

Evaluering af projekt til styrkelse af brugerinddragelse hos brugere med kort uddannelse i Forebyggelsescenter Nørrebro

Juni 2015

Alexandra Brandt Ryborg Jønsson
Anna Bachmann Boje
Line Hjøllund Pedersen
Birgitte Gade Koefoed
Annette Wandel



Indhold

Resumé	4
Interventioner.....	4
Styrke medarbejdernes mulighed for at arbejde med brugerinddragelse	4
Styrke brugerinddragelse i den indledende samtale	4
Styrke muligheden for at være inddraget blandt brugere med kort uddannelsesbaggrund	5
Resultater af evaluering	5
Uddannelse af ansatte på FCN i brugerinddragelse.....	5
Uddannelse af inddragelsespiloter	5
Fælles beslutningstagning	6
Samtalekort til samtaler med brugere	6
Refleksioner	6
7 anbefalinger når I skal styrke brugerinddragelsen	7
Indledning	8
Baggrund	10
Interventioner	12
Uddannelse af ansatte på FCN i brugerinddragelse	12
Samtalekort til samtaler med brugere.....	13
Fælles beslutningstagning.....	13
Ændret samtale	13
Udsendelse af pjecce i indkaldelsesbrev	14
Uddannelse af inddragelsespiloter	14
Evaluering.....	15
Føler brugerne sig mere inddraget?	15
Opsamling.....	18
Har de ansatte ændret kultur og adfærd i forhold til inddragelse af brugerne? Og er inddragelsen af kortuddannede styrket?.....	19
Spørgsmål 1: Er der kommet en fælles forståelse af begrebet brugerinddragelse blandt medarbejderne?	19
Spørgsmål 2: Er uligheden i adgangen mindsket?	20
Spørgsmål 3: Er der gjort tiltag for at imødekomme den sociale ulighed?.....	20
Spørgsmål 4: Er der sket en ændring i vilkår og rammer for at arbejde brugerinddragende?	21

Hvad betyder uddannelsen af lokale inddragelsespiloter?.....	22
Hvad synes inddragelsespiloterne om uddannelses – hvad har det givet?	22
Hvordan er det ikke at være bundet af spørgeskemaet?.....	22
Delkonklusion	23
Refleksioner	24
7 anbefalinger når I skal styrke brugerinddragelsen	25
Referencer	26
Bilag	27
Bilag A	27
Observationsguide Forebyggelsescenter Nørrebro.....	27
Bilag B	29
Interviewguide til individuelle interview med brugere	29
Bilag C.....	31
Program, workshop 2, 11. marts 2014, 14-16.....	31
Program, workshop 2, 25. marts 2014, 14-16.....	32

Resumé

Danske Patienters Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune (KK) gennemførte i perioden august 2013-november 2014 et projekt, der skulle afdække behov for og derefter udvikle og implementere metoder til at styrke brugerinddragelsen i den kommunale patientrettede forebyggelse gennem øget brugerinddragelse blandt brugere med kort uddannelsesbaggrund. På baggrund af den analyse, der blev udarbejdet i første del af projektet, blev en række udviklingsområder identificeret. I projektets anden fase udviklede Forebyggelsescenter Nørrebro (FCN) i samarbejde med ViBIS og brugerne indsatser, der skulle imødekomme disse udfordringer:

- **Styrke medarbejdernes mulighed for at arbejde med brugerinddragelse**
- **Styrke brugerinddragelse i den indledende samtale**
- **Styrke kortuddannedes mulighed for at være inddraget**

Evalueringen ser både på resultatet af indsatserne og på implementeringsprocessen.

Interventioner

Styrke medarbejdernes mulighed for at arbejde med brugerinddragelse

De sundhedsprofessionelle, der er ansat på FCN, vil gerne arbejde brugerinddragende, men undersøgelsen viste, at der er behov for at optimere indsatserne, så der ikke er tale om individuelle fortolkninger, men et fælles italesat værdigrundlag, med systematiske og konkrete metoder. For at imødekomme dette blev følgende initiativer gennemført:

Uddannelse af ansatte på FCN i brugerinddragelse

Relevante videnspersoner fra ViBIS underviste på over tre temaeftermiddage FCNs ansatte i metoder, evidens og kriterier for brugerinddragelse, der skaber behandlingsmæssige resultater.

Uddannelse af inddragelsespiloter

Tre medarbejdere på FCN blev valgt blandt de der havde meldt sig til at blive uddannet som inddragelsespiloter. De fik over tre undervisningsgange et teoretisk indblik i brugerinddragelse, undervisning i metoder til at afdække og udføre brugerinddragelsesprojekter og fik ansvaret for udvikling, afprøvning og devaluering af de indledende samtaler efter interventionen.

Styrke brugerinddragelse i den indledende samtale

Jævnfør Københavns Kommunes 'Brugerundersøgelsen 2012: Patientrettet forebyggelse – Sundheds- og Omsorgsforvaltningen' (BRUS) følte brugerne ikke, at de var tilstrækkeligt inddraget i planlægningen af deres forløb. Derfor fik de indledende samtaler en særlig opmærksomhed. Den indledende samtale er borgerens første møde med forebyggelsescentret. Undersøgelsen viste, at nogle ansatte forud for samtalen vurderer på brugerens vegne, hvad han eller hun kunne tænkes at ønske sig, ligesom det i nogle tilfælde blev observeret, at borgerens viden ikke blev inddraget i planlægningen af forløbet i tilstrækkelig grad. For at modvirke dette blev følgende initiativ gennemført:

Fælles beslutningstagning

Fælles beslutningstagning er en særlig samtaleform, der er indført ved at ændre formen af den indledende samtale, så tilbuddene i højere grad sættes i relation til brugerens hverdagsliv ligesom der er fjernet flere automatiserede spørgsmål fra samtalen. Både brugere og ansatte har været involveret i at udvikle den nye samtaleform.

Styrke muligheden for at være inddraget blandt brugere med kort uddannelsesbaggrund

Analyserne i BRUS viste, at brugerne på kommunens forebyggelsescentre ikke følte, at de var med til at bestemme sammensætningen af deres forløb. Tallene viste samtidig en lille tendens til, at brugere med kort uddannelse følte dette i lidt højere grad end brugere med høj uddannelse¹. Det kan blandt andet bunde i vanskeligheder med at forstå og udtrykke sig skriftligt og mundtligt i relationen til ansatte på forebyggelsescenteret. Fokus i projektet blev derfor særligt at sikre at brugere med kort uddannelse fik øget mulighed for at være inddraget. For at imødekomme dette - særligt i relation til de indledende samtaler - blev der i samarbejde med ansatte og brugere udviklet følgende:

Samtalekort til samtaler med brugere

For at imødekomme brugere med kort uddannelse og/eller brugere med færre ressourcer, blev der identificeret et ønske om et konkret redskab. Inddragelsespiloterne udviklede herefter, med inspiration fra Stenokassen² og tilbagemeldinger fra brugerne, **samtalekort**. Disse kan understøtte prioritering og vægtning af indsatsområder i forhold til planlægning af et forløb blandt brugere med kort uddannelse. De kan samtidig være et ekstra redskab til at få de brugere "på banen", som har svært ved at italesætte mål og ønsker.

Resultater af evaluering

Projektets indsats er blevet evalueret gennem en kvantitativ miniudgave af BRUS, med udvalgte relevante spørgsmål for undersøgelsen, til de brugere, der har afprøvet den nye samtaleform, observationer af samtaleformer, løse samtaler med brugere af FCN, samt individuelle semistrukturerede interviews med tre brugere og fire ansatte. Resultaterne listes under den enkelte indsats:

Uddannelse af ansatte på FCN i brugerinddragelse

Der er skabt en lokal forankret fælles forståelse af, hvad brugerinddragelse vil sige blandt de ansatte på FCN. Efter projektets undervisning og workshops er kulturen for brugerinddragende arbejde blevet styrket, da det har været et begreb som, i bølgerne på indsatsen, har været nærværende og italesat i hverdagen.

Uddannelse af inddragelsespiloter

Piloterne har fungeret som både ambassadører for projektet og som evaluatore og sparringspartnere. Piloterne er med til at fastholde kulturen og fokus på projektet, og vurderes at kunne opstarte nye brugerinddragelsesprojekter på egen hånd, eksempelvis et brugerråd for FCN.

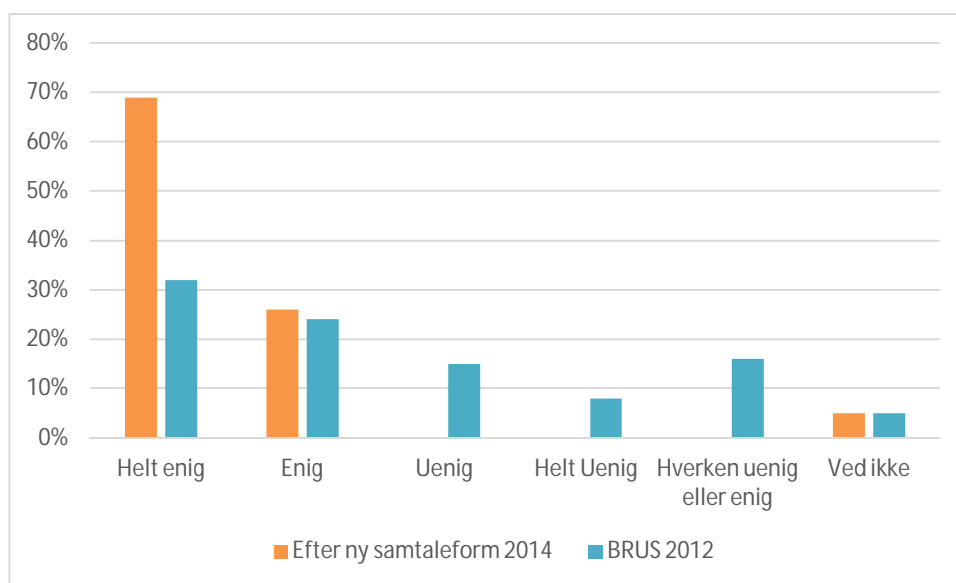
¹ Dette fremgår ikke af "Brugerundersøgelsen 2012: Patientrettet forebyggelse – Sundheds- og Omsorgsforvaltningen", men tendensen fremgik af et ekstra datatræk.

² Sundhedspædagogisk værktøjskasse til patientuddannelse, udviklet af Steno Diabetescenter, omtales af de ansatte på FCN som "Stenokassen"

Fælles beslutningstagning

Den kvantitative evaluering af den indledende samtale er blevet brugt til at se, om fælles beslutningstagning kan højne brugerne oplevelse af at være inddraget i planlægningen af deres forløb. Som figur 1 viser, lader fælles beslutningstagning til at være velimplementeret i den nye samtaleform og have en positiv effekt på hvorvidt brugerne selv er med til at bestemme sammensætningen af tilbud i deres forløb. Figur 1 viser, at i BRUS 2012 svarede 56 % af brugerne, at de var med til at bestemme sammensætningen af deres forløb (helt enig 32 % og enig 24 %), mens 23 % ikke oplevede at have indflydelse, mens de resterende svarer "hverken uenig eller enig" eller "ved ikke". Dette sammenholdes i figur 1, hvor den orange søjle viser svarene på samme spørgsmål efter den nye samtaleform. Her erklærer samtlige adspurgte brugere (95 %) sig enige.

Figur 1 - Spørgsmål: Jeg var med til at bestemme sammensætningen af tilbud i mit forløb



Samtalekort til samtaler med brugere

For at imødekomme brugere med kort uddannelse og/eller brugere med færre ressourcer, er der udviklet samtalekort, der skal fungere som naturligt udgangspunkt for samtalerne, sådan at det bliver nemmere for brugeren at sætte ord på sine mål, præferencer og ønsker. Inspireret af international litteratur om beslutningsstøtteværktøjer og sammenholdt med resultaterne af brugerne tilfredshed vurderes det, at tiltagene, der er iværksat, har bidraget til at brugere med kort uddannelse i højere grad føler sig inddraget.

Refleksioner

Brugerinddragelse er et følsomt emne. Det skal forstås sådan, at brugerinddragelse er et normativt og værdiladet ord, som derved også har et implicit moralsk imperativt, så det ikke at bekende sig til brugerinddragelse, kan tolkes negativt. Mange ansatte, i både primær- og sekundærsektoren, har også den opfattelse, at de allerede inddrager brugerne, hvilket gør, at nye forståelser og arbejdsgange kan tolkes

som en kritik af det hidtidige. Et brugerinddragelsesprojekt kræver derfor en særlig indføling i forhold til hvordan og hvornår, der udvikles fælles forståelser og redskaber.

7 anbefalinger når I skal styrke brugerinddragelsen

1. Der skal skabes en fælles forståelse af, hvad brugerinddragelse betyder i den aktuelle kontekst
2. Introducer medarbejderne til teorierne bag brugerinddragelse, men tag udgangspunkt i praksis og gør det relaterbart for den enkelte
3. Fastlæg jeres mål med brugerinddragelse og vælg metoder derefter
4. Involver brugerne i hele forløbet
5. Understøt brugerne i at være involveret
6. Vær åben – selv eksperter kan blive bedre
7. Evaluer og vær klar til at gennemføre eventuelle ændringer

Indledning

Denne rapport udgør en evaluering af projektet "Styrkelse af brugerinddragelse hos brugere med kort uddannelse i Forebyggelsescenter Nørrebro". Projektet skulle afdække behov for og derefter udvikle og implementere metoder til at styrke tilfredsheden med den kommunale patientrettede forebyggelse gennem øget brugerinddragelse blandt brugere med kort uddannelsesbaggrund. Formålet med evalueringen er at formidle de erfaringer, der er gjort i forbindelse hermed.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune, har bevilget penge til projektet, der er gennemført i et samarbejde mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Forebyggelsescenter Nørrebro, Københavns Kommune, og Danske Patienters Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS). Projektet er gennemført i perioden august 2013 til november 2014. Relevante aktører har i projektperioden løbende været inddraget, herunder ledere og øvrige medarbejdere på Forebyggelsescenter Nørrebro samt udvalgte brugere, der gennemfører forløb på forebyggelsescenteret.

Projektets hovedelementer består af:

- Afdækning af mulige indsatsområder til at styrke brugerinddragelse gennem observationer, individuelle interviews og fokusgruppediskussioner.
- Udarbejdelse af relevant materiale, der kan kvalificere medarbejderne til at arbejde med brugerinddragelse, herunder samtalekort.
- Udvikling af interventioner der kan understøtte arbejdet med inddragelse.
- Undervisning og støtte/sparring, der kan kvalificere medarbejderne og understøtte dem i at arbejde med brugerinddragelse.
- Uddannelse af nøglepersoner – inddragelsespiloter – der kan varetage en ledende rolle lokalt i at støtte og undervise øvrige medarbejdere i inddragelse.
- Evaluering af projektet og anbefalinger til styrkelse af brugerinddragelse.

Rapportens indhold

Rapporten beskriver først baggrunden for at gennemføre et projekt på Forebyggelsescenter Nørrebro med fokus på øget brugerinddragelse. Dernæst beskrives indholdet i og afprøvningen af de enkelte dele af projektet. De centrale dele af rapporten:

- Beskrivelse af interventioner for at styrke inddragelsen
- Effektevaluering
- Refleksioner
- 7 anbefalinger til at styrke inddragelse af brugere.

Projektet er evalueret gennem interview af patienter og sundhedsprofessionelle samt observationer. Brugere med tilknytning til FCN vil som hovedregel betegnes som *brugere* i rapporten.

Følgende forkortelser benyttes i rapporten:

BRUS: Brugerundersøgelsen 2012: Patientrettet forebyggelse – Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
FCN: Forebyggelsescenter Nørrebro
KK: Københavns Kommune
ViBIS: Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet

Baggrund

I Københavns Kommunes (KK) forebyggelsescentre er der fokus på at mindske den sociale ulighed i sundhed. Både i forhold til at rekruttere socialt udsatte brugere til at deltage i forebyggelsescentrenes tilbud, og ved at gøre en ekstra indsats for denne gruppe af brugere, når først brugerne er inden for døren. Brugere i et rehabiliteringsforløb på et forebyggelsescenter er på sin vis alle udsatte per se i og med at kronisk sygdom beviseligt har en negativ indflydelse på livskvaliteten (Fortin et al. 2006). For en lidt snævrere definition opererer nærværende projekt med brugere med kort uddannelse, da blandt andet multisygdomsstudier i Danmark viser, at uddannelsesgraden er afgørende for vedkommendes evne til at mestre og navigere i forhold til sin sygdom eller lidelse. Brugere med kort uddannelse har sværere ved at navigere i sundhedstilbud og kan have sværere ved at adaptere de sociale spilleregler, der gælder inden for et givent område end brugere med længere uddannelse (Mercer et al. 2012, Rawenscroft 2008). Det kan blandt andet være normen om at tage ansvar for egen sundhed gennem kostændringer eller rygestop.

KK har fem forebyggelsescentre i henholdsvis Østerbro, Nørrebro, Amager, Vanløse og Vesterbro. Forebyggelsescentrene har tilbud til alle københavnere over 18 år, som ønsker at leve sundere. Borgere med kronisk sygdom, som er genstand for denne undersøgelse, tilbydes følgende: Personlige samtaler med en sundhedsrådgiver, vejledning i at håndtere din sygdom, vejledning om sund mad og praktisk madlavning, fysisk træning, rygestopkurser og samtale om alkohol.

Sammensætningen af rehabiliteringsforløbet fastsættes ved den indledende samtale, der fungerer som indgangen til de fleste forløb i forebyggelsescentrene.

I forebyggelsescentrene er begreber som empowerment, øget egenomsorg, øget handlekompetence og medindflydelse på eget forløb nogle af nøgleordene i den sundhedspædagogiske tilgang. Alle begreber som skal være med til at sikre, at den enkelte bruger får størst muligt udbytte af, og ejerskab til, den forandring, der sker over et forløb, når en person skal guides til en sundere livsstil. Det stiller store krav til personalet om at se på den enkeltes præferencer og ressourcer, fordi borgeren med kronisk sygdom skal *lære at leve* med sin sygdom. Det er bredt dokumenteret, at det skaber en række positive resultater på forløbet, når der arbejdes med brugerinddragelse i patientrettet forebyggelse. Eksempelvis viser studier, at større inddragelse af patienter og pårørende mindsker antallet af fejl og utilsigtede hændelser (Coulter & Ellins 2006). Når patientrettet forebyggelse passes ind i den enkeltes hverdagsliv, skaber det bedre compliance (Mainz J et al. 2011) og ikke mindst skaber brugerinddragelse større livskvalitet, større tilfredshed og bedre behandlingskvalitet (Freil & Knudsen 2009).

Data fra BRUS på tværs af forebyggelsescentrene viste, at brugernes oplevelse af selv at være med til at bestemme sammensætningen af tilbud i deres forløb var dårligere end brugernes ellers meget positive vurderinger af områder i forebyggelsescentrene.

En årsag kan være, at brugeren selvstændigt skal kunne formulere ønsker og mål for deres forløb ved den indledende samtale. For at undersøge dette nærmere blev der iværksat et projekt med det formål at styrke tilfredsheden med den enkeltes indflydelse på sammensætningen af tilbud i deres rehabiliteringsforløb blandt brugere med kort uddannelse gennem øget brugerinddragelse.

Projektejer var Jens Egsgaard og efterfølgende Karen Nørskov Toke, sundhedschefer ved Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune , projektledelsen bestod af projektleder Alexandra Jønsson og chef for politik og kvalitet Annette Wandel, Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet, , konsulent Anna Bachmann Boje og Centerchef for forebyggelsescenter Nørrebro, Birgitte Gade Koefoed, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune.

Interventioner

Ved projektets start blev der foretaget en undersøgelse af forståelse og graden af brugerinddragelse blandt medarbejdere og borgere i FCN. Der er lavet individuelle interviews med otte borgere og fem ansatte. Derudover er der holdt en fokusgruppe diskussion med tre borgere og en fokusgruppe diskussion med syv medarbejdere. Der er observeret i alt 16 samtaler med brugere, og derudover er der blevet observeret ca. 12 timers holdundervisning samt cirka 12 timers almindelig observation i venteværelse, køkken, etc. Sidstnævnte har været ustruktureret med henblik på at give en "fornemmelse" af stedet, og bruges kun i analysen til at rammesætte resultaterne. Af denne undersøgelse fremgik det:

1. At medarbejderne gerne vil inddrage brugerne, både i samtaler og undervisning, men der er mange forskellige opfattelser af, hvad brugerinddragelse er. Dette er u hensigtsmæssigt, idet forskning viser, at mangel på fælles forståelse af brugerinddragelse er en barriere for at arbejde inddragende (Freil & Knudsen 2009, Jønsson et al. 2013).
2. Dette kom til udtryk i den indledende samtale, hvor brugeren i et par tilfælde blev mødt af en af centerets sundhedsprofessionelle, som på forhånd havde besluttet hvilke tilbud brugeren skulle have. I undervisningen og den fysiske træning blev der observeret en høj grad af brugerinddragelse.
3. At visse problemer er prædefineret af den sundhedsprofessionelle og således nemt kan komme til at fylde for meget på trods af, at brugeren måske ikke selv anser det for et problem. Det viste eksempelvis observation af en indledende samtale med en kvinde, hvor den ansatte fokuserede meget på kostens betydning for hendes overvægt, mens kvinden ikke anså kostændringer for nødvendige. Hun var kun indstillet på at gå til gymnastik.
4. Den elektroniske journal i journalsystemet Sundhedsportalen virker hindrende for brugerinddragelsen, idet journalen indeholder en række prædefinerede spørgsmål, som medarbejderne dels ikke altid synes er relevante for den enkelte bruger, og dels har tendens til at blive styrende for forløbet af den indledende samtale i stedet for at tage udgangspunkt i den enkelte brugers problemstillinger.

På den baggrund blev der aftalt en række initiativer med den hensigt at kunne bedre ovenstående forhold.

Uddannelse af ansatte på FCN i brugerinddragelse

De sundhedsprofessionelle, der er ansat på FCN, vil gerne arbejde brugerinddragende, men undersøgelsen viste, at der er behov for at optimere indsatserne, så der ikke er tale om individuelle fortolkninger, men et fælles italesat værdigrundlag, med systematiske og konkrete metoder. For at imødekomme dette blev følgende gennemført.

Relevante videnspersoner fra ViBIS underviste på to workshops på FCN centerets ansatte i definitioner, evidens for og metoder til brugerinddragelse, der skaber behandlingsmæssige resultater. Der deltog hver gang mellem 15 og 25 ansatte, der alle havde borgerkontakt.

Undervisningen blev holdt som workshops, hvor resultatet af den indledende analyse blev gennemgået og drøftet med medarbejderne, og der blev peget på mulige tiltag, der vil kunne øge brugerinddragelsen. Undervisningen blev gentaget for at sikre, at alle centerets medarbejdere blev introduceret til

forståelsesrammen omkring brugerinddragelse mhp. at facilitere implementeringen af tankegangen og for at sikre, at medarbejdernes kompetencer blev inddraget i processen omkring udviklingen af eventuelle redskaber til at øge graden af brugerinddragelse i forebyggelsescenteret.

Programmerne for temamøderne findes i bilag c.

Samtalekort til samtaler med brugere

Som beskrevet i indledningen viste en særkørsel af BRUS 2012, at de brugere med kort uddannelse på tværs af alle forebyggelsescentre i højere grad svarede, at de ikke havde tilstrækkelig indflydelse på sammensætningen af deres forløb, der bestemmes ved den indledende samtale end brugere med længere uddannelse. Det kan blandt andet bunde i vanskeligheder med at forstå og udtrykke sig skriftligt og mundtligt i relationen til ansatte på forebyggelsescentre.

For at imødekomme brugere med kort uddannelse og/eller brugere med færre ressourcer, blev der blandt medarbejderne identificeret et ønske om et konkret redskab. Inddragelsespiloterne udviklede herefter, med inspiration fra Stenokassen³ og tilbagemeldinger fra brugerne, **samtalekort**. Samtalekortene er billedkort, der kan bruges ved den indledende samtale til at understøtte prioritering og vægtning af indsatsområder i forhold til planlægning af et forløb og motivation for livsstilsændringer og samtidig styre samtalen inden for de rammer, der er forebyggelsescenterets genstandsfelt. Samtalekortene kan samtidig være et ekstra redskab til at få de brugere "på banen", som har svært ved at italesætte mål og ønsker.

Fælles beslutningstagning

Jævnfør BRUS 2012 følte brugerne ikke, at de var tilstrækkeligt inddraget i planlægningen af deres forløb. Derfor fik de indledende samtaler en særlig opmærksomhed. Undersøgelsen viste, at nogle ansatte forud for samtalen vurderer på brugerens vegne, hvad vedkommende kunne tænkes at ønske sig, ligesom at en enkelt eller to ikke lyttede aktivt eller reflekterede på, hvad brugeren sagde. For at modvirke dette blev der arbejdet med fælles beslutningstagning.

Fælles beslutningstagning kommer af den internationalt anerkendte metode Shared Decision Making. Det er en metode, hvor den ansatte og brugeren – som udgangspunkt for at træffe beslutninger om behandling – systematisk deler viden om behandlingspræferencer. Det sker ud fra hvert deres kompetencefelt. Formålet er at bringe brugerens ressourcer, præferencer og evner frem i lyset og samtidig gøre brug af den sundhedsprofessionelles faglige ekspertise. Fælles beslutningstagning er indført ved at ændre formen af den indledende samtale, så tilbuddene i højere grad sættes i relation til brugerens hverdagsliv. Både brugere og ansatte har været involveret i at udvikle den nye samtaleform. De konkrete tiltag beskrives i de følgende tre afsnit.

Ændret samtale

Medarbejderne vurderede endvidere, at de i samtalsituationen var uhensigtsmæssigt låst af spørgsmålene i Sundhedsportalen, der dels er mange og dels ikke altid relevante i forhold til den enkelte brugers problemstillinger, og det blev derfor besluttet, at kun Sundhedsportalens spørgsmål vedr. social status blev

³ Sundhedspædagogisk værktøjskasse til patientuddannelse, udviklet af Steno Diabetescenter, omtales af de ansatte på FCN som "Stenokassen"

besvaret og at dette skulle gøres i slutningen af samtalen. Samtalen blev på denne måde gjort fri til at forme sig efter samtalekortenes svar og brugerens problemstillinger blev relateret til vedkommendes hverdagsliv.

Udsendelse af pjece i indkaldelsesbrev

Den sidste ændring, der blev foretaget i arbejdsgangen på Forebyggelsescenter Nørrebro var at øge brugerens viden om forebyggelsescenterets tilbud forud for den indledende samtale. Det blev gjort ved konsekvent at medsende kortfattet pjece med oplysning om forebyggelsescenterets tilbud i indkaldelsesbrevet.

Uddannelse af inddragelsespiloter

Tre medarbejdere på FCN blev valgt, blandt de der havde meldt sig, til at blive uddannet til at blive inddragelsespiloter. De fik over tre undervisningsgange på i alt 9 timer et teoretisk indblik i brugerinddragelse, undervisning i metoder til at afdække og udføre brugerinddragelsesprojekter og fik ansvaret for udvikling, afprøvning og devaluering af den nye samtaleform. Piloterne skal også kunne fungere som støtte og vejledere i at arbejde brugercentreret og inddragende samt at sikre implementering af resultaterne af dette projekt.

Afprøvning

Afprøvningen af de nye arbejdsgange blev foretaget i perioden november – december 2014 hvor 19 brugere gennemgik den nye samtale. Samtalerne blev afprøvet af brugerinddragelsespiloterne.

Evaluering

Målet med effektevalueringen er at kunne svare på følgende to spørgsmål efter afprøvning af interventionerne:

- *Føler brugerne sig mere inddraget?*
- *Har de ansatte ændret kultur og adfærd i forhold til inddragelse af brugerne. Herunder - Er inddragelsen af brugere med kort uddannelse blevet styrket?*

FCNs målsætning er, at brugeren i endnu højere grad inddrages i planlægning og beslutninger af betydning for eget forløb.

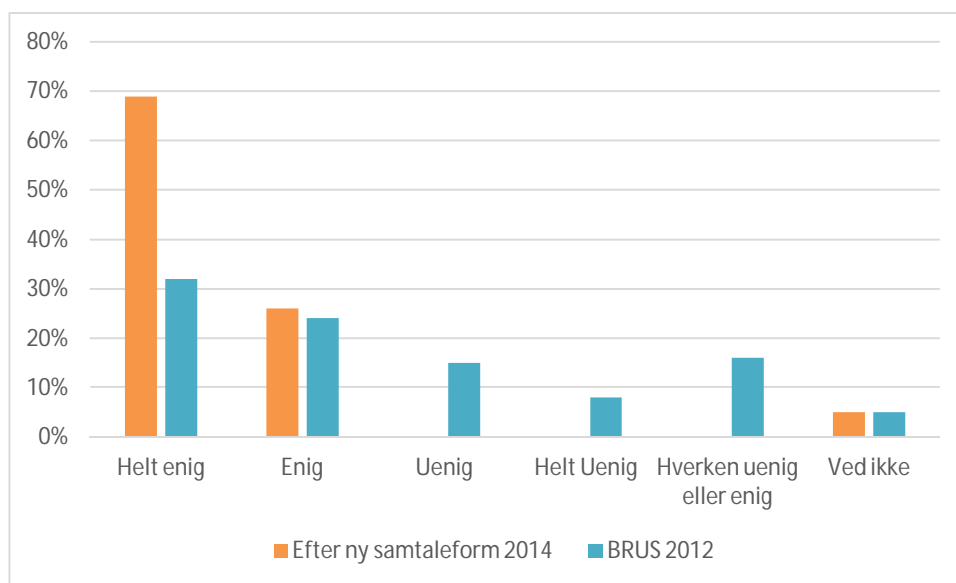
Evalueringen tager udgangspunkt i de indledende observationer som beskrevet i notat af november 2013. Analyserne herfra bruges som baseline sammen med BRUS 2012, som evalueringen er holdt op i mod. I evalueringen er der observeret fire samtaler, interviewet tre brugere og 19 brugere har udfyldt et spørgeskema med udvalgte spørgsmål fra BRUS med relation til den indledende samtale, efter at have været til den nye form for indledende samtale. Disse brugere har ikke været til indledende samtaler efter den gamle model, og er derfor ikke blevet spurgt om at sammenligne. Derudover er der interviewet tre medarbejdere, der alle har været en del af forløbet, lige som der har været løbende feedback fra inddragelsespiloterne.

Føler brugerne sig mere inddraget?

KK's brugerundersøgelse indenfor patientrettet forebyggelse fra 2012 på tværs af forebyggelsescentrene viste, at brugernes oplevelse af brugerinddragelse i relation til hvorvidt brugerne følte at de var med til at bestemme sammensætningen af deres forløb var dårligere end på øvrige områder, hvor forebyggelsescentrene blev målt.

Ved at bruge BRUS 2012 som baseline, har vi i evalueringen af projektet stillet de samme spørgsmål til 19 brugere, der har været igennem den nye brugerinddragende indledende samtale hos brugerinddragelsespiloterne. Da det er begrænset hvor mange brugere, der er til indledende samtaler på det enkelte center i dette forholdsvis korte tidsrum, er antallet af respondenter - helt i overensstemmelse med det forventede - markant lavere end i BRUS 2012. Tallene her er altså ikke statistisk signifikante, men skal læses som en positiv tendens.

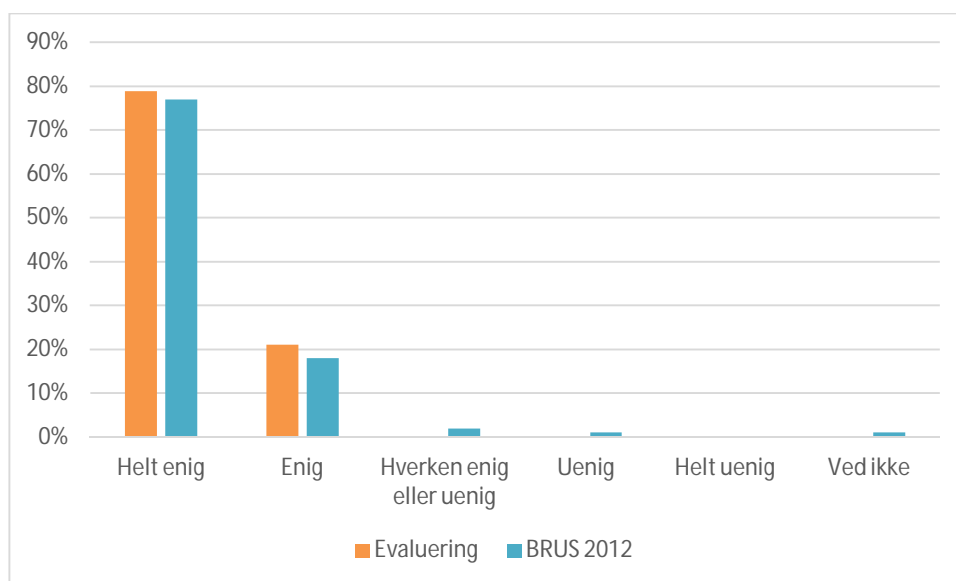
Figur 1. Spørgsmål: Jeg var med til at bestemme sammensætningen af tilbud i mit forløb



Figur 1 viser, at fælles beslutningstagning lader til at være velimplementeret i den nye samtaleform og have en positiv effekt på hvorvidt brugerne selv er med til at bestemme sammensætningen af tilbud i deres forløb. Figur 1 viser, at i BRUS 2012 svarede lidt over halvdelen af de adspurgte brugere "meget enig" eller "enig", ved spørgsmålet "Jeg var med til at bestemme sammensætningen af tilbud i mit forløb". Lidt over 20 % svarer "uenig", mens de resterende svarer "hverken uenig eller enig" eller "ved ikke". Dette sammenholdes i figur 1, hvor de orange søjler viser svarene på samme spørgsmål efter den nye samtaleform. Her erklærer samtlige adspurgte brugere (100 %) sig enten "helt enig" eller "enige".

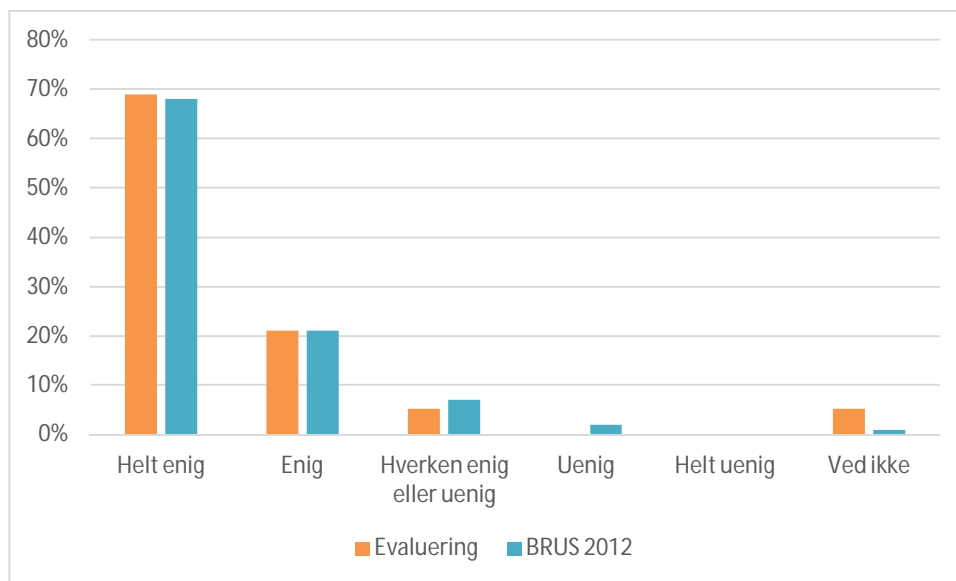
Derudover viser evalueringen en lille positiv tendens i figur 2,3 og 4:

Figur 2. Spørgsmål: Jeg var alt i alt godt tilfreds med den indledende samtale



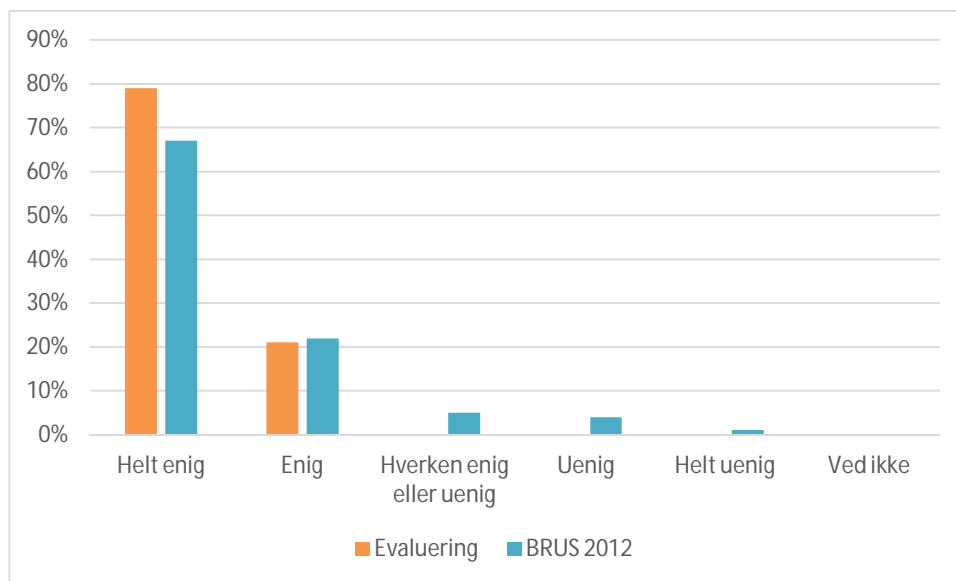
Figur 2 viser, at i BRUS 2012 svarer 77 % at de er "helt enige" i udsagnet "Jeg var alt i alt godt tilfreds med den indledende samtale", mens 18 % svarer at de er "enige", 2 % at de er "hverken enige eller uenige" og 1 % erklærer sig "uenig", mens 1 % svarer "ved ikke" og ingen svarer "helt uenig". I evalueringen har ingen svaret "hverken enig eller uenig", "uenig", "helt uenig" eller "ved ikke". Svarene er udelukkende positive og fordeler sig med 78 % på "helt enig" og 22 % på "enig".

Figur 3. Spørgsmål: Jeg fik tilstrækkelig mulighed for at fortælle hvad jeg ville opnå med mit forløb



Figur 3 viser, at til udsagnet "Jeg fik tilstrækkelig mulighed for at fortælle hvad jeg ville opnå med mit forløb" blev i BRUS 2012 besvaret med 68 % "helt enig", 21 % "enig", 7 % "hverken enig eller uenig", 2 % "uenig" og 1 % "ved ikke". I nærværende evaluering svarede respondenterne næsten på samme måde, dog med marginale forskelle, og ingen erklærede sig "uenig" eller "helt uenig": 69 % svarer "helt enig" og 21 % svarer "enig". 5 % svarer "hverken uenig eller enig" mens 0 % svarer henholdsvis "uenig" og "helt uenig". 5 % svarer "ved ikke".

Figur 4. Spørgsmål: Jeg følte mig tilstrækkeligt informeret om forebyggelsescenterets forskellige tilbud



Figur 4 viser, at i BRUS 2012, erklærer 67 % af brugerne sig "helt enig", 22 % "enig", 5 % "Hverken enig eller uenig", 4 % "uenig" mens 2 % svarer "helt uenig" og ingen svarer "ved ikke". Evalueringen af den nye samtaleform viser en positiv tendens, idet ingen af de adspurgte brugere svarer "Hverken enig eller uenig", "uenig", "helt uenig" eller "ved ikke". I stedet fordeler svarerne sig så 79 % erklærer sig "helt enige" og 21 % svarer at de er "enige".

Opsamling

Af figur 1 fremgår det, at mens der i BRUS 2012 for patientrettet forebyggelse, på tværs af forebyggelsescentrene, kun var knapt 60 % tilfredshed med i hvor høj grad den enkelte var med til at sammensætte eget forløb, viser evalueringen efter projektets interventioner, at samtlige adspurgte er tilfredse med i hvor høj grad de har været med til at sammensætte deres forløb. Figur 2 viser overvejende tilfredshed med den indledende samtale både ved BRUS 2012 og i evalueringen, mens det bemærkes, at der i evalueringen efter projektets interventioner ikke er nogen respondenter, der erklærer sig hverken enig eller uenig, uenig, helt uenig eller ved ikke. Figur 3 viser, at knapt 70 % respondenter både i BRUS 2012 og i evalueringen erklærer sig helt enig i, at de fik tilstrækkelig mulighed for at fortælle hvad de ville opnå med deres forløb. Her ses forskellen efter interventionen først og fremmest ved, at enkelte i BRUS 2012 er uenig, mens ingen i evalueringen vælger den svarmulighed. Endelig ser vi af figur 4, at hvor enkelte brugere i BRUS 2012 erklærer sig hverken enig eller uenig, uenig eller helt uenig i at de følte sig tilstrækkeligt informeret om forebyggelsescenterets forskellige tilbud, så svarer respondenterne i evalueringen udelukkende, at de er helt enige eller enige.

Har de ansatte ændret kultur og adfærd i forhold til inddragelse af brugerne? Og er inddragelsen af kortuddannede styrket?

Der blev gennemført en kvalitativ undersøgelse i august 2013, hvor der blandt andet blev fokuseret på, hvordan kulturen blandt medarbejderne var for at inddrage brugerne. Resultaterne af denne bliver brugt som baseline, for at se om der er sket en ændring i både forståelse og praksis, og fremgår af det efterfølgende. Evalueringen af spørgsmålet, der knytter sig til ændret kultur og adfærd blandt personalet, udføres her som en interviewundersøgelse, hvor fire ansatte er blevet interviewet enkeltvis i en halv time ud fra samme åbne interviewguide, som blev brugt til undersøgelsen i august 2013.

Der er observeret tre samtaler med brugere efter den nye samtalemodel med samtalekort, og derefter er yderligere tre brugere blevet individuelt interviewet om samtalen. Interviewene er båndet og delvist transskriberede, og deltagerne anonymiseret.

I evalueringsdesignet er der stillet fire spørgsmål, som her vil blive besvaret.

Spørgsmål 1: Er der kommet en fælles forståelse af begrebet brugerinddragelse blandt medarbejderne?

I undersøgelsens baseline-vurdering ved projektets start fremkom en række forskellige opfattelser af, hvad brugerinddragelse er, og hvordan man arbejder brugerinddragende i det daglige blandt medarbejderne. Nogle så brugerinddragelse som det at få brugeren til at "... komme på banen. Så kan han sige 'jeg vil gerne tale om det her, jeg synes er et problem'". Få fremhævede, at de allerede inddragede brugerne, eksempelvis ved at have frit valg mellem centerets tilbud: "Men brugerinddragelsen den afspejler bare det dér, at de i bund og grund selv kan shoppe eller trække ned fra hylderne, hvad de vil ha'". Alligevel afspejlede både interviews og observationer en tendens til, at en enkelt eller to på forhånd havde besluttet, hvad der skulle ske med brugeren, og derfor gik til de indledende samtaler med en plan for brugeren.

Efter undervisningen og i kølvandet på projektet kom der tilsyneladende en mere udtalt opmærksomhed på brugerinddragelse i arbejdet. Følgende udtalelser er taget fra interviews med tre ansatte, så de er ikke repræsentative, men giver et indblik i de ansattes mere uformelle tilgang til projektet og brugerinddragelse.

"Jeg har altid set huset her udefra som meget brugerinddragende, men så efterfølgende, efter møderne med jer, så har jeg jo godt kunnet se, det kom mere på dagsorden, og selvfølgelig også ens egen opmærksomhed er blevet skærpet på det. Så jo, jeg synes da det er noget af det, der er blevet arbejdet med" (interview, ansat, evaluering).

Der ses også en forståelse, der sætter det enkelte individ i centrum med en erkendelse af, at brugerne er forskellige og har forskellige behov.

"...det handler meget om, at dem der sidder der, skal have indflydelse på hvad det kommer til at handle om fordi, jeg har selvfølgelig en faglig uddannelse og en viden og erfaring om, hvad der kan være af ting, der er relevante for dem, men de er jo forskellige altid" (interview, ansat, evaluering).

"...jeg tænker, det er meget, den der imødekommenhed og opmærksomhed på den enkelte bruger. Og få dem involveret i deres forløb" (interview, ansat, evaluering).

De ansatte ses, både i deres kontakt med brugere og i deres italesættelse af begrebet, at have nærmet sig en fælles, lokal forankret forståelse af brugerinddragelse, hvor brugerens behov, præferencer og ressourcer vægter ligeligt med den sundhedsfaglige viden og bruges til at afveje, hvilken type af tilbud og forløb, den enkelte skal tilbydes.

Spørgsmål 2: Er uligheden i adgangen mindsket?

Ved baseline var den gængse opfattelse blandt medarbejderne, at de fleste af de kortuddannede brugere ikke vil kunne overskue selv at skulle vælge mellem centerets mange tilbud, og det er derfor både medarbejdernes opgave og en del af brugerinddragelsen at guide brugerne: *"Man skal jo sådan lidt begrunde eller sige 'nå men vi har den her undervisning, som ville være oplagt til dig' [...] Men jeg fremlægger heller aldrig alle de tilbud der er, for der er faktisk også nogen, hvis man begynder at komme lidt ud 'der er faktisk også rygestop' [...] så 'aj, det bliver nok også lige lidt for meget'"* (interview, ansat, september 2013).

Efter workshopperne og det intensive arbejde med brugerinddragelse, ses både i observationer af samtaler og interviews med ansatte, en ændret tilgang, hvor det ikke på forhånd er vurderet, hvor meget brugeren kan rumme at tage stilling til.

X og brugeren sidder over for hinanden, jeg sidder på en stol lidt væk. X har snakket hverdag og præferencer med brugeren, og spørger nu om hun også er interesseret i at høre om flere tilbud. Det vil brugeren gerne, og X fremlægger på et ligefremt og letforståeligt sprog om muligheden for at få holdundervisning i madlavning, som kunne være en mulighed for kvinden, selv om det ikke var det, hun selv havde tænkt, inden hun mødte op. Hun virker umiddelbart interesseret.
(Feltnote; observation af indledende samtale med bruger og ansat X).

FCN er derfor gået fra at have ansatte med en gatekeeper-funktion i forhold til adgang til diverse hold, så det i højere grad er en fælles beslutning i samarbejde med brugeren, hvad og hvor meget, der skal tages stilling til.

Spørgsmål 3: Er der gjort tiltag for at imødekomme den sociale ulighed?

For at imødekomme brugere med kort uddannelse og/eller brugere med færre ressourcer, er der udviklet et samtalekort, der skal fungere som naturligt udgangspunkt for samtalerne, sådan at det bliver nemmere for brugeren at sætte ord på sine mål, præferencer og ønsker.

Samtalekortene har til hensigt at sikre, at brugeren skal have øget indflydelse på - og deltage i - beslutninger om forløbet gennem etablering af et samarbejde mellem den professionelle og brugeren. Deres udformning er inspireret af beslutningsstøtteværktøjer fra metoden fælles beslutningstagning (shared decision making) samt Stenokassen, som medarbejderne gennem flere år har brugt som sundhedspædagogisk værktøj i patientundervisningen. Metoden foreskriver, at den sundhedsprofessionelle formidler deres faglige viden til brugeren, og at brugernes værdier og præferencer inddrages i samtalen. Gennem dialog skal de to parter herefter sammen finde frem til, hvilken behandling, her forstået som det forløb, der er bedst for brugeren (ViBIS 2015).

Det er vigtigt at adskille fælles beslutningstagning fra beslutningsstøtteværktøjer. Fælles beslutningstagning er en proces, der finder sted i mødet mellem brugeren og den sundhedsprofessionelle, og som leder frem til et valg. Det kunne fx være i forbindelse med et forløb for borgere med kronisk sygdom, hvor spørgsmålet kunne være om brugeren skal gå til madlavning og/eller fysisk træning. Beslutningsstøtteværktøjer er konkrete værktøjer, der giver brugeren og den sundhedsprofessionelle et bedre grundlag for at træffe det for brugeren bedst mulige individuelle valg. De hjælper blandt andet brugere til at afklare og give udtryk for, hvad der er vigtigst for dem i forhold til deres forløb. På den måde understøtter de, at brugeren indgår i et forløb, som er i overensstemmelse med deres egne værdier og præferencer (ViBIS 2015).

International litteratur anbefaler, at brugerne er involveret i udviklingen af beslutningsstøtteværktøjer – i dette tilfælde samtalekort - (Coulter 2012) men det har vist sig særdeles vanskeligt i praksis på FCN. Der blev afholdt en workshop, hvor der kom to brugere, men de var ikke i stand til at indgå på workshopkens præmisser, dvs. at forholde sig reflektivt til centerets arbejde og deres egen oplevelse. De var heller ikke i stand til at give nogen feedback på ideudviklingen. I stedet har inddragelsespiloterne afprøvet samtalekort med brugerne, som derefter er blevet interviewet og har givet feedback. I evalueringen siger brugerne blandt andet:

"Jeg synes, de er gode på den måde, at det kan gøre, at man sådan sidder og tænker, gud var der noget, jeg skulle have sagt inden for det, var der noget omkring mit helbred, er der noget omkring kost, hvad synes jeg er et godt liv? Det gav mig mulighed for, det at det var visuelt, det var rigtig godt for mig, og jeg tror jeg sagde mere, end jeg ville have sagt, hvis ikke de havde været der. Ikke bare i ord, men også kom bedre rundt om det" (Bruger, i interview en uge efter indledende samtale).

"Det var nogle fine kort ja, det var nemt at se, hvad sådan de skulle forestille, og hvad man sådan kunne sige om tingene. Hvordan man havde det og sådan (Interviewer: Blev det nemmere at tale når du så på kortene?). Ja, ja jeg, det er jo det med humøret ikke, det kan man jo sådan glemme lidt, men jeg synes, det var fint" (Bruger, telefoninterview et par dage efter indledende samtale).

Spørgsmål 4: Er der sket en ændring i vilkår og rammer for at arbejde brugerinddragende?

Der har ikke været italesat nogen kritik fra medarbejderne i forhold til rammerne for at arbejde med brugerinddragelse i forebyggelsescenteret, men det har fyldt en del for medarbejder, at den elektroniske journalføring har givet en fornemmelse af fremmedgørelse i samtalerne. Med samtalekortene har der været frie hænder, og alle tre inddragelsespiloter har i de samtaler, der er blevet observeret, undladt at medbringe computeren til samtalen, men i stedet udfyldt stamdata og diverse oplysninger efterfølgende. Med uddannelsen af inddragelsespiloter lægger den lokale ledelse også op til, at brugerinddragelse er noget, der prioriteres. Det samme viser interviewene:

"Jeg synes, man tænker i det. Den måde vi møder dem på, det gennemsyrrer ligesom organisationen" (Ansæt, interview, december 2014).

(Interviewer: Er der plads til at prøve ting af?) *"Ja det synes jeg, der er- på den snak der er på vores personalemøder og de ting jeg sådan hører, så oplever jeg bestemt, at der er god harmoni mellem det jeg tænker, der er nødvendigt for, at brugerinddragelse skal lykkes, og så det der er vores ledelses holdning"* (Ansæt, interview januar 2015).

Særligt FCNs leder og mellemledere italesættes som rollemodeller:

"Den måde X (leder på FCN) fx møder brugerne på... hendes praksis den harmonerer rigtig godt med teorien. Den måde hun inddrager og snakker med brugerne på" (Ansæt, interview januar 2015).

"XX (afdelingsleder) er ligesom X. XX kan man blive inspireret af, den måde han går til tingene på" (Ansæt, løs samtale på gangen med projektleder, januar 2015).

Der foreligger ikke tilstrækkelig data til at konkludere, om der er sket en ændring i vilkår og rammer for brugerinddragelse, men de samlede interviews og observationer viser, at FCN har en særdeles god kultur for at arbejde brugerinddragende.

Hvad betyder uddannelsen af lokale inddragelsespiloter?

Hvad synes inddragelsespiloterne om uddannelses – hvad har det givet?

"Vi synes det har været en fin introduktion til feltet og meget vigtigt, at vi har fået mulighed for at tage udgangspunkt i vores egen praksis og erfaringer. Selvfølgelig kunne man have fordybet sig mere, men vi havde ikke tiden alligevel. Så vigtigt, at det var overkommeligt.

Selvom det måske ikke var hensigten fra starten, har det givet god mening, at vi fik en fælles intro for hele personalegruppen, og at pointerne fra disse oplæg blev gentaget i vores intensive uddannelsesforløb. Så var vi allerede sporet lidt ind. Det er så også de pointer, at vi skal grave frem igen, når vi skal have introduceret vores kolleger. Så igen – godt med overkommeligt materiale og gentagelse.

Uddannelsen har givet os en fælles forståelse af hvad brugerinddragelse er og hvad det bidrager med. Det har også givet os mulighed for at snakke om egen praksis og bidrage med de forskellige kompetencer vi har – til et fælles bedre".

Hvordan er det ikke at være bundet af spørgeskemaet?

"Først og fremmest er metoden ikke ekskluderende ifht. sprogkunderskaber. Den kan også fungere fint med tolk, hvilket spørgeskemaet er mindre velegnet til. Spørgeskemaet kan opleves mere forhørsagtigt, selvom vi gør vores bedste for at det ikke bliver det.

Vi oplever i højere grad, at det bliver en samtale på borgerens præmisser med udgangspunkt i de emner, der optager dem. Men kortene hjælper også til at sætte rammen for de områder, vi gerne vil (har pligt til) at bringe på banen. Det giver basis for en mere åben dialog og det gør det let at skabe tillid.

Vi oplever også, at det kan være lettere for borgeren at "lægge problemet frem på bordet" i form af at enten borger selv eller vi peger på et billede. De [brugerne] vender oftere selv tilbage til et emne, hopper videre til et emne eller husker noget, de også gerne vil tale om, inspireret af kortene".

Delkonklusion

Selv om det ikke er muligt, på baggrund af ovenstående, at komme med generelle konklusioner, så tegner den kvalitative evaluering et positivt billede af projektets outcome, både hvad angår tilfredshed hos brugerne og styrkelse af en arbejdskultur for brugerinddragelse. På baggrund heraf anbefaler projektledelsen, at man implementerer den nye samtaleform med kort som fast del af de indledende samtaler. Projektledelsen anbefaler også at metoden implementeres på de resterende forebyggelsescentre, men at der forud for implementeringen foregår en proces a la de tre workshops, der har været afholdt på FCN. Vi ved nu, at det er mindst lige så vigtigt at inddrage de som skal inddrage brugerne i processen både i forhold til at få skabt ejerskab og for at få det resultat, der giver bedst mening lokalt. Derudover vurderer projektledelsen, at der på FCN er momentum for at arbejde videre med brugerinddragelse, det være sig organisatorisk, individuelt eller ved inddragelse af pårørende. Hertil vil inddragelsespiloterne kunne spille en rolle i deres dobbelte indgang med viden om både brugerinddragelse og erfaringer som frontpersonale.

Refleksioner

Under både projektperiode og evaluering har projektledelsen gjort sig nogle refleksioner. Ud over de implementeringserfaringer som allerede er gængs viden– nye tiltag kræver ledelsesopbakning, prioritering, ejerskab osv.-, har vi gjort os overvejelser over særligt tre forhold:

- Brugerinddragelse er et følsomt emne. Det skal forstås sådan, at brugerinddragelse er et normativt og værdiladet ord, som derved også har et implicit moralsk imperativt, så det ikke at bekende sig til brugerinddragelse, kan tolkes negativt. Mange ansatte, i både primær-og sekundærsektoren, har også den opfattelse, at de allerede inddrager brugerne, hvilket gør, at nye forståelser og arbejdsgange kan tolkes som en kritik af det hidtidige. Et brugerinddragelsesprojekt kræver derfor en særlig indføling i forhold til hvordan og hvornår, der udvikles fælles forståelser og redskaber. Brugerinddragelse er en kulturændring. I henhold til ovenstående, skal brugerinddragelse ses som en ændring af en arbejdskultur. Den slags tager tid, og selvom det er velkendt i implementeringsteorier, at det tager tid at implementere nye tiltag og procedurer, ja så tager det at ændre en kultur om end endnu længere tid. Tid som ikke nødvendigvis skal afsættes, men som vil gå helt af sig selv. Det sker blandt andet ved, at lade der gå længere perioder mellem undervisning og workshops, sådan at den nye viden får lov at sætte sig og den enkelte over tid kan reflektere over, hvor og hvordan det giver mening at inddrage brugerne i netop hendes eller hans arbejde. Brugerinddragelse kræver inddragelse af alle og sker i trin. De som skal inddrage brugerne, skal også selv inddrages i processen. Implementering af brugerinddragelse er andet og mere end at interviewe en enkelt bruger en enkelt gang. Mens brugerne har forhåndsviden om det at være overvægtige eller kan have en eller flere kroniske sygdomme, så har de ansatte en faglig viden og en personlig erfaring som også bør bringes i spil. Begge parter kan bidrage med perspektiver og erfaringer, og ligesom at brugerne med fordel kan inddrages i alle dele af deres forløb (Coulter 2006), så vil det også være relevant at inddrage personalet.

7 anbefalinger når I skal styrke brugerinddragelsen

- Der skal skabes en fælles forståelse af, hvad brugerinddragelse betyder i den aktuelle kontekst
- Introducer medarbejderne til teorierne bag brugerinddragelse, men tag udgangspunkt i praksis og gør det relaterbart for den enkelte
- Fastlæg jeres mål med brugerinddragelsen og vælg metoder derefter
- Involver brugerne – både personale og borgere - i hele forløbet
- Understøt brugerne i at være involveret
- Vær åben – selv eksperter kan blive bedre
- Evaluer og vær klar til at gennemføre eventuelle ændringer

Referencer

Coulter A (2012). Patient Engagement – what works?. *J Ambul Care Manage* 2012;35:80-89

Coulter A & Ellins J (2006). *Patient-focused interventions – A review of evidence*, Picker Institute Europe and the health foundation, QQUIP – Quest for Quality and Improved Performance, London

Mainz J et al. (2011). *Kvalitetsudvikling i praksis*. Riiskjær E: kap 8: Brugerinvolvering. Munksgaard. København. ISBN: 9788762807143

Freil M & Knudsen JL (2009). Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet. *Ugeskrift for Læger* 2009;171(20):1663-1666

Fortin M et al. (2006). Psychological Distress and Multimorbidity in Primary care. *Ann. Fam. Med.* 4: 417-22

Jønsson et al. (2013) *Sundhedsprofessionelles forståelser af patientinddragelse*. En kvalitativ undersøgelse. København: ViBIS.

Mercer SW et al. (2012) Managing patients with mental and psysical multimorbidity, *BMJ* September 345

Ravenscroft EF (2008) *Patient Perspectives on Health Care System Navigation: the Chronic Illness Multi-Morbidity Experience*. Thesis, Faculty of Graduate Studies, The University of British Columbia

ViBIS (2015) <http://vibis.dk/hvad-er-et-beslutningsstoettevaerktoej>. Hentet 9. februar 2015

Bilag

Bilag A

Observationsguide Forebyggelsescenter Nørrebro

Direkte interaktion mellem ansat og bruger

Setting

- Hvilken type interaktion er der tale om (første konsultation, opfølgning/kontrol, afrundende samtale)?
- Hvordan er mødet (formelt møde, uformelt møde ml pt og behandler på gangen eller andet)?
- Hvor lang tid tager konsultationen/mødet?
- Hvilke elementer bliver drøftet og hvor lang tid bruges der på hver?
- Hvilke personer er til stede?

Verbal inddragelse

- Hvordan præsenterer den ansatte sig selv for brugeren?
- Hvad spørger den ansatte brugeren om?
- Hvad spørger den ansatte ikke om?
- Hvilke oplysninger givet af brugeren følger den ansatte op på, og hvordan bruges informationerne?

Non-verbal inddragelse

- Hvordan er den ansattes sprogstil (formel/ uformel), kropssprog, øjenkontakt, attitude?
- Hvordan er brugerens non-verbale reaktioner?

Inddragelse af brugerens viden når brugeren ikke er til stede

- Hvordan forbereder den ansatte sig på mødet med brugeren (læse journal, spørge kollegaer - hvis journalen gennemlæses, spørg den ansatte hvilke informationer der lægges mest vægt på)
- Hvordan taler Forebyggelsescenterets ansatte sammen om brugeren, fx til møder eller i uformelle sammenhænge – bringes brugerens viden/ præferencer i spil? Hvis ja, hvordan og hvilke konsekvenser får dette for forløbet?

Vilkår der har indflydelse på mulighederne for brugerinddragelse

- Hvilke forskellige typer møder indgår den fulgte ansatte i?
- Hvordan bruges forskellig teknologi på afdelingen? Hvordan indvirker dette på den ansattes kommunikation med brugerne?

- Hvordan er tidspresset (lavt, højt, svingende) og italesættes dette personalet imellem? Indvirker dette på kommunikation og interaktion mellem ansat og bruger?
- Er der oplagte muligheder for at inddrage brugere som ikke udnyttes? I så fald, er det de ansatte eller brugerne som ikke ser/ bruger disse muligheder (fx brugeren giver oplysninger til observatør eller andre brugere, som de ikke fortæller under samtaler og lignende med de ansatte)

Bilag B

Interviewguide til individuelle interview med brugere

Velkommen og tak fordi du har taget dig tid og har lyst til at deltage i dette interview. Interviewet vil vare 30-45 minutter.

Før vi starter interviewet, vil jeg lige kort præsentere mig selv og formålet med det projekt som interviewet skal bruges til.

Jeg hedder XX, jeg arbejder for Danske Patienter, som er en paraplyorganisation for patientforeninger i Danmark. Vi er sammen med Københavns Kommune i gang med at afdække sundhedsrådgiveres oplevelse af og vilkår for brugerinddragelse, samt brugernes oplevelse af og ønsker til brugerinddragelse på Københavns kommunes forebyggelsescentre.

Så jeg er her for at høre om din forståelse af brugerinddragelse; hvad du tænker brugerinddragelse egentlig er, hvordan du har oplevet det i dit forløb og hvilke udfordringer der kan være.

Spørgsmålene kan måske virke indlysende for dig, men det er fordi, jeg er interesseret i din viden og den måde du forstår det på. Der er ikke nogle rigtige eller forkerte svar, bare svar det du selv synes.

Har du nogle spørgsmål til det jeg har sagt indtil videre?

Så vil jeg høre om det er i orden med dig at jeg optager interviewet på diktafon? Det er for, at vi kan sikre os at ingen detaljer bliver glemt og at det er din ordrette formulering og ikke min fortolkning af det, som er grundlaget for vores undersøgelse.

Interviewet er naturligvis fuldstændig anonymt. Vi er ikke interesseret i enkeltpersoner, men i de forskellige perspektiver og oplevelser af inddragelse. I den rapport vi udarbejder, vil vi bruge enkelte citater fra interviewene, men med fiktive navne og ingen personlige oplysninger som kan identificere dig.

Ok? Så starter vi interviewet.

Vi skal belyse følgende:	Spørgsmål:
Deltageren – KORT!	For at holde styr på interviewene vil jeg gerne til internt brug, bede om: <ul style="list-style-type: none">• Navn• Alder• Uddannelse• Hvilket forløb og hvor langt er du
BEHOV	<ul style="list-style-type: none">• Hvad har du behov for ift din sygdom(me)
DIT FORLØB	<ul style="list-style-type: none">• Hvad laver du i dit forløb – hvilke hold følger du• Hvilke ansatte, hvor mange er i,• Hvad kan du godt li

	<ul style="list-style-type: none"> • Hvad kan du ikke li • Passer det ind i din hverdag? Kost, transport osv
DIN START	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan hørte du om centeret • Hvad tænkte du inden du skulle til første samtale • Hvordan var den første samtale • Hvad talte I om, hvem var det med, var der noget du ikke kunne svare på, var der nogle spørgsmål du synes var underlige,
DINE ØNSKER	<ul style="list-style-type: none"> • Er der noget du godt kunne tænke dig mere fra centeret?
INDDRAGELSE	<ul style="list-style-type: none"> • Ved du hvad brugerinddragelse er? • Spørger de ansatte om hvad du har lyst til og hvad der passer dig • Tager de hensyn til dit liv og din dagligdag? • Hvem har bestemt dit forløb
<i>Afslutning og opsamling på eventuelle løse ender</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Har du øvrige kommentarer, bemærkninger? Noget du synes der mangler, noget du gerne vil uddybe
Afrunding og tak	<p>Tusind tak for din deltagelse.</p> <p>Hvis du efterfølgende kommer i tanke om noget du gerne vil tilføje, har nogle spørgsmål eller andet, så er du mere end velkomne til at kontakte mig.</p> <p>Giv kontaktoplysninger.</p>

Bilag C

Program, workshop 2, 11. marts 2014, 14-16

14-14.15 Velkomst v. Birgitte

Introduktion til dagen & baggrund for projektet

14.15-14.45 Hvad har vi set? Projektets resultater v. Alexandra^a

- *Hvad er Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet*

- *Kvalitative forskningsdesign – fordele og ulemper*

- *Projektets resultater*

14.45-14.55 Spørgsmål og refleksioner

14.55-15.30 Hvad er brugerinddragelse og hvad er fælles beslutningstagning? v. Annette^b

Præsentation af nyeste forskning inden for området, validerede metoder og outcome

15.30-15.35 Spørgsmål og refleksioner

15.35-15.55 Mulige redskaber til fælles beslutningstagning v. Alexandra

15.55-16 Afrunding v. Birgitte

^aAlexandra B. Ryborg Jønsson, projektleder, Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet og Danske Patienter

^bAnnette Wandel, chef for politik og kvalitet, Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet og Danske Patienter



Program, workshop 2, 25. marts 2014, 14-16

- Hvad er problemet
- Summegrupper – kan I genkende det?
- Hvordan kan vi løse det – ideer
- Summegrupper
- Næste skridt