gældende afsnit udtalte:

Det har været helt afgørende at det har været tværfagligt – at vi har haft læger og psykologer med. Det har betydning for den måde, vi fastholder tingene på.

I de to andre afsnit har interventionerne været mindre tværfagligt forankret, fordi den har været målrettet 'en faggruppe. Oplevelsen er, at det er en fordel, hvis man kan vælge en indsats der involverer tværfagligt, hvis den brugerinddragende kultur skal forankres tværfagligt.

Vigtigt at prioritere kompetenceudvikling af medarbejdere

For at personalet kan praktisere brugerinddragelse i praksis, er det vigtigt at anerkende brugerinddragelse som en særlig kompetence. Derfor er det vigtigt på ledelsesniveau at prioritere kompetenceudvikling af personalet. At prioritere et kompetenceløft i brugerinddragelse vil også være med til at understøtte strategien, og give brugerinddragelse opmærksomhed, tyngde, status og professionalismisme. En klinikchef fremhævede netop professionalismismen i forhold til at praktisere brugerinddragelse:

Jeg tror bare det er vigtigt, at når vi laver brugerinddragende projekter, så har vi en professionalismisme i det, på lignende vis med alle andre ting vi laver.

For personalet er det afgørende, at de føler sig kompetente i forhold til at kunne praktisere brugerinddragelse på en kompetent måde. En fra projektteamet sagde:

Vi har en kultur, der grundlæggende vil det her, men jeg tænker også, at personalet skal opleve de har kompetencerne til det. ...Hvis man får trukket noget ned over hovedet, som man ikke føler man har kompetencerne til det, bliver det rigtig svært.... Det er rigtig vigtigt at vi anerkender, at mange af vores personaler er novicer.

En anden fra projektteamet fremhævede vigtigheden af at kompetenceudvikling af personalet, prioriteres af ledelsen, for at få det til at ske.

Hvis ikke ledelsen prioriterer det, kommer det ikke til at ske. Både prioritere det, vise interesse..., men også at afsætte ressourcer til området. Hvis der ikke er noget understøttende, nogen der er med til at flytte fokus, så bliver det for tilfældigt,

Konklusion

Erfaringen fra projektet er, at det øgede fokus på brugerinddragelse og brugerinddragende metoder, har bidraget positivt til at engagere patienterne i deres egen behandling og til at styrke samarbejdet mellem patienter og personale. Altså har projektet bidraget til at organisationen er modnet og har taget et vigtigt skridt i retningen mod en mere brugerinvolverende kultur, der fra litteraturen vides at have en positiv effekt på tvang.

Vigtigste læringspointer

Læring i forhold til at inddrage brugere i løsning af en brændende platform:

- Det har været vigtigt med en problemstilling, der gav mening for både personale og patienter.
- Der har været stor læring i, hvor syge patienterne kan være, og alligevel deltage relevant, og at man kan inddrage dem, mens de er indlagt. Det har skabt motivation og mod.
- Det har været lærerigt for personalet og patienterne at deltage i de samskabende processer. Det har bidraget til at skabe sprog om, hvad brugerinddragelse er i praksis, men også til at skabe engagement, og konkret viden om og erfaring med brugerinddragelse.

Læring i forhold til at skabe bæredygtig brugerinddragelse:

- Ledelsen skal ville det, og brugerinddragelse skal være en del af strategien.
- Det er afgørende at organisere sig hensigtsmæssigt. Projektledelsen har været et vigtigt bindeled mellem psykiatriledelsen og praksis.
- Brugerinddragelse bliver ikke bæredygtigt med et projekt alene, der skal flere til.
- *Enhed for Samskabelse* har både kompetencer inden for samskabelse, processer og facilitering, hvilket har været helt afgørende for projektets succes.
- Det har været vigtigt, at personalet har været inddraget helt fra starten til at udforske problemet og udvikle løsninger sammen med patienterne. Det har skabt ejerskab og en smittende motivation.
- For at skabe bæredygtig brugerinddragelse, skal det gøres konkret og praksisnært.
- Det er vigtigt på direktions- og afdelingsledelsesniveau at anerkende og prioritere kompetenceudvikling af medarbejdere.
- Kompetencer indenfor projektledelse, facilitering, samskabelse, relationsarbejde og psykiatri har været afgørende for projektets gennemførelse og succes.
- Tværfaglig involvering er en fordel, hvis brugerinddragelse skal blive bæredygtigt i organisationen.

3.6 Casestudie af Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg

Casestudiet er beskrevet i to dele: 1) *Beskrivelse af projektet og dets resultater* og 2) *Læring uddraget af projektet*. Samlet resume og vigtigste læringspointer er fremhævet.

Baggrund

Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg har igennem flere år arbejdet med brugerinddragelse. I sygehusets "Strategi 2017-2021" arbejder man med patientinddragelse under konceptet: "*Patienten først*". Patientinddragelse er et af fire udvalgte spor, hvor målet er:

- *Vi inddrager patienter og pårørende i relevante dele af deres forløb på tværs af afdelinger og sektorer*
- *Vi inddrager patienter og pårørende i udviklingen af Sydvestjysk Sygehus' indsatser*

Direktionen har stort fokus på brugerinddragelse, og har sat ind med flere elementer og indsatser for at opnå en brugerinddragende kultur. På organisatorisk niveau har man fået etableret et meget velfungerende og efterspurgt Patient- og pårørendepanel. Man har gennem flere år arbejdet med PRO³, og har gode erfaringer med det. Hospitalet har igennem flere år afholdt et halvårligt sparringsmøde på direktørniveau med VIBIS omkring udvikling af deres brugerinddragende strategi. Et af formålene med at indgå i projektet 'Bæredygtig Brugerinddragelse' var at styrke systematikken og metoderne i brugerinddragelse i klinikken.

Sygehuset har tidligere haft et indsatsområde, hvor dokumentation skal foregå sammen med patienten, men det har været vanskeligt at implementere. Ved projektets start, stod Sydvestjysk Sygehus overfor en ombygning hvor nogle afdelinger skulle flytte til en ny sengebygning med enestuer. Man mente, at det ville være lettere at gennemføre dokumentation på stuen, sammen med patienten, hvis det foregik på enestuer, hvor adgang til den elektroniske patientjournal er en fast integreret del af hver enestue i den nye sengebygning. Oplevelsen var derfor, at der var momentum for at sætte fokus på indsatsen igen.

Resume

Den brændende platform:

Manglende tidstro dokumentation og ingen konsekvent patientinddragelse i dokumentationen. Dette menes at kunne forårsage fejl, dårligt arbejdsmiljø og unødigt spild. Det, at der var dato for indflytning i de nye bygninger, gjorde, at der blev skabt en deadline for, hvornår man skulle være klar til at implementere tidstro dokumentation på stuen sammen med patienten.

Den iværksatte indsats:

To afdelinger Fælles Akut Modtagelse (FAM) og Palliativt Afsnit har deltaget som testafdelinger. De har udviklet og afprøvet arbejdsgange, der kan understøtte, at dokumentationspraksissen på SVS bliver både *korrekt, tidstro* og ikke mindst *patientinddragende*.

Blev den brændende platform løst?

³ PRO = Patient Reported Outcome

Grundet Covid-19 har det ikke været muligt at følge projektplanen, og der foreligger derfor ikke målbare resultater endnu.

På nuværende tidspunkt har Palliativt Afsnit afprøvet følgende dokumentationspraksis i samtalen med patienter og pårørende:

- Der dokumenteres tidstro med patienten på stuen.
- Der spørges åbent og eksplicit, hvad der er vigtigt for patienten.
- Samtalen afrundes med en opsummering af, hvad man har dokumenteret og aftalt ved samtalen, så man sikrer, at man har en fælles forståelse af, hvad man har aftalt.

Blev brugerinddragelse gjort bæredygtigt?

SVS har gennem flere år arbejdet målrettet mod at skabe en brugerinddragende kultur på sygehuset, og har sat ind på flere fronter. Projektet her har i særlig grad bidraget til en opmærksomhed på betydningen af at inddrage såvel patienter som personale i virkelighedsudforskningen, og man har besluttet fremover at lade virkelighedsudforskning være en del af kompetenceudviklingen. Man kan konkludere, at der med dette projekt alene ikke er skabt en brugerinddragende kultur i hele organisationen, men projektet har været et vigtigt bidrag mod at komme målet om en bæredygtig brugerinddragende kultur i organisationen nærmere.

3.6.1 Beskrivelse af projektet og dets resultater

Dette afsnittet er bygget op om den lokale afrapportering beskrevet af den lokale projektleder.

Den lokale organisering af projektet

Navn, Titel	
Projektejer	Susanne Lauth, Sygeplejefaglig direktør
Styregruppe	<ul style="list-style-type: none">• Sygeplejefaglig direktør• Lægefaglig direktør• Flere udvalgte afdelingsledelser• Kvalitets- og Forbedringschef• Plan og Økonomichef• AC-medarbejder fra Plan og Økonomi• De to lokale projektledere (forbedringskonsulenter)
Projektleder (tovholdere)	<ul style="list-style-type: none">• Janne Bødker Christensen, Forbedringskonsulent Kvalitets- og Forbedringsafdelingen• Louise Østergaard, Forbedringskonsulent
Projektgruppe	Der er nedsat en arbejdsgruppe for hver af testafdelingerne: Palliativt Afsnit og FAM.

	<p>Palliativ arbejdsgruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afsnitsledende sygeplejerske • Specialeansvarlig sygeplejerske • Specialeansvarlig overlæge • Udviklingssygeplejerske <p>FAM:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ledende oversygeplejerske • Afsnitsledende sygeplejerske • Specialeansvarlige sygeplejersker • Kliniske vejledere • Basissygeplejersker • Fysioterapeuter • Ergoterapeuter
Nøglepersoner	<p>Palliativt Afsnit:</p> <p>Der er udvalgt nøglepersoner til afprøvning af indsatsen</p> <p>FAM:</p> <p>Der er ikke udvalgt nøglepersoner endnu</p>

Beskrivelse af indsatsen

To afdelinger blev udvalgt til at deltage som testafdelinger i projektet: Fælles Akutmodtagelse (FAM) og Palliativt afsnit.

Palliativt afsnit blev valgt, fordi det er en patientgruppe, der er alvorligt syge, hvor behandling og pleje primært retter sig mod livskvalitet, og hvor det derfor giver rigtig god mening for klinikerne at inddrage såvel patienter som pårørende. Det er en lille og meget dedikeret medarbejdergruppe, hvor man forventede at kunne fange det tværfaglige aspekt i processen. I Palliativt Afsnit er den generelle oplevelse blandt klinikerne, at de som udgangspunkt var/er dygtige til at inddrage patienter og pårørende, og man mente, at afsnittet ville være en god rollemodel, som resten af hospitalet ville kunne lære noget af.

FAM er, modsat Palliativt Afsnit, en meget stor afdeling, hvor behandling og pleje primært retter sig mod akut behandling. FAM skulle ikke flytte med over i den nye bygning, men de har enestuer og teknologien på plads, der allerede understøtter indsatsen, og de har allerede gennem flere år arbejdet med tidstro dokumentation. De har en standardiseret måde at afholde indlæggelsessamtaler på, og fornemmelsen var, at de var gode til at inddrage, men at det ikke altid skete systematisk. En anden grund til at vælge FAM var, at man mente det ville være et godt signal at sende til resten af sygehuset, for *"hvis FAM, som den store afdeling den er, kan, så kan alle"*.

De to afdelinger har deltaget i udvikling og afprøvning af en arbejdsgang, der kan understøtte, at dokumentationspraksissen på SVS bliver både *korrekt, tidstro* og ikke mindst *patientinddragende*. Med henblik på at højne behandlingskvaliteten og patientsikkerheden samt reducere tidsspild, skal patienternes viden og erfaringer systematisk inddrages og dokumenteres.

Projektets formål var at generere erfaringer omkring systematisk patientinddragelse i dokumentationsøjemed, som på sigt kan bruges til opskalering på resten af SVS. Derfor var det også helt bevidst, at man valgte to så forskellige afdelinger, for at få et så bredt erfaringsgrundlag som muligt.

Den brugerinddragende indsats

I forbindelse med projektets opstart blev der afholdt en workshop for den lokale styregruppe, her deltog en patient. Patienten kom med input til hvad han som patient oplevede er vigtigt i samarbejdet med klinikerne i forhold til dokumentation på stuen.

På Palliativt Afsnit har patienterne været inddraget i fase 2 (Udforskning af virkeligheden) og fase 3 (Design og afprøvning af indsatsen). Den lokale projektleder har bl.a. gennemført interviews med patienterne om deres oplevelse af at være inddraget tidstro i dokumentationen, som led i afprøvning og udvikling af konceptet.

FAM har tidligere selv gennemført en undersøgelse af patienters oplevelse af 'dokumentation på stuen', dette perspektiv er taget med i udvikling af konceptet

Der indgår også andre undersøgelser, der viser noget om såvel patientperspektivet som klinikernes perspektiv på tidstro dokumentation.

Patienterne har været inddraget i følgende faser i udviklingen af konceptet:

- Fase 2: Udforskning af virkeligheden
- Fase 3: Design og afprøvning af indsatsen



På såvel Palliativt Afsnit som FAM har der været afholdt tværfagligt kick-off for klinikkerne. Der var i begge tilfælde patienter/pårørende med, som medvirkede i en form for brugerdialog i løbet af workshoppen.

På Palliativt Afsnit var det overvejende klinikere fra plejegruppen der deltog. Der er kun én specialeansvarlig overlæge ansat 25 timer ugentligt i Palliativt Afsnit, hvilket har gjort det vanskeligt at forankre projektet tværfagligt. Pga. situationen med Covid-19 blev projektet sat på pause, og man holdt derfor en genstartworkshop, hvor arbejdsgruppen deltog efter sommerferien. Imellem disse workshops har der været jævnlige møder mellem projektleder og team, hvor der er aftalt justeringer af indsats og tidsplaner.

Arbejdsgruppen har stået for de indledende prototypetestninger og justeringer. Derefter er det udbredt til flere, som har afprøvet indsatsen.

Den brugerinddragende indsats i projektet kan ifølge Arnsteins stige således karakteriseres som "middel grad af inddragelse".

Udvalgte indikatorer

Følgende indikatorer blev valgt:

- "Medianvis gennemløbstid fra patientkontakt slut til dokumentation start"
- "Graden af patientinddragelse målt via følgende spørgsmål til patienterne:
 - Sundhedspersonalet spurgte ind til mine egne erfaringer med min sygdom/tilstand
 - Jeg fik talt med sundhedspersonalet om de spørgsmål eller bekymringer, jeg havde
 - Jeg fik talt om det, der er vigtigt for mig?

Det opnåede resultat

Patienttilfredshed

Grundet Covid-19, var det ikke muligt for hverken på FAM eller i Palliativt Afsnit at følge projektplanen. FAM kom senere i gang end Palliativt Afsnit, og har derfor ikke opnået målbare resultater endnu.

På nuværende tidspunkt, har Palliativt Afsnit afprøvet følgende dokumentationspraksis i forbindelse med selve samtalen med patienten/de pårørende:

- Der dokumenteres tidstro med patienten på stuen.
- Der spørges åbent og eksplicit, hvad der er vigtigt for patienten.
- Samtalen afrundes med en opsummering af, hvad man har dokumenteret og aftalt ved samtalen, så man sikrer, at man har en fælles forståelse af, hvad man har aftalt.

På Palliativt Afsnit er der kun gennemført få målinger, den seneste måling foretaget i august, viste følgende resultater:

- Sundhedspersonalet spurgte ind til mine egne erfaringer med min sygdom/tilstand? = 77% rater i meget høj eller høj grad.
- Jeg fik talt med sundhedspersonalet om de spørgsmål eller bekymringer, jeg havde? = 77% rater i meget høj eller høj grad.
- Jeg fik talt om det, der er vigtigt for mig? = 88% rater i meget høj eller høj grad

3.6.2 Læring uddraget af projektet

Dette afsnit er en beskrivelse af den læring, der har fundet sted i projektet, og er en sammenfatning af analysen af gruppeinterview A, B og C.

Afsnittet beskrives i to temaer:

- *Læring i forhold til at inddrage brugerne i løsning af den brændende platform*
- *Læring og anbefalinger i forhold til at skabe bæredygtig brugerinddragelse*



Under hvert tema er beskrevet de vigtigste erfaringer og læringspointer man har gjort sig med projektet. Afsnittet afsluttes med en konklusion og en sammenfatning af de vigtigste læringspointer.

Læring i forhold til at inddrage brugerne i løsning af den brændende platform.

Dette afsnit beskriver de erfaringer man har gjort sig med henblik på at inddrage brugerne i udvikling af indsatsen med at dokumentere korrekt, tidstro og inddragende. Erfaringerne kan kategoriseres i følgende læringspointer

- Inddragelse af patienter i udvikling af konceptet giver ny viden
- Skal give mening for klinikerne:
- Inddragelse af brugerne giver bedre løsninger

Disse læringspointer uddybes i dette afsnit.

Inddragelse af patienter i udvikling af konceptet

Man har haft gode oplevelser med at inddrage patienter i virkelighedsudforskningen. Det har været med til at pege på nogle problemstillinger klinikerne ikke var klar over, og det har været med til at skabe engagement hos klinikerne. En af projektlederne sagde:

De har altid dokumenteret på stuen, så det ligger der, og de synes i en grad de patientinddrager. Men virkelighedsudforskningen viste noget andet, og det vil de gerne gøre bedre

Derfor er en af de erfaringer man tager med sig, at man med fordel kunne have inddraget brugerne noget mere gennem hele forløbet.

Vi har haft dem med i virkelighedsudforskningen i Palliativt Afsnit. Og vi har dem med nu, hvor vi afprøver, men der kunne vi godt have gjort mere.

Skal give mening for klinikerne

Klinikerne havde let ved at se vigtigheden af projektet, da det gav mening at intensivere indsatsen, i forbindelse med flytningen til den nye bygning, med enestuer. En afdelingssygeplejerske sagde:

Vi hørte i hovedoverskrifter hvad projektet drejede sig om. ... jeg synes det lød rigtig fornuftigt ift. at vi skal flytte over i den nye sengebygning, og det gav rigtig god mening med patientinddragelse – det gør det selvfølgelig alle vegne, men vi kunne se, at vi kunne drage rigtig meget gavn af det på Palliativt Afsnit, fordi det handler så meget om vigtige beslutninger, der bliver truffet for den enkeltes liv.

Erfaringerne er at det har været meget vigtigt at inddrage klinikerne helt fra start, det vakte deres interesse, da de blev udfordret på deres antagelser, ikke mindst ved virkelighedsudforskning og det at høre patienternes udsagn på deres oplevelser. Det blev en slags 'brændende platform' der gav mening. En af projektlederne oplevede følgende:

Det med at udfordre personalets antagelser, det er vigtigt at gøre – og ikke mindst få patienternes deciderede udsagn på, hvordan de oplever det. Personalet kan have mange antagelser og gode hensigter, men selvom de har arbejdet inden for feltet i mange år, så ER de ikke patienter, de er fagpersoner. Så det at få patienterne til at sige det, "i kød og blod", hvad det egentlig gør – så det ikke bare bliver data, det er vigtigt.

Inddragelse af brugerne giver bedre løsninger

Kvalitative data fra patienterne i forhold til deres oplevelse af tidstro dokumentation på stuen viser, at det opleves værdifuldt og de føler sig inddraget. Den generelle opfattelse blandt de medarbejdere der har deltaget i afprøvningsfasen, er også at initiativet har positive implikationer, og har bidraget til gode løsninger.

Erfaringerne er, at man på Palliativt Afsnit i dag helt naturligt dokumenterer på stuen sammen med patienten, og at der generelt er kommet mere opmærksomhed på at spørge ind til patientens behov. De erfaringer personalet har gjort sig er overvejende positive. Oplevelsen er, at de i samtalen med patienten kan spørge ind til forskellige ting, imens de dokumenterer. De oplever også, at patienterne og de pårørende får tid til at præcisere nogle ting, og at der nogle gange opstår spørgsmål hos patienterne, måske fordi de får tid til at reflektere under dokumentationen. Nogle oplever også, at der er blevet mere ro til opgaven. Oplevelsen er, at projektet langsomt er med til at skabe en mere brugerinddragende kultur i afdelingen, og som en fra direktionen udtalte:

Men vi har haft meget fokus på det – nu er det blevet en naturlighed at de gør det, det var det ikke for 1-1,5 år siden. Der kan vi se en bevægelse.

At dokumentere tidstro betyder, at patienterne får indsigt i og indflydelse på det, der dokumenteres om dem, og dermed også mulighed for at på indflydelse på egen behandling og forløb. Dermed er oplevelsen at kvaliteten af samtalen og dokumentationen er blevet bedre, og mere patientsikker, idet risikoen for at glemme at dokumentere vigtige oplysninger mindskes. En afdelingssygeplejerske sagde:

Det vigtigste er, at det er patienten der ved bedst. Vi skal lægge den holdning fra os, at god sygepleje er at de ligger i en nyredt seng, er vasket fra top til tå osv. Det er ikke sikkert, at det er patientens ønske. Så vi skal tænke anderledes. Det kan være med til at udvikle sygeplejen – så den bliver mere individuel og tilpasset den enkelte.

De nye rammer med enestuer, har skabt bedre mulighed for at inddrage pårørende, hvilket har betydet at der er kommet mere fokus på inddragelse af pårørende, samme afdelingssygeplejerske oplevede det sådan:

Det der også er med de nye rammer vi har fået er, at de pårørende bedre kan være med hele tiden. Bedre rammer for at de pårørende kan blive inddraget, fordi der ikke er tre andre patienter på samme stuer, som man skal tage hensyn til.

Læring og anbefalinger i forhold til at skabe bæredygtig brugerinddragelse

Dette afsnit beskriver de erfaringer man har gjort sig med henblik på at udvikle, implementere og fastholde en brugerinddragende kultur i organisationen. Erfaringerne kan kategoriseres i følgende temaer:

- Brugerinddragelse som en del af strategien:
- Whats in it for me
- Vigtigt med data og evidens
- Gør det enkelt
- De rette personer på posten
- Faglige diskussioner og spredning af den gode historie
- Behov for kompetenceudvikling

Disse læringspointer uddybes i det følgende:

Brugerinddragelse som en del af strategien:

Sygehusets grundlæggende værdi og tilgang er "Patienten først", og *brugerinddragelse* er derfor en helt naturlig del af sygehusets strategi.

Projektet "Tidstro dokumentation" er blot et af mange elementer der er med til at støtte op om den strategiske retning. Et projekt alene er ikke nok til at kunne ændre kulturen i hele organisationen, men ved at tænke flere elementer ind, er erfaringen, at der er større chance for at klinikerne oplever sammenhæng mellem indsatserne, som derved kan være med til at skabe mere bæredygtig brugerinddragelse. En af direktørerne sagde:

Du kommer ikke udenom at sætte det her på den strategiske dagsorden som en overordnet målsætning. Vi VIL arbejde hen imod at have tilfredse patienter, som føler sig inddraget i eget forløb. Der er uendeligt mange veje at komme dertil – men det er en nødvendighed.

Men klinikerne kan til gengæld nogle gange opleve det som en udfordring, hvis der bliver igangsat for mange projekter på samme tid, som ikke kan rummes i klinikken. Derfor er det vigtigt at ledelsen er dygtig til at prioritere, hvad der betyder mest, og bakke op når det er nødvendigt. På et tidspunkt under Covid-19, opstod der en pause i projektet pga. flere konkurrerende dagsordener. Projektlederne oplevede, at det var vanskeligt at holde gejsten hos klinikkerne. Her trådte direktionen til, og gjorde tydeligt, hvad der skulle prioriteres. En af dem sagde:

Vi havde et afbræk i foråret, hvor direktionen måtte komme med opbakning til at fortsætte projektet. Det gjorde de ved at bakke det niveau op, som er næst efter dem: Snakke med afdelingsledelsen og sådan, ... så prioritering er vigtig og opbakning i alle led.

Whats in it for me

For at skabe bæredygtighed er det vigtigt at klinikerne kan se sig selv i det og se en mening med det, og det har været vigtigt for klinikkerne at få strategien omsat til noget operationelt. Oplevelsen er, at det har været særlig relevant i forhold til begrebet *brugerinddragelse* at få det omsat til noget konkret.

Indsatsen skal opleves meningsfuld, der skal være noget "What's in it for me" i det. Det opleves f.eks. meningsfuldt, hvis man kan se, det får en værdi for patienterne. En oversygeplejerske sagde:

Det er netop brugerinddragende at sidde og dokumentere sammen med patienten. Det giver bedre kvalitet, men er også en besparelse i tid.

I dette projekt er erfaringen, at det også har været meningsfuldt, at det har bidraget til at lette arbejdsgangene. Arbejdsmiljøet er blevet bedre, fordi man gør sit arbejde færdigt uden forstyrrelser. Det betyder bl.a. at kvaliteten af samtalerne opleves at være blevet bedre, patientsikkerheden er bedre, fordi sandsynligheden for at få dokumenteret alt det vigtige er større når man gør det tidstro, dermed opleves indsatsen at være til gavn for både patienter og klinikere.

Man kan gøre sit arbejde færdigt, mens man er hos patienten. Der er ro, man bliver ikke forstyrret. Vores arbejdsgange er blevet lettere også. "One piece flow" – man afslutter opgaven.

Vigtigt med data og evidens

Oplevelsen er, at det er vigtigt for klinikerne at man kan vise forskningsresultater der viser at brugerinddragelse har betydning, ikke alene på patienttilfredsheden, men også på behandlingsresultater. Sygehuset begynder selv at have forskningsresultater på området, og erfaringen er, at dette både kan være med til at be- eller afkræfte eventuelle antagelser om brugerinddragelse, som en af projektlederne sagde:

Det er godt hvis man kan møde personalet med noget evidens ift. at udfordre de antagelser, de kan have. Nogle antagelser om patienter holder, andre gør ikke.

Fra direktionens side er oplevelsen at evidens også kan medvirke til at motivere klinikerne til at inddrage brugerne.

Vi begynder selv at have noget forskning på det. ... Det er sådan nogle resultater, som skal supportere lysten til at engagere sig med vores patienter – hvor det ikke kun handler om at spørge dem, men samarbejde med patienterne.

En måde at fastholde konceptet på, er at understøtte motivationen ved at levere data om brugerperspektivet. I projektet p SVS er det ikke bare patienterne men også klinikerne der opleves som brugere. Derfor er der indsamlet data om tilfredshed fra både patienter og klinikere, og som en af projektlederne påpegede:

I det her projekt er målet patientinddragelse. Midlet til målet er personalet. Når vi skal afprøve indsatsen, indsamler vi både data på patientperspektivet, men også på personalet.

Gør det enkelt

Det er vigtigt at tænke over hvordan man kan gøre det let for klinikerne. I en organisation med mange projekter og indsatser, er det vigtigt, at klinikerne kan se mening og sammenhæng med det de gør. Projektet *Tidstro dokumentation*, har f.eks. spillet godt sammen med TrygFondens årlige kampagne: *Hvad er vigtigt for dig*. En kampagne, der har været let at gå til, som klinikerne har oplevet meningsfuld. Det har virket positivt at koble den inddragende tilgang i projektet til denne kampagne.

I dette projekt har der også været god synergi i forhold til at koble det på en allerede kendt forbedringsmodel. Oplevelsen er, at det gør det nemmere at tilgå, og lettere for klinikerne, at de ikke skal forholde sig til flere nye ting på en gang.

En anden måde at gøre det let på er at benytte sig af 'nudging'. 'Nudging' er f.eks. benyttet i forhold til at der er udarbejdet et støtteredskab i dokumentationssystemet Cosmic, der understøtter begge indsatser. En projektleder sagde:

Vi fik lavet et støtteredskab i Cosmic, hvor vi fik indsat en frase om, hvad der er vigtigt for patienten. Så man får spurgt og får det noteret, så andre kan handle på det. Hvis man kun spørger, er det ikke sikkert man får indfriet det der er vigtigt for patienten.

De rette personer på posten

Erfaringerne er, at det er vigtigt med en direktion, der er tydelig i forhold til hvad brugerinddragelse er, og at man oprigtigt vil det. Direktionen på Sydvestjysk Sygehus har prioriteret og italesat projektet, og ikke mindst efterspurgt patientens stemme, sørget for at projektet er kommet på dagsordenen på ledelsesmøder, og efterspurgt resultater.

Som projektleder kræver det, at man har viden om og erfaringer med brugerinddragelse. Det har krævet nye kompetencer af projektlederne at drive et brugerinddragende projekt, og facilitere brugerinddragende processer.

Flere nøglepersoner har stoppet deres ansættelse i løbet af projektperioden. Erfaringen er, at det kan være vanskeligt at indtræde som ny nøgleperson, hvis man ikke har deltaget i indledende workshops, og virkelighedsudforskning. Nøglepersonernes opgave har bl.a. været at holde fast i initiativet, understøtte brug af redskaber og sprede de gode historier.

En anden erfaring er vigtigheden af at nøglepersonerne er tværfagligt forankret. På Palliativt Afsnit har de været udfordret i forhold til at der kun er 'en specialeansvarlig overlæge tilknyttet, og det endda kun på 25 t/uge. Det har betydet at det har været vanskeligt at implementere projektet i den faggruppe

Oplevelsen er også, at det har haft stor betydning at få input udefra af eksperter (ViBIS). ViBIS har bl.a. kunne bidrage med viden om, hvordan man udvikler og implementerer brugerinddragende værktøjer, i dette tilfælde dialogstøtteredskaber og hvordan man kan gennemføre virkelighedsudforskning. Derudover har ViBIS kunne bidrage med viden om og facilitering af brugerinddragende processen. Det kræver dog en vis parathed i organisationen at turde lade sig 'kigge efter i sømmene', af nogle udefra kommende. Som en fra direktionen sagde:

Det har givet os nogle gode teknikker, at I har været med på sidelinjen ift. hvordan man skulle gribe det an. En ting er at løsningen skal være patientinddragende, men processen dertil skal også være inddragende man skal som organisation være parat til det, og vi har faktisk haft brug for at der kom nogle udefra.

Faglige diskussioner og spredning af den gode historie

Det er vigtigt at implementeringen understøttes af faglige diskussioner for at give det liv.

En anden erfaring er betydningen af, at de gode historier spredes både internt og eksternt af dem der er berørt af det, dvs. både ledere og medarbejdere. En kvalitetsperson sagde:

Vi har nogle afdelinger, der kan sælge det ud af huset – nogle medarbejdere og afdelingsledere der kan fortælle om deres erfaringer både på godt og ondt. Det gør det meget nemmere at få det rundt i hele organisationen – meget nemmere end hvis det er forbedringsafdelingen, kvalitetsafdelingen eller direktionen.

At få medarbejderne til at sprede de gode historier, er noget man vil have mere fokus på fremover. At medarbejderne selv fortæller hinanden de gode historier, skaber mere troværdighed. På Palliativt Afsnit har man nogle gange, i travle perioder, haft hjælp af personale fra andre afdelinger. De er i den forbindelse blevet introduceret til indsatsen, som derved spredes, en sygeplejerske sagde:

Nogle gange har vi fået hjælp fra kirurgisk afdeling til at passe Palliativt Afsnit. Der har vi introduceret dem til redskabet, og det syntes de var smart. Det gjorde, at de bedre kunne se hvad de palliative patienter havde brug for. Så det har været dem, der har synes det var et rart redskab at have, fordi de kom fra en anden patientkategori.

Behov for kompetenceudvikling

En måde at sikre, at det gode initiativ fastholdes, er at sikre at nye medarbejdere introduceres til det, så det bliver en naturlig del af deres praksis. På den måde har man en formodning om, at initiativet vil påvirke den kulturændring der er godt på vej.

Tilgangen til kompetenceudvikling er, at der ofte er stor læring i aha-oplevelser over egen praksis. Derfor er virkelighedsudforskning en vigtig del af kompetenceudviklingen. Det er en læringstilgang man har valgt at tænke ind i kompetenceudviklingen fremover.

Samtidig er det også nødvendigt at tænke i mere struktureret kompetenceudvikling som f.eks. træning i kommunikation, hvilket direktionen er blevet meget opmærksom på:

Alle har en grunduddannelse i kommunikation, men det vil vi skærpe. Vores medarbejdere skal trænes i at kommunikere.

Konklusion

Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg har igennem flere år arbejdet målrettet mod at skabe en brugerinddragende kultur på sygehuset, og har sat ind på flere fronter. Projektet her har i særlig grad bidraget til en opmærksomhed på betydningen af at inddrage såvel patienter som personale i virkelighedsudforskningen, og man har besluttet fremover at lade virkelighedsudforskning være en del af kompetenceudviklingen. Man kan konkludere, at der med dette projekt alene ikke er skabt en bæredygtig brugerinddragende kultur, men projektet har været et vigtigt bidrag mod at komme målet om en bæredygtig brugerinddragende kultur i organisationen nærmere.

Vigtigste læringspointer

- Brugerinddragelse skal være en del af strategien, og der skal sættes ind på flere måder. Man opnår ikke bæredygtig brugerinddragelse med et projekt alene. Brugerinddragelse skal omsættes fra strategi til konkrete tiltag for at gøre det håndterbart for klinikkerne.
- Man har gode erfaringer med at inddrage patienterne i virkelighedsudforskning og i forbindelse med test og udvikling af værktøjer. Man kunne med fordel have gjort mere af det.
- Det er vigtigt at inddrage medarbejderne tidligt i processen. Det giver dem indsigt, der kan bidrage til at se mening med projektet og skabe motivation.
- Data om patient- og personaletilfredshed kan være med til at sikre motivation. Det samme gælder brug af evidens i forhold til både at af- eller bekræfte myter om brugerinddragelse og i forhold til at give det "vægt".
- Det er vigtigt at gøre det enkelt for klinikkerne. Det kan man bl.a. gøre ved at koble det op på allerede kendte projekter, begreber mm. f.eks. forbedringsmodellen. Nudging, hvor man hjælper klinikerne på vej, og helt konkret hjælper med, at tingene praktisk kan lade sig gøre er også vigtigt, f.eks. at oprette et skrivefelt i det elektroniske journalsystem, hvor man kan dokumentere, hvad der er vigtigt for patienten.
- Det er vigtigt med de rette personer på posten. Direktionen skal have viden om brugerinddragelse og de skal ville det. Som projektleder kræver det, at man har viden om og erfaringer med brugerinddragelse, og man skal have kompetencer til at drive og facilitere brugerinddragende processer. Nøglepersonerne skal være tværfagligt forankrede, og det er en fordel, hvis de er gennemgående i hele projektperioden for at sikre, at patienternes bidrag i de forskellige faser anvendes.
- Spredning af den gode historie bør både ske på ledelsesniveau og klinikerniveau, og gerne i fagfællesskaber. Peers-to-peers medvirker til at skabe troværdighed.
- Kompetenceudvikling både i form af deltagelse i virkelighedsudforskning og i form af kommunikationstræning er vigtigt. Det er også vigtigt, at projektlederne klædes på i forhold til at være kompetente til at drive og facilitere brugerinddragende processer.
- Ekspertviden udefra kan bidrage med nyttig viden om brugerinddragelse og brugerinddragende processer.

3.7 Erfaringer med at inddrage brugere i styregruppen

Som beskrevet i afsnit 1.4.1 *Projektets organisering*, har brugerne været inddraget både på strategisk niveau i den overordnede styregruppe for projektet, og lokalt til udvikling af indsatserne. Måden brugerne har været inddraget på og erfaringerne med at inddrage brugerne lokalt er beskrevet i de enkelte casestudier.

Dette afsnit er en beskrivelse af den læring vi har gjort os i projektet, ved at inddrage brugere på strategisk niveau i projektets overordnede styregruppe.

Afsnittet indledes med en beskrivelse af styregruppens deltagere og opgave, formål med at inddrage brugerne og måden de har været inddraget på. Resultatafsnittet er en beskrivelse af

- Analysen af gruppeinterview D foretaget med brugerrepræsentanterne.
- Styregruppens oplevelse af den værdi det har haft at have brugere med i styregruppen.

Data til dette afsnit stammer dels fra interview C samt evaluering af forløb i styregruppen foretaget mundtligt på 3. og sidste styregruppemøde.

3.7.1 Styregruppens deltagere

Styregruppen bestod af projektejer, en repræsentant for hver af de lokale styregrupper: Chef for patientinvolvering, AUH, Vicedirektør BFH, Chef for kvalitet, NFS, Direktør for patientforløb og kvalitet, PRN, Sygeplejefaglig direktør, SVS, Programchef, Trygfonden, Chefkonsulent, Rigshospitalet, Vicedirektør fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed og tre brugerrepræsentanter. Navne på deltagere fremgår af bilag 1.

3.7.2 Styregruppens opgave

Styregruppen opgave var at understøtte projektets gennemførelse, og kvalificere den brugerinddragende indsats i projektet. Styregruppen har bidraget med et fagligt-, organisatorisk- og patientoplevelt perspektiv, på indhold og udvikling af de lokale projekter. Styregruppen har endvidere været med til at kvalificere projektets anbefalinger, og sprede projektets viden i organisationen.

3.7.3 Formål med at inddrage brugerne i styregruppen

Formålet med at inddrage brugerne i styregruppen var at styrke patientperspektivet i projektet.

3.7.4 Metode

Brugerrepræsentanterne blev rekrutteret til opgaven foråret 2019. To brugerrepræsentanter blev rekrutteret via patientforeninger, og en blev rekrutteret via projektgruppens kendskab til brugerrepræsentanten fra tidligere samarbejde.

Brugerrepræsentanterne blev introduceret til opgaven sammen med de øvrige styregruppemedlemmer på første møde.

Efter andet styregruppemøde blev det klart, at brugerrepræsentanterne manglede viden om projektets overordnede formål, samt en begrebsafklaring af kernebegreber som *brugerinddragelse*, *brændende platform*, og *bæredygtig brugerinddragelse*. To af brugerrepræsentanterne deltog herefter i en forsinket

introduktion til projektet, herunder formål med projektet, og begreberne *brugerinddragelse*, *brændende platform* og *bæredygtig brugerinddragelse*.

Forud for styregruppemøderne har brugerrepræsentanterne på lige fod med de andre deltagere modtaget dagsorden og eventuelle oplæg ca. en uge før mødets afholdelse.

Brugerrepræsentanterne har været tilknyttet en kontaktperson fra projektgruppen. Forud for møderne tog kontaktpersonen kontakt til brugerrepræsentanterne med henblik på at afklare eventuelle spørgsmål, og forberede dem på opgaven.

3.7.5. Resultat og erfaringer

Der har i projektet været afholdt tre møde i styregruppen. Derudover har styregruppen sammen med de lokale projektledere deltaget i en online faciliteret afsluttende workshop hvor projektets anbefalinger blev kvalificeret.

En af brugerrepræsentanterne har deltaget i alle tre styregruppemøder samt den afsluttende workshop, en har deltaget i alle tre styregruppemøder, men ikke den afsluttende workshop, og en har deltaget i første og tredje styregruppemøde samt den afsluttende workshop.

Næste afsnit beskriver analysen af gruppeinterview med brugerrepræsentanterne om deres oplevelser med at deltage i styregruppen.

I beskrivelsen er brugerrepræsentanterne anonymiserede og refereres som B1, B2 og B3.

Brugerrepræsentanternes oplevelse af at deltage i styregruppen

Helt overordnet har brugerrepræsentanterne oplevet, at det har været vanskeligt at bidrage til at løse projektets formål, årsagerne hertil kan kategoriseres i følgende temaer:

- Uklart formål og manglende rolleafklaring
- Brugerperspektivet med fra start
- Savnet konkrete opgaver
- Rekruttering og kompetencer
- Behov for hjælp til at styrke patientperspektivet
- Projekt- og mødeledelse
- Hvilken værdi har det haft

De enkelte temaer uddybes i det følgende:

Uklart formål og manglende rolleafklaring

Projektets overordnede formål har været uklart for brugerrepræsentanterne, og det har også været vanskeligt at se formålet med de enkelte projekter, særligt set med et brugerperspektiv:

B3: Det vigtigste når man taler inddragelse er jo- hvad får patienterne ud af det? Og det har jeg ikke fået svar på.

Oplevelsen er også, at styregruppens rolle ikke har været klart defineret. Det har f.eks. ikke været tydeligt, hvilke beslutninger, der skulle træffes, og derfor har det heller ikke været tydeligt, hvad brugerrepræsentanterne skulle have indflydelse på, og oplevelsen er derfor, at patientperspektivet ikke har været udnyttet godt nok:

B2: Formålet med projekterne har været uklart, og også hvad vores roller som brugerrepræsentanter er. Jeg synes hele vejen vi har skulle kæmpe for at få vores perspektiv med.

B2: Jeg opfatter det her som en referencegruppe, hvor vi tre kan blive spurgt om patientperspektivet, men det har ikke nogen væsentlig betydning for om projektet gennemføres og hvordan.

Det at deltagerne i styregruppen, også er dem der er projektejere eller projektledere af de lokale projekter gør, at brugerrepræsentanterne har oplevet det vanskeligt, og ind imellem sårbart at kommentere på de enkelte projekter, uden at virke for kritisk.

B2: Styregruppen her består både af dem der udfører og dem der styrer det.

Fordi de udførende sidder der- så bliver det problematisk at kommentere, uden at det opfattes for kritisk.

Brugerperspektivet med fra start

Brugerrepræsentanterne blev først inviteret ind i styregruppen, efter de lokale projekter var gået i gang. Alle tre brugerrepræsentanters oplevelse er, at det på det tidspunkt de kom med i styregruppen, var for sent at stille spørgsmål til f.eks. hvilken betydning det enkelte projekt har for patienterne. Og derfor er deres erfaring, at de ville have haft større indflydelse, hvis de havde været inviteret med fra start, både i forhold til at diskutere det overordnede projekts ide, formål mv., men også i forhold til at have indflydelse på indholdet i de enkelte lokale projekter:

B2: Jeg ville gerne have været med helt fra start for at diskutere f.eks. hvad betyder 'bæredygtig', og hvad er en 'brændende platform'.

B1: Hvis I virkelig er interesseret i vores perspektiv, skal vi være med helt fra starten, så vi sikrer os at vores perspektiv er med hele vejen igennem

Savnet konkrete opgaver

Det har været uklart, hvad man som brugerrepræsentant skulle byde ind med. Opgaven i styregruppen har ind imellem kunne opleves lidt for diffus, og man har savnet flere konkrete opgaver:

B1: Hvis rollen var mere tydeligt defineret, ville det måske være nemmere at komme til orde.

B2: Det var som at hoppe ud med bind for øjnene, der manglede nogle konkrete opgaver

Alle tre brugerrepræsentanter har en forestilling om, at det havde været nemmere og mere meningsfuldt at forholde sig mere konkret til de enkelte projekter. En af brugerrepræsentanterne deltog på et netværksmøde forholdsvis sent i projektperioden. På mødet gjorde tovholderne status over de enkelte projekter. Først her blev det tydeligt for brugerrepræsentanten, hvad det var de enkelte projekter gik ud på. Og for denne

brugerrepræsentant, blev dette møde, det møde hvor brugerperspektivet kom bedst i spil, og gav mest mening.

B1: Med mit patientperspektiv kunne jeg spørge konkret ind til hvorfor patienterne ikke var med. Der kunne jeg udfordre dem ... Det var på et sent tidspunkt, hvis det havde foregået tidligere, havde det været godt Det var det eneste tidspunkt i den her sammenhæng hvor jeg følte jeg var til nytte.

Det var på det her møde, at vedkommende fik projekterne ind under huden, og på det følgende styregruppemøde kunne brugerrepræsentanten byde bedre ind end på de tidligere styregruppemøder.

Rekruttering og kompetencer

Brugerrepræsentanterne reflekterede selv over hvilke kompetencer de har haft, og hvilke der kunne have været nyttige at være i besiddelse af, for at deltage kompetent i styregruppen. En af brugerrepræsentanterne har følt sig begrænset i forhold til at skulle byde ind med patientperspektivet, da vedkommendes egne erfaringer fra hospitalsindlæggelser, er flere år gamle. Så selv om vedkommende kommer fra en patientforening, har det for ham været vanskeligt at bidrage med patientperspektivet generelt:

B3: Jeg er formand for en patientforening, men jeg har ikke nogen friske erfaringer fra hospitalsvæsenet, det er 11 år siden, og det har jeg savnet. Så jeg havde hellere set nogle menige medlemmer med nogle friske erfaringer, og det kunne man godt lægge vægt på, når man søger efter brugerrepræsentanter

De to andre brugerrepræsentanter lagde mere vægt på, at brugerrepræsentanterne har forskellige erfaringer og baggrunde at byde ind med:

B2: Når vi ikke har så mange nyere erfaringer, men erfaringer fra patientforeninger, så hører vi meget om de systemiske fejl, der går igen og igen, og det har de almindelige patienter ikke.

B1: Så lidt af hvert ville være godt.

Erfaringen er, at det har krævet nogle særlige personlige kompetencer i form af mod til at deltage som brugerrepræsentant i styregruppen. Flere af styregruppens deltagere er personer med "fine titler", som det kræver mod at indgå i en dialog med, særligt når ens rolle er uklar, og det ikke er tydeligt, hvad man skal byde ind med:

B1: Det kræver mod til at stille op, og man skal virkelig have noget på sinde. Det er der mange patienter der har, men de tør ikke stille sig op.

Der var så mange fine titler, så hvis man er kassedame i netto, kan det måske godt være lidt svært. Ellers skulle man 'nurse' mere om patienterne og give dem mere konkrete opgaver. Så kunne mere almindelige patienter være med.

Oplevelsen er, at jo mere konkret, opgaven er, jo nemmere er det at deltage og føle, at man byder relevant ind. Men omvendt er det også meget personbestemt, hvor man passer bedst ind- i en styregruppe, der arbejder mere på strategisk niveau, eller i et konkret projekt:

B1: Jeg ville gerne have været inviteret mere ind i de konkrete projekter, men det kommer også an på hvem man er som person, om man er til det strategiske eller mere konkrete.

Derfor er det vigtigt, at man inden rekruttering, har afklaret hvad det er brugerne skal have indflydelse på, og hvad de skal bidrage med. Først derefter kan man målrette rekrutteringen.

Behov for hjælp til at styrke patientperspektivet

Brugerrepræsentanterne har oplevet at det at have tid sammen inden møderne, har været med til at styrke patientperspektivet. Det har krævet forberedelse at deltage på møderne, og oplevelsen er, at man står lidt stærkere, hvis man får skabt et "loyalitätsrum", der kan være med til at binde dem sammen.

B1: Man står lidt stærkere hvis man har talt sammen både før og under møderne

B3: Jeg er enig, det ville have været godt hvis vi havde talt mere sammen. Jeg har flere gange kørt i bil med B2, og det har været rigtig godt, hvis vi havde kunne tale mere sammen også med dig (projektleder i ViBIS, red.) så vi kunne have snakket mere om, hvad vi var usikre på.

Projekt- og mødeledelse

Oplevelsen er, at der på første styregruppemøde blev brugt en masse fagudtryk, som gjorde at brugerrepræsentanterne følte sig 'lost' og forvirret. Dette blev heldigvis italesat af brugerrepræsentanterne, og der blev rettet op på det, og brugerrepræsentanterne har følt sig godt mødt på de følgende møder, selv om indholdet på møderne (jvf. ovenfor) ofte har været uklart:

B2: På det første møde blev der brugt en masse fagudtryk, og jeg var meget forvirret og tæt på at sige, er det her et sted jeg vil bruge min tid.

B1: Der har været glimrende kommunikation og erfaringsudveksling på møderne, men det har været meget diffust. Men hvis der har været noget, har I taget hånd om det med det samme, så jeg har følt at I har været der for mig.

Hvilken værdi har det haft

Helt overordnet er brugerrepræsentanternes oplevelse, at det ikke har haft den store betydning for projektet, at de har deltaget. Patientperspektivet er af ovennævnte årsager, ikke blevet bragt ordentligt i spil, og derfor er det begrænset hvad de mener, at det har haft af betydning, at de har deltaget:

B2: Brugerrepræsentanternes opgave må være at stille en masse spørgsmål til de enkelte hospitaler om projektet, men det er ikke sket her. Så jeg vil stille spørgsmål ved om ressourceforbruget står mål med det man får ud af det?

Styregruppens oplevelse af at have brugere med i styregruppen

Styregruppen evaluerede sammen oplevelsen af den værdi det har haft at have haft brugere med i styregruppen. Brugerrepræsentanterne deltog også i denne evaluering, der afsluttede 3 og sidste møde i styregruppen.

Styregruppens øvrige deltagere er enige om, at:

- Brugerrepræsentanterne har bidraget med patientperspektivet
- Brugerrepræsentanterne har udfordret de professionelles forforståelse
- Brugerrepræsentanterne har bidraget til fælles refleksioner

Disse temaer uddybes i det følgende:

Brugerrepræsentanterne har bidraget med patientperspektivet

Der er enighed blandt de professionelle om, at brugerne har bidraget med nyttige "forstyrrelser", bl.a. i form af at have stillet kritiske spørgsmål til projektet. Kritiske spørgsmål til projektets overordnede ide' og formål, og kritiske spørgsmål til, på hvilken måde de enkelte projekter menes at have værdi for patienterne, og på sigt komme dem til gode.

Brugerrepræsentanterne har udfordret de professionelles forforståelse

Brugerrepræsentanterne har også i særlig grad udfordret styregruppens forforståelse af kernebegreber i projektet, ved f.eks. at stille spørgsmål som: *Hvad mener I med brugerinddragelse? Hvad forstår I ved en brændende platform? Hvordan skal vi forstå Bæredygtig Brugerinddragelse?*

Særlig denne del, har udfordret styregruppen, som er vant til at tale i fagtermer og som har en indforståethed i forhold til nogle af de kernebegreber der har karakteriseret projektet. En af styregruppens deltagere udtrykte dette under interview C:

Vi er vant til at sætte styregrupper sammen klinisk, hvor vi taler det samme sprog, men når vi har det med nogen, der ikke har samme lingo, så skal vi virkelig tænke os om, hvordan vi gør.

Men spørgsmålene har også været med til at gøre det tydeligt, at det ikke bare var brugerrepræsentanterne der var i tvivl om hvordan projektet skulle forstås. Og den uklarhed har brugerrepræsentanterne i særlig grad været med til at tydeliggøre.

Brugerrepræsentanterne har bidraget til fælles refleksioner

Der er ingen tvivl om at brugernes deltagelse i styregruppen, har givet anledning til refleksioner over hvordan man bedst muligt inddrager brugere på strategisk niveau, og dette har bidraget til stor læring, bl.a. at formålet med projektet og brugerrepræsentanternes rolle ikke har været tydeligt; at man, når man inddrager patienter på strategisk niveau, nøje skal overveje hvad man ønsker de skal bidrage med.

3.7.6 Konklusion

Brugerrepræsentanterne i projektets overordnede styregruppe har bidraget med nyttige "forstyrrelser", bl.a. i form af at stille kritiske spørgsmål til projektets overordnede ide' og formål, og kritiske spørgsmål til på hvilken måde de enkelte projekter menes at kunne bringe værdi for patienterne.

Brugerrepræsentanterne har også i særlig grad udfordret styregruppens forforståelse af kernebegreber i projektet, ved bl.a. at stille spørgsmål som: *Hvad mener I med brugerinddragelse? Hvad forstår I ved en brændende platform? Hvordan skal vi forstå Bæredygtig Brugerinddragelse?* Særlig denne del, har udfordret

styregruppen, som er vant til at tale i fagtermer og som har en indforståethed i forhold til nogle af de kernebegreber der har karakteriseret projektet. Men har også vist at den uklarhed gjaldt hele styregruppen.

Brugerrepræsentanternes deltagelse i styregruppen, har givet anledning til refleksioner over hvordan man bedst muligt inddrager brugere på strategisk niveau, og dette har bidraget til stor læring.

Erfaringen er, at brugerrepræsentanterne i styregruppen blev inddraget for sent, og de fik derfor ikke reel indflydelse på udformningen af hverken det overordnede projekt eller de enkelte lokale projekter. Formålet med deres deltagelse, deres rolle og samarbejdet med resten af styregruppen var uklar.

Brugerrepræsentanternes behov for et 'loyalitätsrum', skal måske ses i lyset af, at de netop ikke har oplevet at kunne komme ordentligt til orde på møderne. Og derfor vil et 'loyalitätsrum' naturligvis kunne være med til at styrke patientperspektivet, ved at de sammen får en stærkere brugerstemme. Men omvendt vil dette være med til at skabe en dem-og-os tilgang, der i et samarbejdende perspektiv med høj grad af inddragelse, ikke nødvendigvis er hensigtsmæssigt.

Ifølge Arnsteins stige har brugerne været inddraget i 'lav- middel grad'

Konklusionen må derfor være, at vi ikke i tilstrækkelig grad er lykkedes med at udnytte det potentiale der har været i at have brugere med til styrke patientperspektivet og dermed kvalificere projektet.

Vigtigste læringspointer

- Det er vigtigt at inddrage brugerne tidligt, for at give dem reel indflydelse på udformning og prioritering af indsatserne, f.eks. kan man overveje at inddrage dem allerede i forbindelse med ansøgning til et projekt eller udformning af projektbeskrivelsen.
- Inddrag så vidt muligt på alle niveauer. Brugere kan inddrages på overordnet niveau f.eks. i projektets styregruppe. Brugere kan også inddrages i det enkelte projekts forskellige faser. Formålet med inddragelsen på hvert enkelt niveau og i de enkelte faser skal være tydelig. Måden man inddrager på, vil være forskellig.
- Afklar formålet med brugernes deltagelse. Formålet skal være afklaret inden rekruttering, og man skal kunne svare på spørgsmålene: Hvorfor vil vi inddrage brugerne? Hvad forventer vi, at de bidrager med?
- Skab fælles sprog. Det er vigtigt, når inddragelsen sker på styregruppeniveau, at deltagerne får talt sig ind i en fælles forståelsesramme af projektets formål, begreber mm. Det er derfor vigtigt at tilrettelægge en fælles opstart for styregruppen, så det reelt bliver og opleves som en fælles opgave at deltage i og løse styregruppens opgaver.
- Det er vigtigt at forberede brugerne på opgaven. Det skal bl.a. være tydeligt hvad formålet med deltagelsen er? Det anbefales at afholde en gensidig forventningsafstemning, afklare hvordan man bedst samarbejder om opgaven og gøre opgaven for brugerrepræsentanterne så konkret og tydelig som mulig.
- Afklar behov for for-møder. Overvej om brugerrepræsentanterne kunne have behov for for-møder med henblik på at blive klædt på til opgaven f.eks. forud for et styregruppemøde.

4. Diskussion

I dette afsnit vil metodiske overvejelser, udfordringer undervejs i projektet og overvejelser om inddragelse af brugere på overordnet niveau blive diskuteret.

Metodiske overvejelser

Denne erfaringsopsamling er primært baseret på gruppeinterviews, hvor vi søgte svar på følgende:

1. Nøgleaktørers oplevelse af organisationens inddragelsesmodenhed ved projektets start (Gr-A)
2. De oplevelser klinikere, brugere og lokale projektledere har erfaret med betydningen af at inddrage brugere i løsningen af en brændende platform (Gr-B)
3. De oplevelser ledere, kvalitetspersoner og lokale projektledere har erfaret med at omsætte ovennævnte erfaring til bæredygtig brugerinddragelse i hele organisationen (Gr-C)
4. Brugerrepræsentanternes oplevelse med at deltage i projektets overordnede styregruppe (Gr-D)

Det viste sig, at formålet med Gr-A ved interviewenes gennemførelse ikke var tydeligt. Det betød at der hos nogle opstod usikkerhed om, hvorvidt interviewet i en afsluttende rapport ville blive brugt til at sammenligne de enkelte hospitalers inddragelsesmodenhed, hvor nogle dermed ville komme til at fremstå dårligt/mindre modent end de andre. Dette kan have haft betydning for den måde organisationens inddragelsesmodenhed er blevet italesat under det første interview, og er en vigtig læring i forhold til at gennemføre lignede interviews fremover.

Efterfølgende blev det besluttet i styregruppen, at opsamlingen af projektet skulle være en erfaringsopsamling bestående af fem casebeskrivelser med fokus på det enkelte hospitals læring ved at gennemføre det lokale projekt.

De brændende platforme der blev valgt lokalt, er meget forskellige. Og det er derfor meget forskelligt hvilke aktører der har deltaget i udviklingen af de enkelte projekter. En særlig overvejelse går derfor på gruppesammensætningen i de enkelte interviews, særligt gruppeinterview B der bestod af frontmedarbejdere og nøglepersoner i de lokale projekter. Deltagerne blev udvalgt på baggrund af, hvad der gav mening i de lokale projekter, men fordi de enkelte projekter har været organiseret så forskelligt, har deltagerne i interview B været på meget forskellige niveauer. Det har haft betydning for den læring, der er kommet frem under interviewene, fordi de erfaringer, deltagerne har gjort sig, naturligvis har været meget forskellige.

Ydermere satte Covid-19 flere af projekterne på pause midtvejs i forløbet, og de enkelte projekter var derfor meget forskellige steder i forløbet, ved gennemførelsen af gruppeinterview B. Denne forskellighed bliver netop retfærdiggjort af beslutningen om at beskrive de enkelte hospitalers læring i fem forskellige casestudier.

På grund af Covid-19 blev flere af gruppeinterviewene omlagt til online interviews. Det kan have haft betydning for de dynamikker og samtaler, der fandt sted, som måske ville have været anderledes, hvis alle sad i samme rum. Vi vurderer dog ikke, at det har haft egentlig betydning for den viden, der er genereret i forbindelse med erfaringsopsamlingen, blandt andet fordi informanterne i de fleste interviews havde mulighed for at sidde sammen på hospitalets matrikel, hvis de ønskede det.

Udfordringer undervejs

Projektet har særligt været udsat for to store udfordringer: Covid-19 og vanskeligheder ved at få skabt en fælles forståelse af projektet på tværs af de fem hospitaler.

Covid-19:

En stor udfordring for projektet har været Covid-19, der har haft stor betydning for hverdagen på hospitalerne i løbet af 2020. Covid-19 har både bremset processen og forskudt tidsplanen. Det har betydet, at erfaringsopsamlingen har fundet sted på et tidspunkt, hvor de enkelte hospitaler ikke har været så langt i forløbet som planlagt, og hvor man de fleste steder ikke var nået meget længere end til testfasen. Af samme grund har det ikke været muligt at indhente viden om, hvordan klinikere, som ikke har været direkte tilknyttet projektet, oplever betydningen af den brugerinddragende indsats i praksis.

Vanskeligt at få skabt en fælles forståelse af projektet

Det har været vanskeligt at få skabt en fælles forståelse af projektet på tværs af de fem hospitaler. I styregruppen har der været flere spændende drøftelser af definition af begreber, metoder til brugerinddragelse og anvendelse af fælles evalueringsspørgsmål omhandlende patienters oplevelse af at være inddraget. Disse drøftelser har tydeliggjort at vi som udgangspunkt ikke havde en fælles forståelsesramme af begrebet brugerinddragelse. Det viser hvor forskelligt der stadig arbejdes med brugerinddragelse på tværs af landet, og har bidraget til den læring der handler om vigtigheden af at få skabt et fælles sprog om projektet og begrebet brugerinddragelse generelt, som en nødvendighed for styregruppens arbejde i projektet.

Inddragelse af brugere

På strategisk niveau kan/skal patienterne bidrage med et overordnet repræsentativt syn på patientperspektivet.

Konklusionen er at vi ikke i tilstrækkelig grad lykkedes med at udnytte det potentiale der har været i at have brugere med til styrke patientperspektivet og dermed kvalificere projektet. En overvejelse er derfor hvordan vi eventuelt kunne have inddraget brugerne på en måde der havde skabt mere værdi. Hvis brugerne skal have reel indflydelse, skal de inddrages tidligt i forløbet. I dette projekt kunne brugerne have haft vigtige bidrag til f.eks. udformning af projektbeskrivelsen, hvis de havde haft mulighed for det. De kunne f.eks. have bidraget med viden om hvor i projektorganiseringen, man med fordel kunne inddrage patienter, i hvad, og hvordan? De ville have haft større grad af indflydelse, hvis de havde haft mulighed for at kvalificere patientperspektivet i de enkelte lokale projekter. Det ville sandsynligvis have gjort det lettere, undervejs at holde fast i patientperspektivet i de igangsatte lokale projekter, da kendskabet til dem havde været større. Det ville også have været lettere at fastholde en opmærksomhed på, om patienterne reelt var blevet inddraget i de lokale projekter undervejs i forløbet i de enkelte udviklingsfaser.

5. Konklusion

I projektet *Bæredygtig Brugerinddragelse* har fem hospitaler i samarbejde med ViBIS arbejdet med lokale indsatser, der havde til formål at gøre brugerinddragelse til en integreret og praksisnær del af hospitalernes kvalitetsudvikling og kultur. Forventningen til projektet var, at det ville give de fem hospitaler et organisatorisk løft i forhold til at arbejde med brugerinddragelse som del af kvalitetsarbejdet. Tre hypoteser er blevet afprøvet i projektet:

- at man ved at inddrage patienter og pårørende i løsningen af aktuelle udfordringer kan højne kvaliteten af de valgte indsatser.
- at inddragelse af brugere i løsningen af en 'brændende platform', vil medvirke til at skabe efterspørgsel fremadrettet og derfor bidrage til en mere bæredygtig brugerinddragende kultur i organisationen.
- at kortlægning og dialog om organisationens inddragelsesmodenhed indledningsvis vil vise, hvor der er behov for at opruste, så den enkelte organisation får mulighed for at sætte ind med en målrettet indsats mod en mere bæredygtig brugerinddragende kultur.

Denne erfaringsopsamling viser, at man ved at inddrage brugere i løsning af en given udfordring – en 'brændende platform' – sandsynligvis får bedre og mere holdbare løsninger. En af de vigtigste læringer i projektet er vigtigheden af at inddrage brugerne tidligt – og hele vejen igennem. Brugerne i projektet har bidraget med nye og vigtige perspektiver i de enkelte indsatser.

I forhold til bæredygtigheden er der bred enighed om, at 'et projekt alene ikke er i stand til at gøre brugerinddragelse bæredygtigt. Derudover har en række udfordringer gjort, at det er vanskeligt at konkludere noget endeligt. Det skyldes især, at processen i projektet er blevet forsinket på grund af Covid-19. Erfaringsgrundlaget for at kunne vurdere, hvorvidt brugerinddragelse er blevet en bæredygtig del af hospitalernes kvalitetsudvikling og kultur, er derfor ikke stort nok. Alle fem hospitaler oplever dog, at det at have deltaget i projektet har været med til at højne organisationens inddragelsesmodenhed.

På grund af ovennævnte udfordringer er det ikke alle indsatserne på de enkelte hospitaler, der er implementeret endnu. Men der hvor man *har* nået at implementere indsatsen, er implementeringen gået forbavsende let. Her er de løsninger, der er blevet implementeret, skabt i et samarbejde mellem patienter og klinikere. Løsningerne har givet mening, fordi brugerne selv har peget på dem. Løsningerne er blevet bedre, og der er samtidig skabt gejst og engagement hos klinikerne, der som følge heraf er blevet motiverede til at anvende de udviklede løsninger.

Erfaringerne viser også, at måden at arbejde med brugerinddragelse på, skal tilpasses den enkelte organisation. De fem hospitalers udgangspunkt for at arbejde med brugerinddragelse har været meget forskellige, de brændende platforme de har valgt at arbejde med, har været meget forskellige, og måden de har valgt at arbejde med brugerinddragelse på, har ligeledes været meget forskellige. De har alle fulgt og arbejdet efter ViBIS' værktøjskasse *Implementering af brugerinddragelse på hospital*, men måden de har brugt den på har været meget forskellig. Det viser blot, at 'one-size-doesn't fit-all' – også gælder når vi taler om måden at arbejde med brugerinddragelse på. At arbejde med brugerinddragelse handler ikke om slavisk at følge en bestemt model, det handler om at gøre brugerinddragelse til en meningsfuld innovativ proces.

De fem hospitaler har hver især fundet frem til nogle brugerinddragende processer, der har været meningsfulde i lige præcis deres kontekst, og for at finde den mening, viser alle fem projekter, at det at have brugerne med fra start har været helt afgørende. At inddrage brugerne tidligt har været med til at skabe mening og bedre løsninger, og når klinikerne oplever gevinsten ved det, har vi en tro på, at de også vil efterspørge det, og dermed på sigt medvirke til, at der skabes en brugerinddragende kultur i organisationen, også selv om vejen dertil er forskellig.

Erfaringen er, at anvendelse af ViBIS' værktøj til vurdering af inddragelsesmodenhed er velegnet som dialogstøtteredskab, idet det kan være med til at afdække områder som organisationen med fordel kan opruste på.

Alt i alt har projektet bidraget med en række vigtige erfaringer, som vil kunne benyttes i udviklingen af fremtidige brugerinddragende indsatser og en mere bæredygtig brugerinddragende kultur på hospitaler. Der er en række forudsætninger, der skal opfyldes, for at det lykkes. På de næste sider vil de vigtigste læringspointer, der er kommet ud af projektet, blive præsenteret. Læringspointerne er en sammenfatning af den læring, man har gjort sig lokalt på de fem hospitaler i projektet, og som er kvalificeret på den afsluttende workshop med deltagelse af styregruppe og lokale projektledere.

6. Læringspointer og anbefalinger

Dette afsnit er en opsamling på de erfaringer, læringspointer og anbefalinger, projektet har bidraget til. Afsnittet henvender sig til direktioner, afdelingsledelser og kvalitetsafdelinger, der ønsker at udvikle og implementere en brugerinddragende kultur i organisationen.

Den læring, der har fundet sted på de enkelte deltagende hospitaler, som er beskrevet i de enkelte casebeskrivelser, har vi sammenfattet under tre temaer:

- Kom godt fra start
- Inddrag brugerne tidligt – og gør det ordentligt
- Gør brugerinddragelse til en del af organisationens DNA

Under hvert tema er der en beskrivelse, der sammenfatter den vigtigste læring.

A: Kom godt fra start

Det er vigtigt at komme godt fra start, når man ønsker at udvikle og implementere en brugerinddragende kultur i en organisation. Dette tema beskriver de forhold, der har vist sig at være særligt vigtige at tænke ind fra starten, for at lykkes.

Ledelsen skal "committe" sig

En af de ting, der er vigtige for at kunne lykkes med at komme godt fra start, er at sikre 'commitment' på alle ledelsesniveauer dvs. fra direktion til afsnitsledelse. Som leder skal man oprigtigt ville det, og man skal klart og tydeligt kunne fortælle medarbejderne: *Hvad man forstår ved brugerinddragelse, hvad man forventer at opnå med at inddrage brugerne og hvordan man tænker, at brugerne skal inddrages.*

Det kræver mod at sige "ja" til en ambition om at gøre patienter og pårørende til samarbejdspartnere med en reel stemme, som gør det muligt at øve indflydelse og være medbestemmende. Det skal man som organisation og ledelse være parat til.

Ledelsen skal prioritere indsatsen og sikre rammer

Ledelsen skal, på alle niveauer, sikre rammerne for, at indsatsen prioriteres og gennemføres i hverdagen. Ledelsen skal bakke op, for eksempel ved at sikre tværfaglig deltagelse, og prioritere tid og ressourcer til indsatsen. Som leder skal man være indstillet på at give det høj prioritet i en hverdag med mange andre konkurrerende dagsordener. Hvis brugerinddragelse skal integreres i måden, man tænker i løsninger, er det vigtigt også at vise, at inddragelse af brugere prioriteres, selvom der er travlt, fordi man ved og tror på, at det er med til at skabe bedre løsninger.

Projektet skal organiseres så det understøtter en brugerinddragende praksis

Hvis organisationens kultur skal være, at brugerne med deres stemme reelt får indflydelse på udviklingen i organisationen, er det vigtigt at organiseringen er i stand til at understøtte en sådan brugerinddragende praksis. En anbefaling er derfor, at projektledelsen forankres, så de både har overblik over projektets

udvikling i praksis og samtidig har let adgang til at dele ting med øverste ledelse. Det skaber mulighed for at videreformidle brugernes stemme til både øverste ledelse og praksis uden for megen oversættelse.

For at kunne understøtte udviklingen af en brugerinddragende kultur – såvel i opstartsfasen som i det videre forløb – er det vigtigt at organisere sig, så der opbygges kapacitet og kompetencer i organisationen inden for brugerinddragelse. Nogle har haft gode erfaringer med at oprette en enhed for brugerinddragelse eller samskabelse. Andre har tænkt i at uddanne korps og nøglepersoner i brugerinddragelse.

Planlæg hvordan brugerne kan kvalificere projektet tidligt

Det er vigtigt allerede før man går i gang at tænke brugerne ind som en del af holdet. Hvis brugerne skal have reel indflydelse, er det vigtigt, at de er med så vidt muligt helt fra start. Man bør derfor overveje, om patienterne allerede kan inddrages i planlægning af projektet eller indsatsen. Dette punkt uddybes i "B. *Inddrag brugerne tidligt – og gør det ordentligt*".

Projektgruppen skal være tværfaglig og kompetent i brugerinddragelse

Hvis den brugerinddragende kultur skal involvere hele organisationen, er det vigtigt at sikre tværfaglig forankring. Derfor anbefales det, at projektgruppen så vidt muligt er tværfagligt repræsenteret. Hvis projektet organiseres med projektteams, nøglepersoner mv. er det ligeledes vigtigt, at disse udpeges tværfagligt indenfor de involverede faggrupper.

Derudover er det vigtigt, at projektleder og nøglepersoner så vidt muligt er gennemgående i projektperioden, for bedre at kunne sikre, at brugernes stemmer bliver brugt i den videre udvikling.

Som projektleder kræver det nogle særlige kompetencer at drive og lede en brugerinddragende indsats. De inddragende processer er forskellige afhængigt af, om det handler om virkelighedsudforskning eller udvikling og test af prototyper eller andet. Erfaringen er derfor, at det er helt afgørende, at der er nogle i projektgruppen, der har kompetencer i forhold til at facilitere brugerinddragende processer med patienter og personale.

Vælg en indsats, der kræver tværfaglig involvering

For at kunne lykkes med at skabe en brugerinddragende kultur i hele organisationen, er det vigtigt at forankre indsatsen tværfagligt. Erfaringen er, at det er langt lettere at udvikle og integrere brugerinddragelse som en naturlig del af organisationens DNA, hvis man har været involveret i projektet eller indsatsen. Derfor anbefales det, at man vælger en udfordring og en indsats, der kræver tværfaglig involvering.

Skab fælles sprog om og fælles forståelse af begrebet brugerinddragelse

For at organisationen kan få et fælles afsæt for en brugerinddragende praksis, er det nødvendigt at få skabt en fælles forståelse af begrebet *brugerinddragelse*. Det betyder, at man skal sørge for, at der bliver skabt fælles viden om, hvad brugerinddragelse er, og hvorfor man skal inddrage brugerne såvel i udvikling af indsatsen som i de individuelle patientforløb. Desuden skal man sikre en fælles viden om de metoder, man ønsker at anvende. Denne viden skal være fælles på tværs af ledelser, kvalitetspersoner og klinikere, og på tværs af fag og funktioner.

Det er vigtigt, at brugerinddragelse brydes ned fra et abstrakt og "fluffy" begreb til noget meget konkret og praksisnært, og at fortællinger om brugerinddragelse formidles i et kliniknært sprog.

Brugerinddragelse er en særlig kompetence, der kræver kompetenceudvikling

Ønsker man en blivende brugerinddragende kultur, kræver det, at alle medarbejdere er kompetente i at inddrage patienter og pårørende. Erfaringen er, at det er vigtigt, at man som ledelse fra start af anerkender brugerinddragelse som en særlig kompetence, som medarbejderne både skal have viden om, men også trænes i. Derfor er det vigtigt at anerkende og prioritere behovet for kompetenceudvikling helt fra begyndelsen, så man kan komme godt fra start.

Planlæg sparring for projektledere

Det kan være hensigtsmæssigt at tænke behov for sparring og netværk ind i forhold til projektleder, projektgruppe, nøglepersoner og brugerrepræsentanter. Erfaringen er, at de fleste har haft behov for at sparre og netværke med andre, der arbejder med brugerinddragelse, men erfaringen er også, at det er vigtigt at sparre med nogen, der arbejder med nogenlunde samme udfordringer eller emner inden for brugerinddragelse. For eksempel kan det være relevant at sparre med andre, der arbejder med udvikling og implementering af et brugerråd, eller andre der arbejder med udvikling og implementering af fælles beslutningstagning. Når man danner netværk, er det vigtigt at overveje følgende spørgsmål: Hvem giver det mening at netværke med? Hvornår i processen? Hvad skal man netværke om?

B. Inddrag brugerne tidligt – og gør det ordentligt

En af de vigtigste læringer fra projektet er vigtigheden af at inddrage brugerne tidligt, hele vejen – og at gøre det ordentligt. Brugere har bidraget med nye og vigtige perspektiver, som har bidraget til bedre og mere brugbare løsninger. Men erfaringen er også, at det kræver viden og særlige kompetencer at drive og facilitere inddragende processer.

Inddrag tidligt

For at brugerne kan få reel indflydelse, og for at udnytte det store potentiale der ligger i at brugere og personale sammen udvikler indsatser til løsning af 'brændende platforme', er det vigtigt at inddrage brugerne tidligt.

Erfaringerne fra dette projekt er, at brugerrepræsentanterne i styregruppen med fordel kunne have været inddraget tidligere i processen og bl.a. have bidraget med patientperspektivet i projektets overordnede idé, formål mm., men også i forhold til at tænke patientperspektivet ind i de enkelte lokale projekter.

Inviterer man patienter og pårørende ind i f.eks. en styregruppe, skal man være parat til at give dem indflydelse og parat til at indgå i et samarbejde om løsningen af en fælles opgave.

I de lokale projekter har patienterne på forskellig vis været inddraget i forskellige faser. Erfaringen er, at det har været meget givende at inddrage patienterne tidligt i udforskning af virkeligheden, da patientperspektivet har påvirket den retning projektet herefter har taget.

I de projekter, hvor personalet har været med til at udforske problemet, ved f.eks. at deltage i virkelighedsudforskning og udvikle løsninger sammen med patienterne, er der skabt et ejerskab og en smittende motivation blandt deltagerne.

Det, at personalet selv bliver del af en brugerinddragende proces, gør også at brugerinddragelse bliver meget konkret, og dermed er det nemmere at gøre det til en blivende del af kulturen.

Inddrag hele vejen

Som beskrevet i ViBIS' værktøjskasse *Implementering af brugerinddragelse på hospitaler*, kan man inddrage brugerne i enkelte, flere eller alle faser i udviklingsprocessen alt afhængig af, hvor det giver bedst mening. På grund af den forsinkelse, der har været i de fleste lokale projekter grundet situationen med Covid-19, er der primært opnået erfaringer med at inddrage brugerne i fase 2 og 3: *Udforskning af virkeligheden* og *Design og afprøvning af indsatsen*. På trods af at erfaringerne er begrænsede, er der ingen tvivl om, at det har været meget givende at inddrage dem i disse to faser. Ved at lade klinikerne tage del i virkelighedsudforskningen, så de på egen krop hører og ser patienterne fortælle om deres oplevelser og erfaringer, er patientperspektivet blevet meget konkret og nærværende.

Ifølge Arnstein er den inddragelse der foregår i *udforskning af virkeligheden*- lav grad af inddragelse. Jo mere patienter, pårørende og personale kan samarbejde om at *designe og afprøve indsatsen* og sammen finde løsninger, jo højere grad af inddragelse. Oplevelserne er, at det har været meget værdifuldt for opgaveløsningen, når det er lykkedes at klinikere og patienter sammen har fundet frem til løsningerne.

Formålet med at inddrage brugerne skal være tydeligt

Hvad enten det handler om inddragelse af brugere på overordnet niveau, f.eks. i en styregruppe, eller inddragelse i et konkret projekt, skal man have et klart formål med inddragelsen. Man skal vide hvad formålet er med lige præcis at ville inddrage på det givne niveau eller i den fase af projektet man inddrager i, og man skal kunne svare på spørgsmålene: *Hvorfor vil vi inddrage brugerne? Hvad forventer vi at de bidrager med?*

Der er forskel på hvad patienterne kan bidrage med på de forskellige niveauer. Er det f.eks. det generelle patientperspektiv man er interesseret i, eller er det den enkeltes selvoplevede fortælling? Formålet med inddragelsen styrer hvem der skal rekrutteres til opgaven.

Man skal samtidig være klar på, i hvilken grad organisationen er parat til og har ressourcer til at lede og facilitere en ordentlig og veltilrettelagt brugerinddragende proces, de steder man har besluttet, at det skal ske. Her skal man være realistisk. Ambitionen må være at inddrage brugerne hele vejen, men ambitionen må også være at gøre det ordentligt, ellers risikerer man at det bliver 'pseudo-inddragelse', som ingen er tjent med.

Skab et fælles sprog

I en inddragende proces, hvor patienter, pårørende og personale samarbejder om at finde løsninger, er det afgørende at få skabt et fælles sprog. Først med et fælles sprog kan deltagernes forskellige perspektiver bringes ordentligt i spil. Et fælles sprog kræver en fælles forståelsesramme.

Erfaringerne fra dette projekts overordnede styregruppe er, at det ikke lykkedes at få skabt et fælles sprog at kommunikere i. Der manglede en fælles forståelsesramme af væsentlige nøglebegreber i projektet – på tværs af hele styregruppen. En vigtig læring er derfor, at det er vigtigt at prioritere tid til at styregruppen – sammen – får talt sig ind i en fælles forståelsesramme af projektets formål og begreber. En fælles forståelsesramme og et fælles sprog er en forudsætning for, at man reelt kan samarbejde om at løse styregruppens opgaver.

Uanset om det drejer sig om inddragelse på et overordnet niveau eller udvikling af et konkret projekt, er det en vigtig forudsætning, at man i samarbejdet mellem patienter og personale får skabt et fælles sprog man kan kommunikere i.

Forbered brugerne på opgaven

Det er vigtigt, at brugerne forberedes ordentligt på opgaven. Forberedelsen skal tage udgangspunkt i brugernes forudsætninger.

Hvis samarbejdet med brugerrepræsentanten er af længere varighed, f.eks. deltagelse i en styregruppe, anbefales det at afholde en gensidig forventningsafstemning forud for samarbejdets start, hvor formålet med deltagelsen præciseres. Her kan man også afstemme forventninger omkring brugerrepræsentantens rolle, så brugeren får en fornemmelse af, hvad han/hun særligt forventes at bidrage med.

Det er vigtigt at gøre opgaven for brugerrepræsentanterne så konkret som mulig, og afdække hvad brugerne har behov for af viden, f.eks. om organisationen, projektets indhold og begreber mm., for at kunne udfylde opgaven bedst muligt. Man kan også overveje, om brugerrepræsentanterne har behov for for-møder med henblik på at blive klædt på til opgaven, f.eks. forud for et styregruppemøde.

C: Gør brugerinddragelse til en del af organisationens DNA

Hvis brugerinddragelse skal gøres bæredygtigt, skal det ikke bare være noget man gør, fordi man bliver bedt om det. Det skal være en del af kulturen, det vil sige integreret i den måde, man tænker behandling, pleje og udvikling på, og en integreret del af den måde, man agerer på. Som direktion skal man være indstillet på, at det er et langt sejt træk at udvikle, implementere og fastholde en brugerinddragende kultur.

Omsæt strategi til konkret inddragelse

For at brugerinddragelse kan blive en integreret del af kulturen i en organisation, er det helt afgørende, at der er sammenhæng mellem organisationens strategi, grundlæggende værdier og den konkrete brugerinddragende indsats, der praktiseres. Erfaringen er, at man ikke ændrer på en hel organisations brugerinddragende kultur med ét projekt alene. Det anbefales derfor, at man sætter ind med flere projekter eller flere forskellige brugerinddragende indsatser.

Brugerinddragelse som alene er beskrevet i en strategi, eller brugerinddragelse for brugerinddragelses skyld, opleves let for ukonkret og ikke nødvendigvis meningsfyldt for klinikerne. Det er derfor vigtigt, at den brugerinddragende indsats gøres meget konkret.

Gør det meningsfuldt og vedkommende

For at man kan opnå bæredygtig brugerinddragelse, er det afgørende, at både ledere på alle niveauer, kvalitetsfolk og klinikerne kan se en værdi i at løse den konkrete udfordring, enten fordi det vil gavne patienterne, eller fordi der er en egenværdi i det, som f.eks. at arbejdsgangene i praksis bliver lettere. Det betyder, at det skal opleves relevant at inddrage brugerne i løsningen af en given udfordring, og det skal opleves meningsfuldt og vedkommende.

Vær systematisk og metodestringent

Erfaringen er, at det har været vigtigt at arbejde med en systematisk tilgang til brugerinddragelse. Det at have et fælles sprog om, hvad brugerinddragelse er, og et fælles sprog om de metoder der anvendes, er en forudsætning for, at man kan skabe en fælles forståelse af begrebet i organisationen. Samtidig har det gjort det lettere at opsamle viden og erfaringer undervejs, at man taler om det samme.

For at medarbejderne skal kunne få en fælles forståelse af begrebet brugerinddragelse og praktisere det efter denne fælles forståelsesramme, er det vigtigt at være stringent med de metoder man anvender, som f.eks. *den brugerinddragende dialog*, *fælles beslutningstagning* eller *brugerstyret behandling*.

Lad de ansatte deltage i virkelighedsudforskning

Virkelighedsudforskning tæt på praksis eller samskabende processer, hvor patienter og ansatte har deltaget på lige fod i at identificere udfordringer og samarbejdet om løsninger, har vist sig at være særdeles givende i forhold til at skabe ny viden, engagement og motivation hos de ansatte. Det har haft stor værdi, at patienterne har bidraget med et andet perspektiv, og været med til at pege på udfordringer som klinikerne ikke selv har haft øje på, og oplevelsen er, at det har bidraget til bedre løsninger. Det har været særdeles givtigt for de ansatte at tage del i dette, og derfor anbefales det, at så mange ansatte som muligt deltager i virkelighedsudforskning. For har man oplevet værdien af at inddrage brugerne én gang, bliver det efterspurgt næste gang, man står i en ny udfordring, der skal løses.

Sæt gang i 'storytelling'

Erfaringen er, at "storytelling" om inddragelse af brugere og værdien af det, kan bidrage til at skabe et fælles bæredygtigt mindset om brugerinddragelse i organisationen. Direktionen kan med fordel gå forrest som "storyteller". Det er vigtigt at tænke "storytelling" ind på alle niveauer og alle steder i organisationen.

Udveksling af historier og erfaringer virker særlig godt i fagfællesskaber, som f.eks. læge-til-læge, sygeplejerske-til-sygeplejerske, afdelingsledelse-til-afdelingsledelse og lignende. Erfaringen er, at særligt netværk af peers kan bidrage positivt i forhold til at skabe det rette mindset om brugerinddragelse.

Gør det enkelt

For at lykkes med, at så mange medarbejdere som muligt får udviklet og integreret brugerinddragelse som en del af deres DNA, er det vigtigt at gøre det enkelt og håndterbart.

Det er vigtigt at støtte klinikerne i den daglige udvikling og drift af indsatsen, så det bliver så enkelt som muligt. Det kan blandt andet gøres ved, at man som projektledelse er opmærksom på at fjerne eventuelle forhindringer undervejs, som f.eks. udfordringer med it. Det kan også handle om at anvende 'nudging', hvor man hjælper klinikerne til at praktisere brugerinddragelse, f.eks. ved at oprette et felt i journalsystemet, der automatisk leder dem på vej til at spørge ind til patientens behov og ønsker.

At gøre det enkelt handler også om, at projektledelsen tager ansvar for at planlægge og gennemføre brugerinddragende processer, holder gejsten oppe, motiverer og holder fokus.

Kobl det op på noget allerede kendt

Det er en fordel, hvis man kan koble indsatsen op på allerede igangværende indsatser. Det kan bidrage til, at medarbejderne oplever sammenhæng i organisationens indsatser, i modsætning til oplevelsen af hele tiden at skulle forholde sig til noget nyt. For eksempel har flere haft glæde af, at metoden i virkelighedsudforskning matcher metoden i den forbedringsmodel, der allerede er kendt og implementeret i organisationen.

Det er vigtigt at koble de brugerinddragende indsatser op på noget, der for klinikerne er kendt. Det kan f.eks. være, at man vælger at tage udgangspunkt i en allerede kendt og anerkendt problematik, eller at man vælger at arbejde videre med nogle allerede kendte metoder til brugerinddragelse som *fælles beslutningstagning* og *brugerstyret behandling*. Det kan også være hensigtsmæssigt at afdække problemstillinger og udvikle ideer ud fra allerede kendte metoder, som f.eks. *samskabelse* eller *virkelighedsudforskning*, og koble det op på en allerede kendt forbedringsmodel.

Understøt den brugerinddragende indsats med data og evidens

Det er vigtigt undervejs i forløbet at understøtte praksis med data, der kan vise, at indsatsen med at inddrage brugerne virker. Data kan være med til at give projektet og indsatsen liv, og det kan være en særdeles god motivationsfaktor, der kan medvirke til, at man konstant mindes om hensigten med den brugerinddragende indsats.

Indsamling af data om brugerinddragelse til brug for forskning, til kvalitetsudvikling og til eventuelt publicerede artikler kan være med til at give begrebet brugerinddragelse mere "styrke".

Litteraturhenvisninger

1. ViBIS: *Implementering af brugerinddragelse på hospitaler*, 2018
2. ViBIS: *Kriterier for brugerinddragelse*, 2017
3. Enhed for Samskabelse, Psykiatrien, Region Nordjylland: *Samskabelse trin for trin - en inspirationsguide*, 2020
4. Kotter, John P.: *Leading change*, Harvard Business Review, 1995
5. Arnstein, S: *A Ladder of Citizen Participation in the USA*. J Am Inst. Planners; 35(4):216-224, 1969
6. ViBIS: *Organisatorisk inddragelse. En guide til brugerrepræsentation i praksis*, 2017
7. ViBIS: *Anbefalinger til arbejdet med fælles beslutningstagning og brugerstyret behandling (2017)*
8. Aarhus Universitet, Institut for Klinisk Medicin: *Evaluering af Det Brugerinddragende Hospital*, (2017)
9. ViBIS: *Implementering af brugerinddragelse på hospital (2018)*
10. Coulter: *Engaging Patients in Healthcare* (2011)
11. Greenhalgh et al.: *Diffusion of innovations* (2004)

Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Navne på deltager i styre- og projektgruppen

Bilag 2: ViBIS' Inddragelsesmodenhedsværktøj

Bilag 3: Materiale brugt til gruppeinterview A

Bilag 4: Interviewguide til gruppeinterviews B

Bilag 5: Interviewguide til gruppeinterviews C

Bilag 6: Interviewguidegruppeinterview D

Bilag 7: Beskrivelse af deltagende afsnit, Psykiatrien region Nordjylland

Bilag 1

Navne på deltagere i styre- og projektgruppen for projektet *Bæredygtig Brugerinddragelse*

Deltagere i styregruppen:

- Annette Wandel, Vicedirektør, Danske Patienter/ViBIS, projektejer
- Lisbeth Kallestrup, Programchef for patientinvolvering, AUH
- Kristian Antonsen, Vicedirektør, BBH
- Jette Jørsboe, Chef for kvalitet, NKF (indtil juni 2020) herefter Lene Vistisen, Kvalitetschef, NKF
- Jan Maintz, Direktør for patientforløb og kvalitet, PRN
- Susanne Lauth, Sygeplejefaglig direktør, SVS
- Morten Finneman, Chefkonsulent, Rigshospitalet
- Vibeke Rischel, Vicedirektør, Dansk Selskab for Patientsikkerhed
- Jette Jul Bruun, Programchef, Trygfonden
- Vibeke Bregnballe, Brugerrepræsentant
- Johannes Eis, Brugerrepræsentant
- Børge Tamsmark, Brugerrepræsentant

Deltagere i projektgruppen:

- Steffen Klemmensen, Konsulent i patientinddragelse, ViBIS
- Anne Mette Johansen, Projektleder og proceskonsulent, ViBIS
- Annemette Lundmark Jensen, Projektleder, ViBIS
- Sofie Marie Ravnsholt Rasmussen, vidensmedarbejder, ViBIS
- Josine Elverkjær Legêne, projektleder, ViBIS
- Mette Munch Petersen, projektleder, ViBIS
- Helle Max Martin, projektchef, ViBIS

Bilag 2

ViBIS værktøj til vurdering af organisationens inddragelsesmodenhed

Hvad forstås ViBIS ved inddragelsesmodenhed?

En organisations *inddragelsesmodenhed* afspejler, hvor velintegreret brugerinddragelse er i organisationens daglige drift og udvikling.

ViBIS definerer en organisation med høj inddragelsesmodenhed som en organisation der:

- har viden om og er bevidst om hvad brugerinddragelse er.
- er bevidst om hvorfor man ønsker at inddrage brugerne, og ved hvordan man kan inddrage brugerne, dvs. har kendskab til forskellige metoder til at inddrage brugerne.
- i høj grad praktiserer brugerinddragelse.

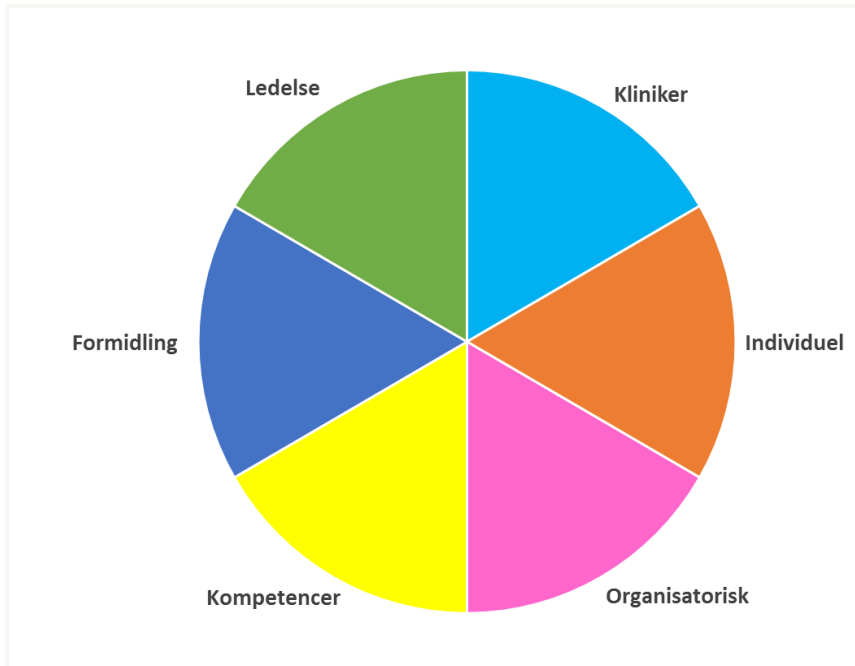
ViBIS værktøj til kortlægning og dialog om organisationens inddragelsesmodenhed

ViBIS har udviklet et værktøj til brug for 'kortlægning' af, og dialog om en organisations inddragelsesmodenhed. Værktøjet er udviklet med afsæt i:

- ViBIS: *Kriterier for brugerinddragelse* (2017)
- ViBIS: *Anbefalinger til arbejdet med fælles beslutningstagning og brugerstyret behandling* (2017)
- Aarhus Universitet, Institut for Klinisk Medicin: *Evaluering af Det Brugerinddragende Hospital*, (2017)
- ViBIS : *Implementering af brugerinddragelse på hospital* (2018)
- Coulter: *Engaging Patients in Healthcare* (2011),
- Greenhalgh et al.: *Diffusion of innovations* (2004)
- Sparring i 'Det Brugerinddragende Hospital' med bl.a. Professor Adrian Edwards fra Cardiff University.

Værktøjet er afprøvet i projektet, men ikke valideret.

Inddragelsesmodenheden vurderes ud fra seks dimensioner: *Ledelse, kliniker, individuel, organisatorisk, kompetencer, formidling*. Se figur



Figur af ViBIS's værktøj til vurdering af en organisations inddragelsesmodenhed.

Formål med brug værktøjet

Hensigten med værktøjet er, at det kan anvendes som støtte i samtalen om og afdækning af organisationens aktuelle inddragelsesmodenhed med henblik at identificere potentialer for udvikling.

Anvendelse af værktøjet

Værktøjet er anvendt og afprøvet i projektet i forbindelse med gruppeinterview A

Indikatorer

Til brug for samtalen om organisationens inddragelsesmodenhed er der beskrevet 'statements' og indikatorer til hver dimension, som har til hensigt, at lede opmærksomheden hen på organisationens inddragelsesmodenhed, ved f.eks at italesætte: *Med udgangspunkt i nedenstående indikatorer, hvordan ser ledelse af brugerinddragelse ud hos jer?*

Ledelse
Brugerinddragelse skal være en bevidst, central og prioriteret ledelsesopgave
<ul style="list-style-type: none"> • Der er udpeget ledelsespersoner med ansvar for implementering og udvikling af brugerinddragelse • Ledere uddannes i brugerinddragelse • Der er afsat tid og ressourcer til at udvikle og implementere nye tiltag • Der er i afdelingerne medarbejdere, der har særlig viden om brugerinddragelse • Ledelsen er synlig og deltager aktivt i forhold til brugerråd, paneler og anden patientrepræsentation • Kompetencer indenfor brugerinddragelse indgår som del af MUS-samtaler • Kompetencer indenfor brugerinddragelse værdsættes, indgår i jobopslag, efterspørges ved jobsamtaler, udløser løntillæg, giver adgang til at repræsentere afdelingen på konferencer o. lign. • Der er udarbejdet en handleplan for arbejdet med brugerinddragelse

Kliniker

Udvikling skal foregå tæt på praksis med inddragelse af såvel sundhedsprofessionelle og patienter

- Udvikling af lokale brugerinddragende tiltag samt tilpasning af eksternt udviklede sker i tæt dialog med relevante klinikere
- Hospitalet tilbyder processtøtte til lokale udviklingsprocesser
- Den relevante brugergruppe inddrages i udvikling og implementering
- Både brugere og sundhedsprofessionelle er inddraget i at teste, afprøve i praksis og justere nye tiltag

Individuel

Patienter og sundhedsprofessionelle er samarbejdspartnere i det individuelle forløb, og man anvender anerkendte metoder til inddragelse af brugerne som fx Fælles beslutningstagning, Brugerstyret Behandling, dialogstøtteredskaber mm.

- Sygehuset anvender brugerinddragelsesmetoder, der er afprøvede og anerkendte - eksempelvis
 - Fælles Beslutningstagning
 - Guidet Egen Beslutning
 - Brugerstyret behandling
- Støtteværktøjer og materialer, der gør det lettere for brugerne at samarbejde om behandlingen, er tilgængelige og anvendes på hospitalet
 - Selvstyringskemaer
 - Proredskaber
 - Beslutningsstøtteværktøjer,
 - Oplæringsprogrammer
- Brugere opfordres og understøttes i at være aktive i dialoger og møder med sundhedspersonalet
 - Den brugerinddragende dialog
 - Dialogstøtteværktøjer
 - Selvstyrende brugere har mulighed for at få kontakt med hospitalet, når de oplever behov herfor

Organisatorisk

Patienter og pårørende er inddraget i kvalitetsudvikling på hospitalet

- Brugere er 'samskabere' i udviklingsarbejde.
- Patienter og pårørende deltager i udvalg, råd og styregrupper.
- Brugernes holdninger og oplevelser indhentes tilbagevendende via brugerdialoger, feedbackmøder, paneler, interviews og tilfredshedsundersøgelser
- Brugere er med i ansættelsesudvalg
- Brugere er med i gennemgang af utilsigtede hændelser
- Brugere afprøver og evaluerer nye indsatser for at sikre, at de reelt forbedrer patienternes forløb.
- Informationsmaterialer er udviklet sammen med eller testet af brugere
- Dagsordener er udarbejdet i et samarbejde med brugere
- Brugere har stemmeret i råd og styregrupper osv.

Kompetencer

Personalet og brugere er kompetenceudviklede til at indgå i brugerinddragelse

- Hospitalet udbyder/afholder uddannelse i organisatorisk inddragelse
- Hospitalet udbyder/afholder uddannelse i individuel inddragelse
- Hospitalet udbyder/afholder kurser i god patientkommunikation
- Vedligeholdelse af brugerinddragelseskompetencer er en del af den obligatoriske tilbagevendende træning (a la brandsikkerhed)
- Brugerinddragelse er en del af det obligatoriske introduktionskursus for nyansatte
- På introkurser er brugerperspektivet/patientfortællingen en fast del af programmet
- Patient/brugerrepræsentationskurser er et tilbud til brugerne
- Brugerne har mulighed for kompetenceudvikling i individuel inddragelse via e - learning

Formidling

Resultater af den brugerinddragende indsats er synlige både internt og eksternt

- Resultaterne af den brugerinddragende indsats evalueres med relevante og validerede metoder, hvor dette er muligt f.eks:
 - Defactums fem generiske spørgsmål om brugerinddragelse
 - SDM-Q9
 - PAM
 - Collaborate
- Brugerne og de sundhedsprofessionelles erfaringer med brugerinddragelse deles på hospitalet for at skabe læring og motivation, f.eks skriver Kommunikationsafdelingen om brugerinddragelse
- Møder i organisationen har brugerinddragelse på dagsordenen
- Erfaringer og resultater deles med eksterne parter

Bilag 2

Materiale brugt til gruppeinterview A om deltagernes oplevelse af organisationens inddragelsesmodenhed

Deltagere: Nøglepersoner i organisationen (Direktør, kvalitetschef, tovholder)

Overordnet spørgsmål: Hvordan opleves organisationens inddragelsesmodenhed som udgangspunkt for projektet?

Gruppeinterviewet varede 1,5-2 timer, og foregik som en delvist styret samtale blandt deltagerne om deres oplevelse af organisationens inddragelsesmodenhed ud fra hver af de seks dimensioner: *Ledelse, Kliniker, Individuel, Organisatorisk, Kompetencer, Formidling*

'Modenhedsværktøjet' blev indledningsvis præsenteret for deltagerne

Interviewer styrede tiden, der blev afsat 10-15 minutter til at diskutere hver dimension.

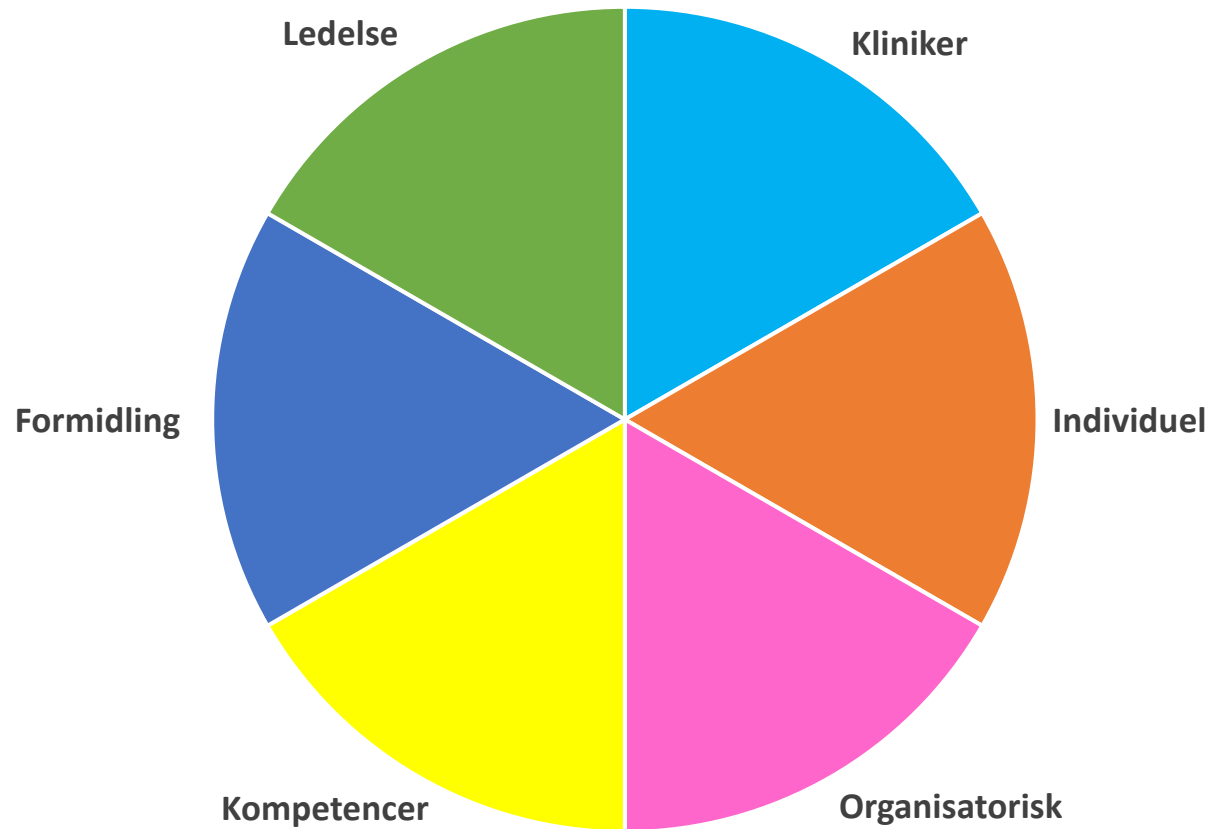
Indledningsvis til samtalen om hver dimension, præsenterede interviewer et 'statement' og de tilhørende indikatorer. Begge ark blev lagt frem på bordet under samtalen.

Umiddelbart efter samtalen af hver dimension, indikerede deltagerne med en selvklæbende dot, deres oplevelse af organisationens modenhed inden for den givne dimension. En dot placeret tæt på midten betød lille grad, en dot tæt på ydercirklen betød høj grad af inddragelsesmodenhed.

A: Vurdering af inddragelsesmodenhed

Sygehus:

Dato:



'Statement':

LEDELSE

Brugerinddragelse er en central del af ledelsesopgaven

Indikatorer:

LEDELSE

Brugerinddragelse er en central del af ledelsesopgaven

- Der er udpeget ledelsespersoner med ansvar for implementering og udvikling af brugerinddragelse
- Ledere uddannes i brugerinddragelse
- Der er afsat tid og ressourcer til at udvikle og implementere nye tiltag
- Der er i afdelingerne medarbejdere, der har særlig viden om brugerinddragelse
- Ledelsen er synlig og deltager aktivt i forhold til brugerråd, paneler og anden patientrepræsentation
- Kompetencer omkring brugerinddragelse værdsættes – indgår i jobopslag og efterspørges ved jobsamtaler, udløser løntillæg, giver adgang til at repræsentere afdelingen på konferencer og lignende
- Der er udarbejdet en handleplan for arbejdet med brugerinddragelse

'Statement':

KLINIKER

Udvikling foregår tæt på praksis

Indikatorer:

KLINIKER

Udvikling foregår tæt på praksis

- Udvikling af lokale brugerinddragende tiltag samt tilpasning af eksternt udviklede sker i tæt dialog med relevante klinikere
- Hospitalet tilbyder processtøtte til lokale udviklingsprocesser
- Den relevante brugergruppe inddrages i udvikling og implementering
- Både brugere og sundhedsprofessionelle er inddraget i at teste, afprøve i praksis og justere nye tiltag

'Statement':

INDIVIDUEL

*Patienter og sundhedsprofessionelle er samarbejdsparter
i de individuelle forløb*

Indikatorer:

INDIVIDUEL

Patienter og sundhedsprofessionelle er samarbejdsparter i de individuelle forløb

- Sygehuset anvender brugerinddragelsesmetoder, der er afprøvede og anerkendte, f.eks. fælles beslutningstagning, Guided Egen Beslutning, Brugerstyret behandling
- Støtteværktøjer og materialer, der gør det lettere for brugerne at samarbejde om behandlingen, er tilgængelige og anvendes på hospitalet, f.eks.: Selvstyringskemaer, proredekaber, beslutningsstøtteværktøjer, oplæringsprogrammer
- Brugerne opfordres og understøttes i at være aktive i dialoger og møder med sundhedspersonalet, f.eks. den brugerinddragende dialog, dialogstøtteværktøjer
- Selvstyrende brugere har mulighed for at få kontakt med hospitalet, når de oplever behov herfor

'Statement':

ORGANISATORISK

Patienterne er inddraget i kvalitetsudvikling af hospitalet

Indikatorer:

ORGANISATORISK

Patienterne er inddraget i kvalitetsudvikling af hospitalet

- Brugere er "samskabere" i udviklingsarbejdet
- Patienter og pårørende deltager i udvalg, råd og styregrupper
- Brugernes holdninger og oplevelser indhentes tilbagevendende via brugerdialoger, feedback-møder, paneler, interviews og tilfredshedsundersøgelser
- Brugere er med i ansættelsesudvalg
- Brugere er med i gennemgang af UTH
- Brugere afprøver og evaluerer nye indsatser for at sikre, at de reelt forbedrer patienternes forløb
- Informationsmaterialer er udviklet sammen med eller testet med brugere
- Dagsordener er udarbejdet i samarbejde med brugere
- Brugere har stemmeret i råd og styregrupper

'Statement':

KOMPETENCER

*Sundhedsprofessionelle og patienter er kompetenceudviklede
til at indgå i brugerinddragelse*

Indikatorer:

KOMPETENCER

Sundhedsprofessionelle og patienter er kompetenceudviklede til at indgå i brugerinddragelse

- Hospitalet udbyder/afholder uddannelse i organisatorisk inddragelse
- Hospitalet udbyder/afholder uddannelse i individuel inddragelse
- Hospitalet udbyder/afholder kurser i god kommunikation
- Vedligeholdelse af brugerinddragelseskompetencer er en del af den obligatoriske tilbagevendende træning (ala brandsikkerhed)
- Brugerinddragelse er en del af det obligatoriske introduktionskursus for nyansatte
- På introkurser er brugerperspektivet/patientfortællingen en fast del af programmet
- Patient/brugerrepræsentationskurser er et tilbud til brugerne
- Brugerne har mulighed for kompetenceudvikling i individuel inddragelse via e-learning

'Statement':

FORMIDLING

*Resultater af den brugerinddragende indsats
er synlige internt og eksternt*

Indikatorer:

FORMIDLING

Resultater af den brugerinddragende indsats er synlige internt og eksternt

- Resultaterne af den brugerinddragende indsats evalueres med relevante og validerede metoder, hvor dette er muligt, f.eks.: Defactums fem generiske spørgsmål om brugerinddragelse, SDM-Q9, PAM, Collaborate
- Brugere og de sundhedsprofessionelles erfaringer og resultater med brugerinddragelse deles på hospitalet for at skabe læring og motivation, fx: Kommunikationsafdelingen skriver om brugerinddragelse
- Møder i organisationen har brugerinddragelse på dagsordenen
- Erfaringer og resultater deles med eksterne parter f.eks.: Artikler, Konferencer

Bilag 3

Interviewguide for gruppeinterview B

Deltagere: Frontmedarbejdere og nøglepersoner i projektet

Overordnet spørgsmål: Frontmedarbejdere og nøglepersoner i projektet

Interviewguide:

1. Brændende platform:
 - a. Hvad var jeres 'brændende platform' eller hvilken udfordring skulle I løse?
 - b. Hvem definerede den 'brændende platform', eller hvem besluttede det var for en udfordring der skulle løses?
 - c. Hvilken indsats har I valgt til at løse den 'brændende platform'?
 - d. Hvordan kom I frem til den indsats?
2. Betydning af at der er defineret en 'brændende platform':
 - a. Hvad betyder det at I har haft en 'brændende platform'? (Er det f.eks. et drive?)
 - b. Hvordan har I følt ejerskab til selve projektet? Eller ejerskab til at løse den 'brændende platform? Til at udvikle løsninger?
3. Inddragelse af brugere - hvordan:
 - a. Hvordan har I inddraget brugerne (patienter, pårørende, personale) i jeres projekt?
 - b. Hvordan har I inddraget brugerne i forløbet? (Ift at identificere problemstillinger, udfordringer, se potentialer, løsninger?)
 - c. Hvordan har I inddraget patienterne i udvikling af værktøjet?
4. Betydning af at inddrage patienter i løsning af en brændende platform
 - a. Hvordan har det at I har inddraget brugerne påvirket den løsning I er nået frem til?
 - b. Er der forskel på den måde I taler om brugerinddragelse på i dag, sammenlignet med da projektet startede?
 - c. Hvad har I lært af at inddrage brugerne/patienterne?

Bilag 4

Interviewguide for gruppeinterview C

Deltagere: Direktør, kvalitetschef, tovholder

Overordnet spørgsmål: Hvilken betydning har det lokale projekt haft for organisationens inddragelsesmodenhed? Hvad har haft betydning?

Interviewguide:

1. Hvad har projektet lært dem i forhold til brugerinddragelse:
 - a. Hvad har det givet afdelingen(erne) at have deltaget i det lokale projekt?
 - b. Hvad har det givet jer/organisationen, at I har haft det lokale projekt?
 - c. Hvordan afspejler det sig?
 - i. Ledelsesperspektiv
 - ii. Kvalitetsperspektiv?
 - iii. Patientperspektiv?
 - d. Hvad er det vigtigste I har lært om BI på afdelingsniveau?
 - e. Hvordan har I taget den læring med på organisationsniveau?
2. Udvikling af modenhed: (Det første interview vi havde hos jer, handlede om hvordan I så jeres organisations umiddelbare inddragelsesmodenhed)
 - a. Afdelingsniveau:
 - i. Nogle områder I er blevet opmærksomme på I skulle arbejde med gennem det her projekt
 - ii. Er der nogle områder hvor I særligt har udviklet jer?
 - b. Organisationsniveau:
 - i. Hvordan har det lokale projekt påvirket organisationens måde at være brugerinddragende?
 - ii. Hvordan vil I beskrive jeres organisations inddragelsesmodenhed i dag ift da I startede?
3. Det lokale projekts betydning for forankring af brugerinddragelse i organisationen
 - a. Hvad er det vigtigste I har lært i forhold til at skulle igangsætte, udvikle og fastholde en brugerinddragende kultur?
 - b. Hvordan vil den læring sprede sig videre i jeres organisation?
 - c. Hvordan vil man kunne se det? I morgen? På sigt?
4. anbefalinger
 - a. Hvis andre skulle starte et projekt eller et forløb op, hvor målet er en blivende brugerinddragende indsats, eller skabe en brugerinddragende kultur, hvad ville så være vigtigt: Gode råd?

Bilag 6

Interviewguide til interview D

Grubeinterview med brugerrepræsentanter

Deltagere: Tre brugerrepræsentanter fra styregruppen

Overordnet spørgsmål: Hvordan har deltagelse af brugerrepræsentanter i styregruppen bidraget til projektets formål?

Brugerrepræsentanternes indflydelse på interviewguide:

I forbindelse med invitation til interview har jeg skriftligt spurgt deltagere:

- Hvad synes I er vigtigt at vi taler om i interviewet?
- Hvilke spørgsmål vil være gode at stille jer?

Interviewguide:

1. Formål med projektet:
 - a. Hvad er formålet?
 - b. Hvilken indflydelse har I haft på formålet med projektet?
 - c. Hvornår blev det tydeligt hvad formålet med projektet er?
 - d. Hvilke udfordringer har der evt. været med at forstå formålet?
2. Formålet med jeres deltagelse som brugerrepræsentanter:
 - a. Hvordan har I deltaget?
 - b. Hvilken rolle har I haft på møderne?
 - c. Hvordan har det været at præsentere patientperspektivet?
 - d. Hvordan har I følt jer klædt på til de enkelte styregruppemøder?
 - e. Hvordan kunne vi evt. have forberedt jer bedre?
3. Oplevelse af impact-værdi:
 - a. Hvad har I særligt kunnet bidrage med?
 - b. Har I eksempler på noget hvor jeres input har betydet noget for projektet?
 - c. Hvilken værdi mener du det har haft for projektet, at du har deltaget?
 - d. Hvad har det betydet for jer selv at deltage?
4. Oplevelse af mødeafholdelsen:
 - a. Hvordan har I oplevet måden møderne er forløbet på?
 - b. Hvordan har I oplevet muligheden for at komme til orde?
5. Anbefalinger til forbedringer:
 - a. Hvad kan vi lære af det til en anden gang?
 - b. Har I nogle konkrete anbefalinger til andre, der gerne vil inddrage brugerrepræsentanter i deres styregruppe?

Bilag 7

Beskrivelse af de tre deltagende afsnit, Psykiatrien i Region Nordjylland

Projektteams	Beskrivelse af de deltagende projektteams
Team S6	Sengeafsnit S6 er et lukket afsnit for patienter over 18 år, med behov for et intensivt behandlingsforløb. Afsnittet der har 12 senge, modtager patienter med forskellige sygdomme og med komplekse problemstillinger. Nogle af afsnittets patienter har en dom til psykiatrisk behandling, og der er også patienter, som foruden deres psykiske lidelse, har behov for behandling af misbrug. De fleste indlæggelser på afsnittet sker ved, at patienten bliver overflyttet fra et andet sengeafsnit i Psykiatrien.
Team N5	Sengeafsnit N5 er et lukket afsnit med plads til 10 patienter over 18 år. Patienterne har forskellige psykiske sygdomme, ofte skizofreni eller andre sygdomme med psykose. Nogle af patienterne har desuden en behandlingsdom og/eller et misbrug, der medfører komplikationer. De fleste patienter, der indlægges i afsnittet, kommer fra N6, hvor de har været indlagt i en akut fase af deres sygdom.
Team N6	Sengeafsnit N6 er et lukket afsnit med akut modtagerfunktion for voksne over 18 år. Afsnittet har 16 sengepladser, fordelt på 12 pladser i sengeafsnittet og 4 pladser i modtagelsen. Afsnittet modtager patienter der har akut brug for intensiv pleje og behandling i en periode, hvor de er hårdt belastet af deres sygdom. Nogle patienter indlægges frivilligt, mens andre indlægges med tvang, fordi de har det så dårligt, at de er til fare for sig eller andre.