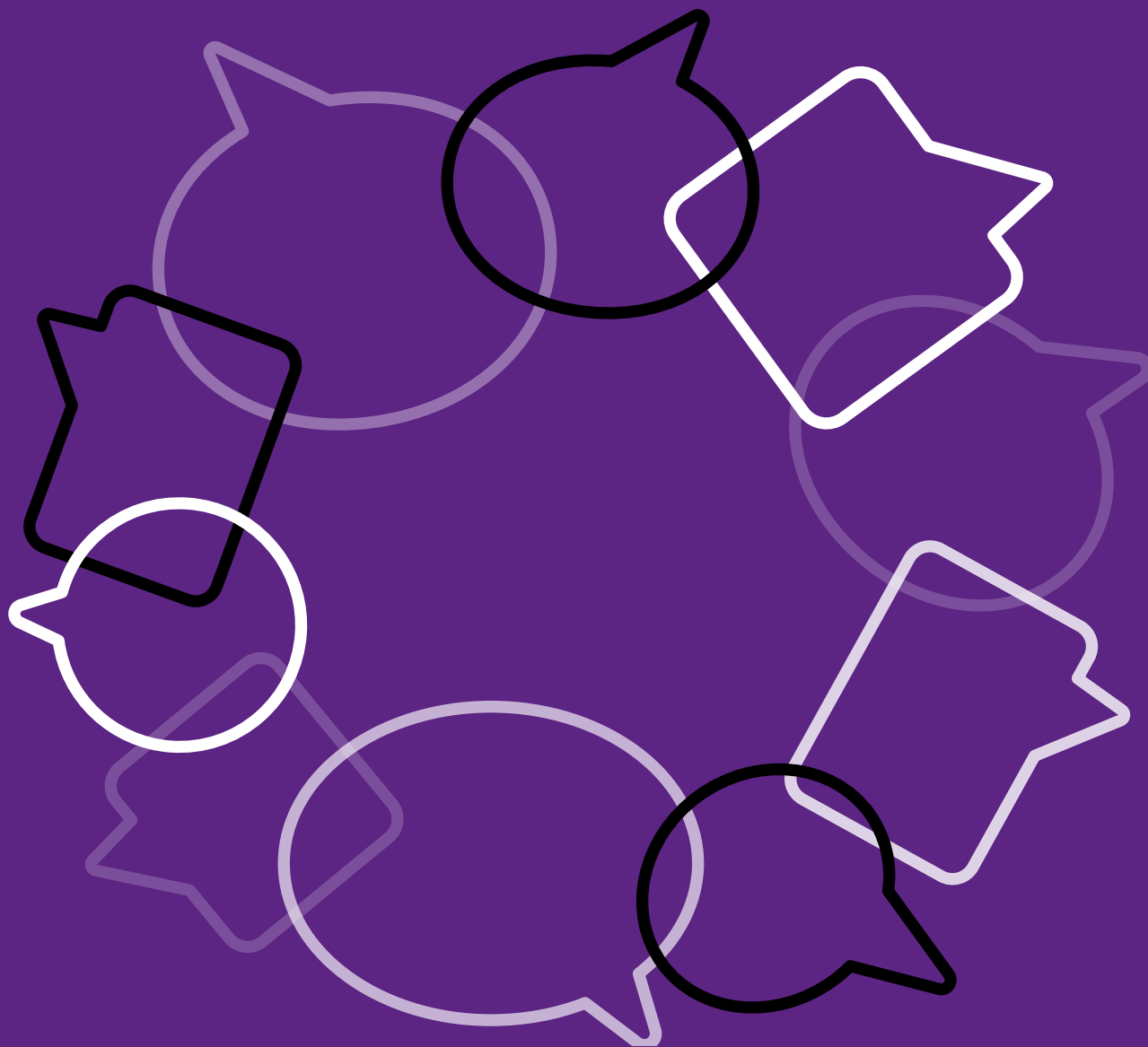


Ledelse af *borgerinddragelse*



Erfaringer fra sundhedsområdet

Indhold

Forord	3
Borgerinddragelse i sundhedsvæsenet	4
De 15 undersøgte cases	6
TRE VIGTIGE LEDELSESOPGAVER	9
1. Den strategiske forståelse	
At forstå, hvad god borgerinddragelse er, og hvad man kan opnå med den.	10
2. Det fælles engagement	
At skabe engagement og ejerskab til borger- inddragelsen blandt medarbejderne.	14
3. Den tværgående ledelse	
At lede indsatsen for borgerinddragelse, når den går på tværs af fag, afdelinger og/eller sektorer.	18
KOM GODT I GANG – SYV SPØRGSMÅL OG SVAR	22
BORGERINDDRAGELSE I PRAKSIS	
<i>Tværasektoriel case</i> – Randers: Borgernes perspektiv gav os et fælles mål	24
<i>Regional case</i> – Aalborg: Patienternes feedback er vores vigtigste data	26
<i>Kommunal case</i> – Guldborgsund: Alle borgergrupper kan inddrages	28
Læs videre ...	30

Ledelse af borgerinddragelse

Erfaringer fra sundhedsområdet

© Væksthus for Ledelse 2019

Projektgruppe:

Kirstine Hougaard, KL

Clemens Ørnstrup Etzerodt/ Susanne

Østergaard, Danske Regioner

Bodil Sørensen, DSR

Redaktion:

Ola Jørgensen, Klartekst

Grafisk design: Karen Krarup

Tryk: KLS Pureprint

ISBN: 978-87-93668-86-7

978-87-93668-87-4-pdf



SILVER
PurePrint® by KLS
Produced 100% biobased ink
at KLS Pureprint A/S

Forord

Decentrale ledere i sundhedssektoren i både kommuner og regioner står med den vigtige opgave at inddrage borgere og pårørende i samarbejdet om at løse og udvikle velfærdsopgaverne.

Forskning viser, at god borgerinddragelse fører til bedre behandlingsresultater, større patientsikkerhed og mere tilfredse patienter. Velinformerede borgere forventer i stigende grad at blive taget alvorligt og med på råd. Og der er også politisk og styringsmæssigt stærkt fokus på kerneopgaven, det vil sige den værdi, sundhedsvæsenet skal skabe for borgerne.

Tanken om at sætte patienten eller borgeren i centrum er bestemt ikke ny. De fleste regioner og kommuner arbejder allerede med at bruge borgernes viden, perspektiv og ressourcer mere aktivt. Men potentialerne på området er langt fra udtømte, og der ligger en betydelig opgave i at få borgerinddragelse til at fungere godt i praksis – såvel i den enkelte sektor som på tværs af kommunale og regionale tilbud.

Dét er ikke kun et spørgsmål om rammer og strukturer. Den enkelte leder i kommunernes og regionernes sundhedstilbud har også et betydeligt spillerum til at tage egne initiativer – hver for sig og sammen.

Det er baggrunden for dette projekt, som har undersøgt erfaringerne fra 15 meget forskellige eksempler på borgerinddragelse. I denne publikation præsenteres de vigtigste resultater – med særlig fokus på førstelinjelederens opgaver og udfordringer.

Projektets formål er således at inspirere flere decentrale ledere til at arbejde med borgerinddragelse og måske styrke indsatsen for dem, der allerede er i gang.

Publikationen henvender sig primært til ledere af medarbejdere på sundhedsområdet i kommuner og regioner, men også ledere på højere niveau og i andre velfærdsområder kan læse med, for borgerinddragelsen har eller får ofte betydning bredere i organisationen. Desuden vil erfaringerne fra sundhedssektoren måske kunne inspirere ledere, der arbejder med borgerinddragelse på andre områder.

Vi vil gerne benytte lejligheden til at takke de mange ledere, der har delt ud af deres erfaringer, så andre kan få glæde af dem.

Væksthus for Ledelse

Solvejg Schultz Jakobsen, KL
Formand

Bodil Otto, Forhandlingsfællesskabet
Næstformand

Borgerinddragelse i sundhedsvæsenet

Politisk og styringsmæssigt er der kommet stærkt fokus på kerneopgaven og den værdi, det offentlige skaber for og med borgerne. Ét blandt mange nyere eksempler på dette er Ledelseskommisionen (2018), der anbefaler offentlige ledere at sætte borgeren i centrum, ved blandt andet:

- At sikre, at værdiskabelsen for borgere og samfundet er det centrale omdrejningspunkt for organisationen.
- At sikre, at borgerorienteringen er så stærk, at medarbejderne udlever den i deres daglige arbejde.
- At skabe klare og sammenhængende forløb på tværs af relevante enheder til gavn for borgerne.
- At tænke borger og det omkringliggende samfund ind som aktive partnere i opgaveløsningen.

Ifølge Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) er det da også veldokumenteret, at god inddragelse af patienter og pårørende blandt andet fører til en bedre indretning af sundhedsvæsenet, større patientsikkerhed og mere tilfredshed samt livskvalitet hos patienterne.

Nærværende undersøgelse kan ikke sige noget om de typiske gevinster ved borgerinddragelse, eller om de står mål med indsatsen. De 15 eksempler er udvalgt, netop fordi de har gode erfaringer med inddragelsen. Ud fra dem kan man i stedet udlede, hvad der ud fra et ledelsesperspektiv er almindelige udfordringer og vigtige forudsætninger for succes. Læs mere i faktaboksen *Sådan er projektet gennemført*.

ET BREDT BEGREB

Borgerinddragelse er et bredt begreb, som defineres lidt forskelligt i forskellige teoretiske traditioner. Nogle taler om samskabelse, andre om samproduktion. Nogle skelner mellem deltagelse og involvering. Andre differentierer metoderne ud fra deres formål. Vi har i denne undersøgelse pragmatisk valgt at tage afsæt i definitionen fra ViBIS, Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet:

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

Borger/bruger betegner her en person, der benytter sig af regionernes og kommunernes sundhedsydelser. Det kan også omfatte pårørende til personer med sygdom.

Man kan, som det fremgår af definitionen, skelne mellem to hovedtyper af inddragelse:

- Individuel inddragelse, hvor den enkelte borger inddrages i sit eget forløb.
- Organisatorisk inddragelse, hvor borgere eller grupper af borgere inddrages i at udvikle sundhedsløsningerne.

Også her læner vi os op ad ViBIS' definitioner:

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

I disse definitioner omfatter "brugere af sundhedsvæsenet" både patienter/borgere og pårørende. "Brugerrepræsentanter" kan være brugere med egne erfaringer eller repræsentanter, der har særlig viden om grupper af brugere.

Begge typer af inddragelse er rigt repræsenteret i de 15 undersøgte cases. Ofte udspringer projekterne af én af typerne, men udvikler sig til at omfatte dem begge. De interviewede ledere skelner typisk ikke skarpt mellem dem, og ud fra interviewene er indtrykket, at de vigtigste, overordnede ledelsesopgaver i store træk er de samme i de to inddragelsesformer. Derfor skelner vi i det følgende kun mellem dem, når de adskiller sig væsentligt fra hinanden.

Sådan er projektet gennemført

Projektet bygger på casestudier af 15 arbejdspladser, der er udvalgt, fordi de har særligt gode erfaringer med borgerinddragelse. Casestudierne er primært gennemført som grundige interview med de ansvarlige ledere – suppleret med relevant skriftlig dokumentation. Målet med interviewene har været at afdække, hvad borgerinddragelsen har bestået i, de udfordringer, det har givet, og de gevinster, der er opnået; det hele med ledelsesopgaven som det primære perspektiv.

Arbejdspladserne er udvalgt, fordi de har gjort sig positivt bemærket på området, fx på konferencer, eller fordi kommuner eller regioner har peget på dem som værende særligt succesfulde i at inddrage borgerne.

Da der er udvalgt succesfulde cases, kan undersøgelsen ikke sige noget om det typiske forløb ved borgerinddragelse, eller præcis hvilke gevinster der kan høstes. Den valgte metode giver mulighed for at pege på mulige gevinster og på de mest almindelige ledelsesopgaver og -udfordringer, der findes i selv vellykkede projekter, og som derfor må forventes at være alment relevante. Samtidig kan der gives eksempler på, hvordan opgaverne kan tackles.

I tolkningen af casestudierne har vi således ledt efter fællestræk i ledelsesopgaverne på tværs af i øvrigt meget forskellige kontekster, og det har vist sig, at ledelsesopgaven i forbindelse med borgerinddragelse har mange fælles kendetegn, uanset hvor og hvordan den foregår.

Alle medvirkende har haft mulighed for at godkende citater og eksempler fra deres egne arbejdspladser. Ansvar for den samlede tolkning er selvfølgelig projektgruppens.

De 15 undersøgte cases

Projektet har via interview undersøgt erfaringerne med borgerinddragelse i følgende 15 cases fra henholdsvis den regionale og kommunale del af sundhedsvæsenet og fra samarbejder mellem dem. På dette opslag præsenteres i helt kort form hovedindholdet i hver case. Tre af casene uddybes på side 24-29.

REGIONALE CASES

Aalborg, Sygehus Nord, Gynækologisk Afdeling

Har brugt spørgeskemaer (fx LUP) til at indsamle viden om patienternes oplevelse af deres forløb og brugt svarene til at identificere forbedringspotentialer. Det har blandt andet ført til optimeret ventetid og et ændret indhold i stuegangen. Der er desuden skabt en læringskultur, hvor man løbende arbejder med at bringe patienternes erfaringer i spil.

Læs mere om erfaringerne på side 26

Aarhus Universitetshospital, Fysio- og Ergoterapi

Har via en række fokusgruppeinterview og individuelle patientinterview afdækket, at patienterne manglede understøttende skriftlig information. I dag er der øget fokus på at involvere patienterne tidligt – også i beslutningen om behandlingsforløbet. Arbejdsgange og bookingprocesser er ændret, og der udvikles ikke længere informationsmateriale uden at spørge borgerne om dets værdi.

Aarhus Universitetshospital, Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler

Har brugt en række forskellige interviewmetoder til at forstå kvindernes oplevelser af fx indlæggelse og hjemmemonitorering. Det er blevet brugt til intern formidling og til at pege på udviklingspotentialer og bedre arbejdsgange. Det har ført til mere enkle konsultationer, mindre spildtid for den gravide, ændret arbejdsdeling med jordemoderpraksis samt væsentlig kortere indlæggelser for gravide med tidlig vandafgang.

Aarhus Universitetshospital, Hjerne- og Rygkirurgisk Klinik

Har haft årlige brugerdialoger, hvor forskellige patientgrupper fortæller om deres oplevelser og ønsker. Som følge heraf informeres borgerne nu tidligere og mere relevant om såvel operation som det videre forløb. For visse grupper er de faste kontroller blevet mere behovsbestemte, og patienterne har generelt fået flere valgmuligheder i tillæg til det standardiserede patientforløb.

Sydvestjysk Sygehus, Fælles Akut Modtagelse (FAM)

Har ved etableringen af FAM fået et patientpanel til at bidrage med ideer til den nye indretning. Det er en del af hele FAM-konceptet at få flyttet en del af kontorarbejdet ud på stuerne, så det er lettere at inddrage patienterne. Der er desuden etableret tavler på hver stue, så patienten kan se sin kontaktperson, behandlingsplan og næste aktivitet. Patienterne opfordres også til at bruge disse tavler til at kommentere deres forløb.

Rigshospitalet, Glostrup, Videncenter for Reumatologi og Rygsygdomme

Inddrager patienter i større udviklingsprojekter, fx i styregrupper, på temadage eller via fokusgruppeinterview. Inddragelsen har givet nye ideer, hvoraf nogle er blevet styrende for fx etableringen af "åbent ambulatorium". Der er ændret arbejdsgange, og hyppigheden af konsultationer er blevet mere behovsbestemt – med mulighed for hurtig adgang til supplerende samtaler efter behov.

Nordsjællands Hospital, Lunge- og Infektionsmedicinsk Afdeling

Bruger patienter og pårørende til at give feedback og ideer til forbedringer i samspillet med hospitalet. Rutinekontroller er gjort mere behovsstyrede, og ved konsultationerne er måling af hårde sundhedsdata suppleret med en mere åben dialog om patientens behov og handlemuligheder. Det har øget både patienters og medarbejders tilfredshed.

Sygehus Sønderjylland, Akutmodtagelsen

Har taget afsæt i Trygfondens årlige "Hvad er vigtigt for dig?-dag" – og ladet dagens udsagn og forbedringsforslag indgå i kvalitetsarbejde og handleplaner. Desuden er tidligere patienter inviteret og interviewet på personalemøder. Det har i dagligdagen og fx i kompetenceudvikling skabt mere fokus på, hvad der giver værdi for den enkelte patient, og styrket opmærksomheden om patienternes behov for information og diskretion.

KOMMUNALE CASES

Esbjerg Kommune, Patient- og Borgerrettet Forebyggelse

Henviste borgere med fx KOL, diabetes, cancer, overvægt eller hjertesygdomme kommer til samtale med en koordinator om, hvilken indsats der er brug for, og hvordan de selv kan håndtere deres situation. På den måde bliver der afstemt forventninger til både egen og sundhedsvæsenets indsats – og skabt klarhed over behovet for koordination. I den mere borgerrettede forebyggelse indgår en lang række forebyggende aktiviteter for ikkevisiterede borgere, fx i forhold til unges mentale sundhed, unges rygning og ældres aktiviteter.

Svendborg Kommune, Sundhedshuset

Har sat fokus på, hvordan de bedst kan guide den enkelte til den rette hjælp fra Sundhedshuset. En række helt nye metoder til formålet er blevet udviklet og siden evalueret af borgere via spørgeskemaer og interview. Det har skabt en mere systematisk måde at inddrage borgerne på – både i den tidlige information og den løbende fælles refleksion over, hvordan det går i forhold til de opstillede mål, og hvad der skal være næste skridt.

Guldborgsund Kommune, Center for Sundhed og Omsorg

Har i et stort partnerskabsprojekt interviewet og fulgt 200 borgere med gentagne indlæggelser, der ikke førte til holdbare løsninger. Det har givet stor indsigt i disse borgeres udfordringer i mødet med social- og sundhedsvæsenet. Der er nu oprettet et team af forløbspartnere, der støtter særligt udsatte borgere i at afklare deres behov, ressourcer og præferencer. Interventionen har givet særdeles positive resultater – uden at øge de samlede omkostninger.

Læs mere om erfaringerne på side 28

Lolland Kommune, Center for Støtte og Vejledning

Har brugt og videreudviklet metoden fra "Sammen Om Min Vej" (Se Guldborgsund Kommune ovenfor) i indsatsen for socialt udsatte borgere og misbrugere, hvis komplekse problemer ofte fører til gentagne indlæggelser. Indsatsen hedder ROK, der står for Rehabilitering – Overblik – Koordination. To koordinerende medarbejdere uden myndighedsrolle prøver i åben dialog med borgerne at lægge en realistisk, helhedsorienteret plan for at få borgeren godt videre i livet og forebygge indlæggelser. De foreløbige erfaringer viser, at det tillidsfulde samarbejde med den udsatte borger er meget vigtigt for at opnå resultater.



CASES PÅ TVÆRS AF REGION OG KOMMUNE

Aalborg Universitetshospital, Ortopædkirurgisk Afdeling, Hjørring + Hjørring Kommune, Myndighed Ældre og Hjæl- pemidler

Har i fællesskab afholdt tre borgermøder for benamputerede patienter og deres pårørende samt en tværfaglig gruppe fra både region og kommune. Det har ført til en lang række forbedringer. Patienter får mere brugbar information om, hvem der kan hjælpe dem. Hospitalsafdelingen har ansat en patientrepræsentant ni timer ugentligt, og der er blevet udarbejdet kliniske retningslinjer og udnævnt en specialeansvarlig overlæge på feltet.

Regionshospitalet Randers, Sengeafsnit for Nyfødte + Randers Kommune, Sundhedsplejen

Der er afholdt en workshop for forældre med for tidligt fødte børn, som senere er fulgt op af årlige interview med forældre. I dag er familiernes behov kommet i centrum, de interviewes altid ved indlæggelse, og der er etableret familieværksteder. Nøglepersoner på tværs af sektorer holder kvartalsvise audits om bl.a. klagesager og genindlæggelser. Antallet af liggedage er faldet, og familierne kan i højere grad forblive samlet i forløbet.

Læs mere om erfaringerne på side 24

Sydvestjysk Sygehus, FAM (Fælles Akut Modtagelse) + Esbjerg Kommune, Akutteam

Et patientpanel fortalte på en temadag om deres utryghed i overgangen mellem sektorerne. Det førte til etableringen af et tværsektorielt akutteam for komplekse patienter. Der er lavet nyt informationsmateriale, indgået samarbejdsaftaler, udarbejdet faglige instrukser, opkvalificeret medarbejdere, ændret vagtplaner – og nedbrudt fordomme. Det har ført til bedre overgange ifølge de patienter, der er blevet interviewet om deres forløb.

Tre vigtige ledelsesopgaver

En tværgående analyse af de 15 cases viser, at især følgende tre ledelsesopgaver går igen:

1. DEN STRATEGISKE FORSTÅELSE – det vil sige at forstå, hvad god borgerinddragelse er, og hvad man kan opnå med den.



2. DET FÆLLES ENGAGEMENT – det vil sige at skabe engagement og ejerskab til borgerinddragelsen blandt medarbejderne.



3. DEN TVÆRGÅENDE LEDELSE – det vil sige at lede indsatsen for borgerinddragelse, når den går på tværs af fag, afdelinger eller sektorer.



I det følgende gennemgås hver af disse tre ledelsesudfordringer med fokus på:

- **Udfordringen:** Hvori består ledelsesudfordringen, og hvorfor er den vigtig?
- **Typiske vanskeligheder:** Hvorfor og hvordan kan det være svært? Hvor skal man som leder virkelig kæmpe for sagen?
- **Løsninger:** To eksempler på, hvordan lederne i de udvalgte cases har oplevet og håndteret udfordringen i praksis.

1. Den strategiske forståelse

At forstå, hvad god borgerinddragelse er, og hvad man kan opnå med den.



At "inddrage borgeren", "sætte patienten i centrum" eller "arbejde helhedsorienteret med kerneopgaven" kan lyde så velkendt og selvfølgeligt, at man som leder overser eller undervurderer, hvad det egentlig indebærer at tage det alvorligt. Men der er brug for tidligt at reflektere over, hvad der egentlig ligger i borgerinddragelse, hvilket formål den skal tjene, hvor omfattende den skal være, og hvilken betydning den vil få for hverdagens opgaveløsning.

De fleste af de interviewede ledere giver således udtryk for, at både de selv og medarbejderne *inden de gik i gang* mente, at de da allerede inddrog borgerne – eller i det mindste havde en ret god fornemmelse af deres perspektiv, behov og ønsker. Senere har mange af lederne erkendt, at det langt fra var tilfældet.

"Vi troede da, at vi vidste nogenlunde, hvad patienten havde brug for, men når vi spørger, lytter og går i dialog, viser det sig, at det er noget helt andet, der er vigtigt for dem," lyder en typisk eftertanke.

En anden siger:

"Jeg bliver stadig overrasket over patienternes udsagn, og hvad de oplever og undrer sig over. Hvorfor har jeg ikke selv tænkt det? Ofte er det lige til højrebent at ændre organisationen i forhold til patienternes ønsker og behov, men nogle gange får man bare ikke øje på det selv."

Derfor er den første ledelsesudfordring at tænke borgerinddragelsen ordentligt og strategisk igennem: Hvad er det? Hvorfor skal vi gøre det? Hvad vil det kræve af os? Det handler i første omgang om lederens egen analyse og refleksion, men dialogen kan og bør hurtigt inkludere medarbejdere, samarbejdspartnere – og borgere.

I håndteringen af denne ledelsesudfordring vil man som leder ofte støde på følgende to vanskeligheder:

1. Borgerinddragelse kan være mange ting.
2. Borgerperspektivet kan udfordre faglige vaner.

1. Borgerinddragelse kan være mange ting

Borgerinddragelse kan betyde og være mange ting. Den kan som nævnt være individuel eller organisatorisk – eller begge dele. Den kan omfatte et helt patientforløb eller en del af det. Og graden af involvering kan spænde fra grundig indledende dialog om forventninger til efterfølgende tilfredshedsmålninger.

Der kan også være mange (samtidige) formål med og potentielle gevinster ved borgerinddragelse, fx:

- at det giver mening for borgeren
- at det højner og udvikler fagligheden
- at det giver bedre behandlingsresultater
- at det bidrager til at udvikle nye innovative løsninger
- at det styrker den organisatoriske sammenhæng
- at det sparer ressourcer
- at det bidrager til arbejdsglæde og trivsel.

Derfor kan man som leder ikke nøjes med at foreslå "borgerinddragelse". Typen og graden af involvering og formålet med den kan have stor betydning for kerneopgaven, og man er nødt til at afklare begreber og afstemme forventninger med sine medarbejdere, de involverede faggrupper og andre samarbejdspartnere, så alle har et nogenlunde fælles billede af borgerinddragelsens "hvad, hvorfor, hvordan og hvor meget".

Lederne i undersøgelsen formulerer dette på mange måder:

"Der skal være en ensartet forståelse af, hvad det vil sige at arbejde både borgerinddragende og helhedsorienteret – hvad mener vi, når vi bruger de begreber? Og hvordan sikrer man som leder, at de rette forståelser når helt ud til medarbejderne?"

"Man skal som leder hele tiden italesætte, hvorfor vi gør det, og holde fast, ellers bliver det let nedprioriteret."

"Det allervigtigste for os som mellemledere har været, at vi på tværs har kunnet opstille et fælles mål, som vi har fået hele organisationens opbakning til at forfølge."

Denne indledende afklaring er særlig vigtig i lyset af de følgende vanskeligheder, der handler om, at borgerinddragelsen ofte griber mere ind i vaner og hverdag, end man forestiller sig på forhånd.

2. Borgerperspektivet kan udfordre faglige vaner

Den regionale del af sundhedsvæsenet er opbygget med højt specialiserede og målrettede tilbud, effektiv drift og en lang tradition for, at dygtige fagprofessionelle ved, hvad patienter med bestemte sygdomme har brug for. Ifølge en leder kan borgerinddragelse derfor opleves som en slags forstyrrelse af en etableret orden:

"Den største ledelsesmæssige udfordring har været, at patienten er endnu en vigtig medspiller, der skal tages i ed. Det er selvfølgelig nemmere, når man kun har sundhedsprofessionelle med om bordet. Patienten kan have forventninger fra et helt andet perspektiv, som ikke nødvendigvis passer ind i det, man som fagprofessionel synes, er det bedste."

I det kommunale sundhedsvæsen er borgerne tidligere i høj grad blevet visiteret til standardiserede tilbud, men med de senere års fokus på rehabilitering er der nu lagt mere vægt på at inddrage borgernes individuelle perspektiv og ressourcer.

Så selv om der er både nuancer og bevægelse i billedet, har perspektivet i sundhedsvæsenet som helhed lidt groft sagt været at give borgere og patienter den behandling, fagfolk ud fra gældende faglige standarder mente, var bedst for dem.

Borgerinddragelse i sundhedsvæsenet handler ikke om at kassere de fagprofessionelle perspektiver på sundhed og sygdom, men om at udvide det til at være mere helhedsorienteret, så patientens mening, oplevelser og ønsker kan spille en større rolle, og så forskellige fagligheder samarbejder om, hvad der er bedst for patienten.

Det betyder, at man som leder skal håndtere, at der kan være flere perspektiver, hensyn og faglige rationaler på spil i de forløb, man har ansvaret for. To ledere formulerer det sådan her:

"Vores kultur har ændret sig. Fra at vi har været optaget af vores egen faglighed: Er det her spændende for os? Til at se på, hvad der skaber værdi for vores borgere. Det har grundlæggende ændret vores relation til og kommunikation med borgerne."

"Jeg har lært at være mere sproglig bevidst, når vi taler om borgerinddragelse til daglig. Jeg prøver at dreje fokus fra den enkelte faglighed i retning af den fælles kerneopgave: at borgeren skal have den enkleste vej."

Udfordringen kan ligge i, at udvidelsen af perspektivet af nogle medarbejdere opleves som utrygt – 'hvad skal vi nu gøre?' – eller som en kritik af det, de hidtil har leveret. Som leder kræver det derfor dyb respekt og lydhørhed – ikke kun for borgernes ønsker, men også for, hvordan medarbejdere og ledere i forskellige faggrupper og sektorer ser den fælles opgave.

"Det er udfordrende at arbejde med borgerinddragelse, når vi også på ledelsesniveau har forskellige faglige baggrunde og forforståelser. Mener vi overhovedet det samme, når vi taler om sundhed? Betyder helhedsorienteret det samme, når man fx er ledende oversygeplejerske fra psykiatrien og centerchef på ældreområdet?", spørger en leder.



Jeg bliver stadig overrasket over patienternes udsagn, og hvad de oplever og undrer sig over. Hvorfor har jeg ikke selv tænkt det?

Hjælp os med vores vigtigste problem

Først da sundhedsvæsenets professionelle gik i dialog med benamputerede patienter og deres pårørende, forstod de deres behov for støtte.

Som fagperson på et område kan man godt tro, at man kender sine borgeres behov, fx for information. Men erfaringer fra et forløb i Region Nordjylland viser, at man risikerer at løse de forkerte problemer, hvis ikke man spørger borgerne, hvad der er vigtigst for dem.

Da Hjørring Kommune og Aalborg Universitetshospital samlede en gruppe benamputerede patienter og deres pårørende til et dialogmøde, troede hospitalets fagfolk, at mødet skulle handle om forløbet på hospitalet, og at borgerne måske ønskede sig en patientansvarlig læge e.l. Kommunens medarbejdere forventede tilsvarende feedback om, hvad de mon kunne forbedre i pleje og genoptræning, når patienten kom hjem.

**”
Borgerinddragelse består ikke i, at fagpersoner sætter sig og tænker over, hvordan de kan skabe bedre forløb for borgerne.**

Det viste sig, at det slet ikke var dét, der optog patienter og pårørende. Ingen af dem havde en finger at sætte på indlæggelse, hjemmepleje og sårpleje. Nej, problemet lå i, at patienter og pårørende oplevede det som en jungle at finde rundt i rettigheder og muligheder i forhold til hjælpemidler, job og pension. Kort sagt: Hvor skal vi henvende os for at få hjælp til at komme godt videre med vores liv?

Resultatet blev, at en tværfaglig arbejdsgruppe med repræsentanter for både hospital, kommune, patienter og pårørende arbejdede videre med flere tiltag. Et af dem var en informationspjece, der ikke som oprindelig forventet blev fyldt med faglige råd til benamputerede patienter, men derimod med kontaktoplysninger på alle de instanser, benamputerede patienter har brug for, når de kommer hjem. Pjecen er nu udarbejdet og tilpasset alle 11 kommuner i regionen og opdateres årligt.

Desuden blev der etableret et netværk, hvor benamputerede patienter og deres pårørende kan sparre og hjælpe hinanden med at navigere rundt i det offentlige system og andre relevante tilbud. Efter behov inviteres relevante fagpersoner ind i netværket, der får stadig flere medlemmer; hvert år er der cirka 100 nye benamputerede patienter i Region Nordjylland.

Sundhedsvæsenets parter oplevede i forløbet, at hver gang de gik i dialog med borgerne, gav det nye store ahaoplevelser. De understreger, at borgerinddragelse ikke består i, at fagpersoner sætter sig og tænker over, hvordan de kan skabe bedre forløb for borgerne. Det handler om i samspil med borgeren at få defineret de væsentlige udfordringer – og være sammen om at skabe løsninger. Borgerne skal derfor også helst være med i alle faser af udviklingen af nye tiltag, lyder erfaringen fra Nordjylland.

”Vi gør det jo allerede”

Medarbejderne vil gerne inddrage patienterne, men det kan være en barriere, at de tror, at de allerede gør det tilstrækkeligt, siger afdelingslederen.

På Neurokirurgisk Afdeling på Aarhus Universitetshospital har man siden 2015 beskæftiget sig med en række større udviklingsprojekter om borgerinddragelse. Et af dem handler om rygpatienter, der er blevet opereret højt i nakken. Det var fast praksis at ringe til patienterne efter henholdsvis én og otte uger. Men da medarbejderne oplevede, at mange patienter ikke helt forstod meningen med samtalerne, inviterede de tre-fire tidligere patienter til en dialog.

Det blev lidt af en øjenåbner for personalet på afdelingen.

”Patienterne havde slet ikke fokus på det, vi troede. Det, der optog dem, var angsten for at blive lam fra nakken og ned – og i den forbindelse usikkerheden om deres symptomer, når de blev udskrevet.”

Derfor begyndte man systematisk at spørge ind til, hvad der var den enkelte patients største bekymring, og det blev startskuddet til at ændre den måde, patienterne får information på – fra personale- til patientstyret information. I den information, patienterne får inden operationen, er der nu taget højde for patientens bekymringer, og den er inddelt efter de faser i behandlingsforløbet, patienten skal igennem.

Arbejdet har ikke været uden ledelsesmæssige udfordringer. En af dem har været, at mange medarbejdere syntes, at de allerede inddrog patienterne, ”så hvorfor disse nye tiltag?”

Derfor har lederen gjort meget ud af at begrunde og forklare borgerinddragelsen – og udfordre medarbejderne med konkrete spørgsmål i hverdagen: ”Hvad siger patienten? Hvad vil vedkommende helst selv? Har vi spurgt de pårørende?” osv.



”Jeg har arbejdet meget med at overvinde de psykologiske barrierer blandt medarbejderne, så vi kan inddrage patienterne i endnu højere grad. Mange tror, vi borgerinddrager rigtig meget, men det er ofte, at vi glemmer at gøre det ordentligt. Vi skal væk fra kun at arbejde ved eget skrivebord og ud til patienterne og udvikle sammen med dem. Vi kan sidde og tro, at vi ved bedst, men det gør vi sjældent. Hvad der er bedst for den enkelte, kan vi ikke tænke os til; derfor skal vi turde sætte vores faglighed på spil i en nysgerrig dialog. Og der skal jeg blandt andet betrygge medarbejderne i, at det er naturligt og ok at være i tvivl, når svarene ikke er givet på forhånd.”

2. Det fælles engagement



At skabe engagement og ejerskab til borgerinddragelsen blandt medarbejderne.

At arbejde med borgerinddragelse er en kulturforandring og kræver som sådan en god portion klassisk forandringsledelse. Man skal blandt andet formulere et tydeligt motiverende formål, involvere medarbejderne grundigt og tidligt samt håndtere forskellige former for usikkerhed, bekymring eller modstand, som forandringerne måtte udløse. En leder fortæller:

“Som leder gør jeg meget ud af at tale om det og ikke negligere de frustrationer eller bekymringer, personalet kan have. Jeg holder døren åben og giver mig tid til at tale med den enkelte om stort og småt for at spore dem ind på den nye måde at arbejde på”.

Som forandring betragtet har borgerinddragelse i sundhedsvesenet nogle kendetegn, der giver ledelsesudfordringen en særlig karakter. Dels kan perspektivet på opgaven skifte – fra de fagprofessionelles til borgerens – og det kan udfordre medarbejdernes faglige identitet og roller. Dels tilfører borgerinddragelsen næsten uundgåeligt opgaveløsningen et større element af uforudsigelighed, fordi der skal være plads til at tage borgerens ønsker alvorligt.

Når det gælder *individuel* borgerinddragelse, er medarbejderne således nødt til at kunne holde deres på forhånd fastlagte plan for borgerens videre forløb lidt tilbage, så borgeren kan få indflydelse på og blive inddraget i sit eget forløb. I den *organisatoriske* inddragelse skal medarbejderne tilsvarende vænne sig til at betragte borgernes måske kritiske feedback som en mulig kilde til forbedring – og derfor være ægte nysgerrige på deres oplevelser og ønsker.

Begge dele stiller krav til lederen om at klæde medarbejderne på til at indtage delvist nye roller – og om at være lydhør over for den usikkerhed, det kan give. Den generelle erfaring fra de interviewede ledere er, at i første omgang afføder borgerinddragelsen

blandt medarbejderne en vis skepsis, som imidlertid hurtigt bliver overvundet, når gevinsterne bliver tydelige.

“Hver gang, man lykkes med inddragelsen, og personalet får oplevelsen af, hvad det betyder for patienten eller borgeren, så bliver de vundet over og vil gerne endnu mere. Men de skal selv opleve og mærke, hvad det er for en effekt, det har,” fortæller en leder.

“Den største opgave er at få medarbejderne med på det første gang. Når først de har prøvet det én gang, har de mere mod på det. Som leder skal man håndtere medarbejdernes usikkerhed. Nogle er bange for ikke at kunne levere godt i de nye rammer, og så er det nemmere for dem at blive i de gamle,” forklarer en anden leder.

I håndteringen af denne ledelsesudfordring vil man som leder ofte støde på følgende to vanskeligheder:

1. Faglige identiteter og roller udfordres.
2. Opgaverne bliver mere uforudsigelige.

”

Man skal engagere medarbejderne i brugerinddragelsen ved at synliggøre, hvor meget det betyder for brugerne.

1. Faglige identiteter og roller udfordres

At arbejde borgerinddragende og helhedsorienteret er ikke kun en strategisk, organisatorisk omstilling. Det kan også være en psykologisk, næsten eksistentiel udfordring.

For medarbejderne skal turde træde ud af deres sikre faglige rutiner og ikke automatisk gøre, som de plejer. Dels skal de spørge, lytte og tale med borgeren på en ny måde. Dels skal de derefter overveje, hvordan de vil reagere på borgernes udsagn – med afsæt i deres faglige professionalismisme.

“Den største udfordring som leder er at få medarbejderne med. De er så fagligt dygtige og dedikerede, at det i nogle tilfælde kan gøre dem bedrevidende – på den dårlige måde: ‘Vi ved jo bedst, hvad der er godt for borgerne’. Min opgave er at hjælpe dem til at kunne vende kikkerten og se på egen praksis fra et andet perspektiv – uden at beklukke deres faglighed,” fortæller en leder.

Ledelsesmæssigt kræver det, at man får opbygget en tillid og tryghed blandt medarbejderne, så de ikke er bange for at forlade de præparerede løjper. Det kan være grænseoverskridende at skulle “sætte fagligheden på spil”, og som leder skal man derfor skubbe, støtte og motivere medarbejderne til at turde:

“Det har været en svær ændring i rollen – især for nogle af de sygeplejersker, der har været på afdelingen længe. Heller ikke de nyuddannede har i udgangspunktet fokus på borgernes perspektiv; de er typisk mere optaget af at lære sig det standardiserede forløb og kommer let til at lade sig styre af faste procedurer og glemme patientens ønsker,” oplever en leder.

Det kan også være en udfordring for medarbejderne, at nogle borgere synes at vide mere end dem. Det kan tage pusten fra nogle, at borgere stiller større krav og hele tiden er inde og søge på nettet på det, de har fået fortalt. Førhen stolede flere blindt på det, de fik at vide.

“Det kan godt skabe en vis modstand imod borgerinddragelse, at personalet bliver udfordret på deres profession. Det rører noget i mange, at de fx ikke har svar på alle spørgsmål fra patienter og pårørende. Det kan være ubehageligt at skulle vise, at man som fagprofessionel kan være sårbar og ikke nødvendigvis ved alt,” siger en leder.

Noget tilsvarende gælder, når man som en del af en organisatorisk borgerinddragelse gerne vil lytte til og lære af kritisk feedback eller direkte klager fra borgerne. Hvis ikke det bliver rammesat rigtigt, kan medarbejderne fortolke det sådan, at lederen lytter mere til borgerne end til dem – eller lader borgernes perspektiv overtrumfe fagligheden.

“Det er mit ledelsesansvar over for medarbejderne at holde fast i, at den slags ikke handler om at placere skyld og skam. Men at når vi inddrager patienterne – også de utilfredse – handler det om læring, om at der er noget i systemet, vi måske kan forbedre. Det er derfor, vi skal have fuldkommen åbenhed, når der sker fejl, eller der kommer klager,” forklarer en leder.

I det hele taget kan man som leder appellere til, at borgerinddragelse helt grundlæggende handler om at gøre det bedre for borgere og patienter. Det er et formål, der ligger meget tæt på de fleste medarbejders motivation i jobbet, fortæller en leder:

“Man skal engagere medarbejderne i brugerinddragelsen ved at synliggøre, hvor meget det betyder for brugerne. Deres motivation i faget ligger meget i at kunne gøre en forskel for andre.”

Lederne skal derfor understøtte, at medarbejderne forstår deres egne opgaver som en del af borgerens samlede forløb.

“De kan ikke blot sidde i egen faglighed, men er nødt til at udvide deres syn på, hvad det er, de bidrager ind i,” siger en leder.

2. Opgaverne bliver mere uforudsigelige

Borgerinddragelse fører i sin natur ofte til en højere grad af uforudsigelighed, som kan udfordre nogle medarbejdere.

“Medarbejderne skal ikke kende svaret på forhånd, når de møder en borger. Derfor skal de være modige nok til at gå åbent ind i dialogen med borgerne uden at have medbragt et klart defineret svar. Det skal blive til på baggrund af dialogen mellem medarbejder og borger, og den endelige beslutning skal træffes af borgeren,” forklarer en leder.

Som leder er det derfor vigtigt at hjælpe sine medarbejdere til at håndtere den usikkerhed, der kan være forbundet med uforudsigeligheden, siger en anden:

“Borgerinddragelse kræver, at vi tænker væk fra de forudbestemte forløb. I inddragelsen er der en uforudsigelig del, for når borgeren har et valg, så ved vi ikke, hvad udfaldet bliver. Der er aldrig frit valg på alle hylder, men der er ofte flere brugbare muligheder, så vi kan ikke standardisere alt.”

Sammen med udfordringen af den faglige identitet kan uforudsigeligheden for nogle medarbejdere føles som, at de “sætter fagligheden på spil”. Heri ligger, at de nogle gange må nedtone deres strengt faglige tilgang en smule og overveje alternativer, der måske er mere i tråd med borgerens præferencer.

I den organisatoriske borgerinddragelse skal man også være villig til at lytte til kritik, fx fra borgere og patienter, der inviteres ind for at dele deres erfaringer og oplevelser.

"Man skal være villig til at tage den kritik, der kommer, alvorligt. Man er nødt til at kunne tøjle sin faglige stolthed og blufærdighed, når man inviterer andre ind og kigge på ens praksis," forklarer en leder.

I den individuelle inddragelse kræver uforudsigeligheden, at medarbejderne hviler nok i deres faglighed til, at de kan gå åbent og mere "uforberedt" ind i mødet med borgeren og lade vedkommende tage større ansvar for eget forløb.

"Medarbejderne mærker, at deres faglighed udfordres, når de går så åbent ind til en konsultation. Det kan være svært ikke at vide, hvad man går ind til. De er uddannet og vant til som professionel og ekspert at have svar og behandlingstiltag klar. Så hvordan kan man stå mere uforberedt med en patient og stadig opleve sig selv som professionel på et hospital?", spørger en leder.

Flere ledere peger på, at det kræver en større faglig kreativitet at arbejde mere fleksibelt og uforudsigeligt.

"Det handler om at have øje for muligheder. For selv om medarbejderne har visse fastlagte rutiner, kan de godt afvige fra dem, hvis der er gode argumenter for det. Derfor skal de kunne overskue og vælge fra en vifte af relevante alternativer. Det kræver også en god portion mod at turde gå imod strømmen og det, vi plejer at gøre," siger en leder.

Desuden fremhæver flere, at både ledere og medarbejdere har brug for et godt organisatorisk overblik, så de kan få øje på alternative muligheder og aktører i et mere komplekst forløb.

Jeg skal være en rollemodel for inddragelse

Man kan ikke have en egenrådig ledelsesstil, hvis man forventer af sine medarbejdere, at de skal være i nysgerrige og åbne dialoger med borgerne.

I Esbjerg Kommune kommer henviste borgere med fx KOL, diabetes, cancer, overvægt eller hjertesygdomme til samtale med en koordinator om, hvilken indsats der er brug for, og hvordan de selv kan håndtere deres situation. På den måde bliver der afstemt forventninger til både egen og sundhedsvæsenets indsats – og skabt klarhed over behovet for koordination.

I tråd med projektets natur har lederen af borgerrettet forebyggelse set det som en del af sin ledelsesopgave at være rollemodel for den inddragende adfærd:

"Man skal som leder vise sine medarbejdere, at man er åben for dialog og ikke har bestemt på forhånd, hvad svaret er. For det er det samme, de skal ud og gøre hos deres borgere. De skal først være åbne og lyttende og så finde ud af, hvilken vej man skal gå. Man får kun det bedste beslutningsgrundlag, hvis

man er modig nok til ikke at tro, man ved det hele på forhånd. Det samme mod skal jeg have over for mine medarbejdere."

Hun har blandt andet inddraget medarbejderne i udviklingsarbejdet og derigennem vist, at det er ok og naturligt, at man ikke har alle svarene på forhånd – og ikke altid ved præcis, hvor man ender henne.

Lederen fremhæver, at det også gælder om at vise, at man som leder stoler på det, medarbejderne kan, og giver dem plads til at kaste sig ud i nye ting:

"Det handler meget om tilliden til medarbejderne. Hvis man så får sat gang i noget, som viser sig ikke at fungere i praksis, så kan man sammen lære af det og rette indsatsen til," siger hun.

Vi skal lytte til borgerne – og til hinanden

Som leder skal man styre efter, hvad der er bedst for borgerne, og tage den dialog og de diskussioner, det måtte kræve på de indre linjer.

I Lolland Kommune har man inddraget socialt udsatte borgere i en åben dialog om, hvordan de kan få en realistisk, helhedsorienteret plan for at forebygge indlæggelser og komme godt videre i livet. Der er oprettet nye jobfunktioner og rokket ved roller og arbejdsdeling, og det har været en del af ledelsesudfordringen at forstå og reagere på de forforståelser, der er i spil på medarbejdersiden.

"Hvis vi skal lykkes, er vi nødt til at kaste vores stive faglige roller af os og se, hvordan vi sammen med borgeren bedst kommer et godt sted hen. Det betyder konkret, at vi indbyrdes skal have god og åben dialog omkring problemer, hvor vi tør sætte ord på det, der er svært," siger lederen af Center for Støtte & Vejledning.



Hun har været meget opmærksom på at håndtere den skepsis, der undervejs er tittet frem i forbindelse med ændrede arbejds-gange. Blandt andet har hun flittigt fremhævet betydningen af at være "ordentlig" i samarbejdet – også med dem, man ikke kender.

"Nogle har det sådan, at vi kun kan samarbejde, hvis vi kender hinanden i forvejen. Det er menneskeligt at have det sådan, fordi det er nemmere at tage kontakt til dem, vi har en relation til. Men det har jeg gerne villet ændre."

Lederen understreger, at det handler meget om at møde hinanden åbent. Derfor er det en vigtig ledelsesopgave at få medarbejderne ind i nogle rammer, hvor de kan tale om de ting, der volder vanskeligheder. Det prøver hun at fremme ved at lytte meget – og opfordre medarbejderne til også at være meget lyttende over for hinanden:

"Vi skal alle være åbne i jagten på de gode løsninger. Vi skal være nysgerrige i dialogen: 'Hvad ved du, som jeg ikke ved?' 'Hvorfor tænker vi forskelligt?' Dét er kernen i at få en ordentlig dialog – både med hinanden og med borgerne."

3. Den tværgående ledelse

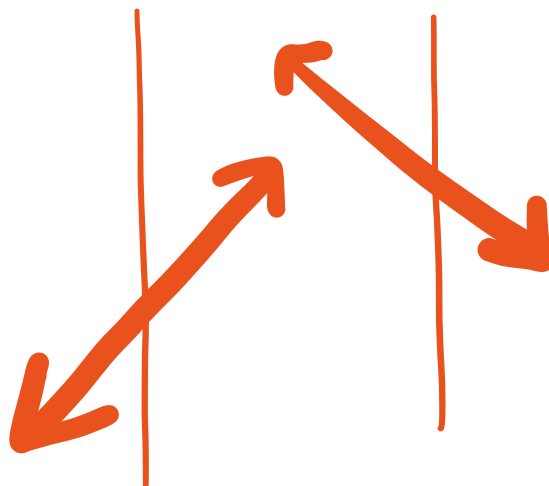
At lede indsatsen for borgerinddragelse, når den går på tværs af fag, afdelinger eller sektorer.

Der er i den offentlige sektor og ikke mindst i sundhedsvæsenet en lang tradition for at arbejde og lede i nogenlunde homogene faglige søjler ud fra fælles fagprofessionelle standarder. Disse såkaldte siloer kan have mange fordele, blandt andet en klar administrativ struktur, tydelige ledelsesveje, stærke specialiserede fagmiljøer og gode muligheder for at optimere driften i den enkelte enhed.

Denne form for organisering støder imidlertid ofte på vanskeligheder, når opgaveløsningen i højere grad skal tage udgangspunkt i og inddrage den enkelte borger. For ikke mindst i mere komplekse forløb går borgernes behov typisk på tværs af både faggrænser, interne organisatoriske skel og grænserne mellem region, kommune og praksissektoren.

”

Vi tænker og arbejder så forskelligt, så hvordan kan vi komme til at lytte til og forstå hinanden? Det virker næsten nemmere bare at passe hver vores egen enhed.



Da siloerne eksisterer, bliver udfordringen som leder i høj grad at finde ud af, hvordan man sammen med medarbejdere og samarbejdspartnere kan krydse disse grænser, herunder koordinere og strukturere arbejdet på tværs på nye måder.

For det, borgerne efterspørger, rækker ofte ud over den enkelte leders eget ansvarsområde og kræver koordinering med andre faggrupper og enheder, kort sagt tværfagligt samarbejde og ledelse på tværs. Ingen af delene er nye i sundhedsvæsenet. De fleste ledere forbinder og koordinerer dagligt arbejdsprocesser mellem funktioner og enheder. Den nye dagsorden er, at også borgeren skal inddrages aktivt, og at der derfor ofte skal udtænkes og realiseres nye løsninger, som tager udgangspunkt i borgernes behov.

”Som leder er man nødt til at have øje for, at hvis borgerinddragelse skal lykkes, så skal vi gøre det på tværs. Jeg kan ikke noget i kraft af mig selv, men vi kan gøre en masse, hvis vi gør det sammen,” siger en leder.

Det er noget, alle aktører i sundhedsvæsenet i princippet er enige om, men som ofte har vist sig vanskeligt at realisere i praksis. I håndteringen af denne ledelsesudfordring vil man som leder ofte støde på følgende to vanskeligheder:

1. Der skal bygges bro mellem “fremmede” områder.
2. Lederne skal lede uden for deres eget ledelsesmandat.

1. Der skal bygges bro mellem "fremmede" områder

En af de største udfordringer ved at skulle arbejde sammen på tværs af fag og ikke mindst sektorer er det manglende kendskab til hinandens vilkår, rammer og faglighed.

Der er således en temmelig stor forskel på det regionale og det kommunale sundhedsvæsen og de vilkår og rammer, der gælder i de to sektorer. Nogle ledere beskriver da også deres første samarbejde på tværs af sektorer som en rejse ind i "en helt ny verden".

"Jeg har skullet lære en kommunal verden at kende, som var ret fremmed for mig før. Derfor var der også i begyndelsen spørgsmål, jeg ikke kunne svare på," fortæller en regional leder.

Det er derfor ofte en nødvendig ledelsesopgave at bygge bro til den anden sektor, dvs. tilegne sig viden om samt kendskab og kontakt til samarbejdspartnere i den anden sektor. Ofte vil det første skridt på vej mod et godt samarbejde være at få nedbrudt nogle af de gensidige fordomme om hinanden.

Noget tilsvarende gør sig faktisk gældende, selv om samarbejdet "blot" er på tværs af områder eller afdelinger i samme sektor. Også her gælder det om at kunne gå fra "kendskab til venskab", og som leder er det opgaven at gå forrest og fjerne forhindringer for samarbejde:

"Det er på nogle områder mere komplekst end som så at fremme borgerinddragelse. Der er mange forskellige oplevelser og opfattelser, mange forskellige professioner, der skal arbejde sammen. Det er kulturforskelle, man ikke lige hurtigt kan ændre," siger en leder.

Flere arbejder i sundhedsvæsenet med såkaldt relationel koordinering. Her er grundprincipperne netop, at et godt tværgående samarbejde om en opgave kræver fælles mål, fælles viden og gensidig respekt – og at det styrker og styrkes af en hyppig, rettidig, præcis og problemløsende kommunikation.

2. Lederne skal lede uden for deres eget ledelsesmandat

Når først broerne af kendskab og samarbejdsrelationer er bygget, kan næste udfordring blive, at du som leder kan blive bedt om at lede uden for dit formelle ledelsesmandat – eller i hvert fald i ledelsesmæssige gråzoner, hvor beslutningskompetencen er mere utydelig end "hjemme i afdelingen".

I flere af de undersøgte cases er der som en del af indsatsen etableret nye og alternative ledelseskæder. Nogle steder er ledelsen blevet delt mellem en kommunal og en regional leder.

"Det har været en spændende opgave at skulle finde sig tilrette i rollen som "medleder" og dele ledelsesopgaven. Vi skulle opbygge en forståelse for, hvilke beslutninger der skulle træffes henholdsvis sammen og hver for sig. Men vi fik hurtigt skabt et godt samarbejde, fordi vi begge er typer, der vil se tingene lykkes – til borgerens bedste," fortæller en leder.

Andre steder har en leder fået det faglige ansvar for et tværgående team af medarbejdere fra forskellige afdelinger, der dog samtidig er underlagt deres egen leders personaleledelse.

Og det er ikke bare en organisatorisk detalje, hvem der har hvilket ledelsesansvar. For de fleste afdelings- og funktionsledere er naturligt optaget af at optimere driften af deres egen enhed, så det kan være svært som leder af fx et tværgående projekt at få frigjort tilstrækkelige ressourcer til det. Det kan måske ligefrem opleves som forstyrrende, at man som leder ud fra et borgerperspektiv ønsker, at andre parter skal ændre retning eller justere deres arbejds gange.

For selv om to parter i princippet er gensidigt afhængige for at kunne løse en opgave, er det ikke sikkert, at de oplever udfordringerne eller de mulige gevinster på samme måde.

Således sagde en af lederne om en samarbejdspartner, inden de gik i gang med et – i øvrigt succesfuldt – projekt om borgerinddragelse:

"Vi tænker og arbejder så forskelligt, så hvordan kan vi komme til at lytte til og forstå hinanden? Det virker næsten nemmere bare at passe hver vores egen enhed."

Det kan udfordre lederrollen, når ens mandat bliver delt eller uklart. Det kræver først og fremmest, at man som leder kan tilpasse og udvikle sin ledelse, efterhånden som man bliver klogere på den konstellation, man er en del af. Samtidig kræver det en høj grad af velvilje, fleksibilitet og kommunikation at lykkes i de nye og anderledes ledelseskonstellationer.

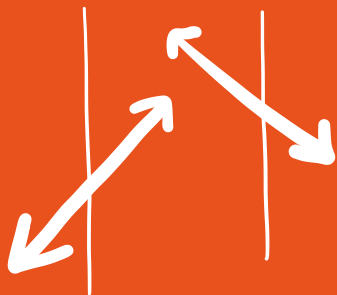
Svært men nødvendigt med delt ledelse

Et tværsektorielt akutteam styrker borgernes overgange mellem region og kommune. Det er lykkedes via meget tæt ledelsesmæssig koordinering.

I 2016 afholdt Sydvestjysk Sygehus og Esbjerg Kommune et patientpanel, hvor de inviterede borgere og patienter gav udtryk for, at både sygehus og kommune løste deres respektive opgaver godt, men at der manglede tryghed i overgangene fra sygehus til kommune og omvendt. Der blev identificeret en særlig udsat gruppe af patienter med akutte og komplekse behandlingsforløb, der kræver specialiseret akutsygepleje – blandt dem ældre medicinske patienter i risiko for genindlæggelse.

Der blev etableret et tværsektorielt akutteam, hvor medarbejderne er tilknyttet både sygehusets akutmodtagelse og Esbjerg Kommune. Teamet har blandt andet mulighed for at følge borgere derhjemme i den periode, som den lægeordnede behandling fra akutmodtagelsen tager, samt i akutte tilfælde at følge svært demente borgere fra hjemmeplejen ind i akutmodtagelsen og hjem igen. For indlægningsstruede borgere giver teamet desuden en *second opinion* i forhold til at forebygge en indlæggelse.

Det har krævet grundige forberedelser at få akutteamet etableret. En af de største opgaver har været, at en kommunal og en regional leder skulle dele ledelsen af de 12 sygeplejersker i akutteamet. De to ledere har måttet arbejde tæt sammen og træffe en række vigtige beslutninger i fællesskab for at sikre det tværsektorielle samarbejde – og for at etablere et reelt ligeværdigt ledelsesforhold.



De to ledere har haft det vigtige fælles pejlemærke, at opgaven grundlæggende handler om at sikre de bedste patientforløb, og de er ikke gået på kompromis med, at det er patientens tilstand og behandlingsbehov, der afgør, hvor og hvordan patienten skal hjælpes:

“Vi var enige om, at ingen af parterne skulle tænke i, at nu skal vi have patienten indlagt eller hjem, fordi det lige er bedst for vores enhed. Det princip har vi i høj grad italesat over for sygeplejerskerne i teamet,” forklarer den kommunale leder.

Det har været en stor opgave for både ledere og medarbejdere at lære "hinandens" sektorer at kende. Men det har gjort, at de har fået øje på de huller, der let opstår i overgangene, og undervejs har de fået punkteret en række af de typiske fordomme om henholdsvis sygehuset og kommunen. Det styrkede kendskab har medvirket til at fjerne de vanlige barrierer i sektorovergangene.

“Jeg har lært meget om det kommunale og deres måde at arbejde på, og jeg har sluppet forestillingen om, at det går for langsomt derude. Når man lærer deres virkelighed at kende, er det let at se, at de ikke har samme setup, som vi har på sygehuset,” siger lederen af akutmodtagelsen på Sydvestjysk Sygehus.

Den kommunale leder erkender, at hun har skullet vænne sig til at være to om ledelsen:

“Når man bliver leder på et tværsektorielt område, skal man også lede ind i en verden, man ikke kender særlig godt. I begyndelsen forstår man ikke rigtig deres kontekst, men jo mere vi lærte hinanden at kende, jo bedre kunne vi tale med om hinandens virkelighed. Når det kører, er det en kæmpe fordel at være to, for det er to verdener, der skal smelte sammen, hvis det skal fungere for borgerne.”

Tværfagligt samarbejde med patienten i centrum

Sygeplejerskerne har fundet en ny rolle i KOL-patienternes forløb, og samarbejdet med lægerne er styrket. Gode data og patientinterview har været med til at bane vejen.

Nordsjællands Hospitals lunge- og infektionsmedicinske afdeling har siden 2016 arbejdet med projektet CAPTAIN for KOL-patienter. Man har brudt med de faste kontroller og i stedet organiseret arbejdet som behovsbestemte konsultationer. I den proces har man i høj grad arbejdet med den sygeplejefaglige rolle, herunder samarbejdet med lægerne.

Ved indgangen til projektet havde lederen den fornemmelse, at sygeplejen næsten var blevet usynlig i indsatsen over for KOL-patienterne:

"Jeg spurgte mig selv, hvilken rolle god sygepleje spillede i forløbene. Sygeplejerskerne understøttede mest lægerne med at booke nye tider, lave pustepøver og opdatere den kliniske database. Det var de super gode til, men de havde svært ved at tilføre forløbet en særlig sygeplejefaglig kvalitet. De kunne konstatere, at patienten havde et lavt BMI, men de så det ikke som deres rolle at komme videre med, hvordan patienten havde det," siger den ledende sygeplejerske.

Det virkede for hende som om, at sygeplejerskerne var blevet en slags sekretærer for lægerne, så der var brug for at kigge nærmere på det tværfaglige samarbejde.

Hun påtog sig derfor den udfordrende opgave med at engagere lægerne i en ny måde at organisere KOL-patienternes forløb på, herunder et nyt samarbejde med sygeplejerskerne. Og her var hun klar over, at hun skulle tale til lægernes faglighed:

"Hvis ikke de kan se den faglige mening med det, så vender de hovedet den anden vej. Derfor hjalp det, at vi til en start fik skabt et ordentligt overblik over indsatsen: antal patienter, kontrolfrekvens, udeblivelser mv. Vi fik lavet en masse vigtige nøgletal, som var gode at samarbejde med lægerne om," fortæller hun.

Samtidig interviewede de på afdelingen en række patienter, nedskrev deres historier og delte dem med både læger og sygeplejersker. Ifølge Puk Vad Vestergaard bliver der lyttet på en helt anden måde, når patienten på den måde får en selvstændig stemme.

Resultatet er blevet et helt nyt og forbedret samarbejde til gavn for patienterne:

"Lige nu har jeg meget motiverede lungeoverlæger, høj medarbejdertrivsel og øget patienttilfredshed. Men det er en indsats, der skal holdes ved lige, og det kan stadig være en udfordring at sælge projektet til andre læger. Mange af dem er nervøse for top-down styring og for at give køb på deres faglighed. Jeg fortsætter derfor med de argumenter, jeg ved, gør indtryk: solide data og patienternes perspektiv."

Samlet set har projektet været en stor succes, og afdelingen arbejder nu videre med lignende initiativer for andre borgere med kroniske lidelser.

"De to største gevinster er, at vi bruger ressourcerne langt bedre, og at patienterne samtidig er mere tilfredse. Begge dele skyldes, at vi ser dem, når de har brug for det, og ikke når systemet synes, at de skal tjekkes. På den måde oplever de også, at vi tager dem alvorligt. En vigtig sidegevinst er, at vi har fået nedbrudt silotænkningen mellem faggrupperne. Før var der ikke den samme respekt for hinandens fagligheder, som der er nu," vurderer den ledende sygeplejerske.

Kom godt i gang – syv spørgsmål og svar

Hvordan kan man som leder konkret tilrettelægge arbejdet med borgerinddragelse? Det kommer meget an på, hvilken type borgerinddragelse man ønsker samt ens ambitionsniveau, tidligere erfaringer, tid, økonomi, kompetencer, samarbejdsrelationer, formelle rammer og meget andet.

Der findes kort sagt ingen trin-for-trin-guide, der passer alle. Ud fra interview med ledere i de 15 cases sammenfattes i kort form nogle overordnede svar på syv af de typiske spørgsmål, lederne har stillet sig selv i begyndelsen af et borgerinddragende forløb.

”

Vi troede, vi vidste, hvad borgerne havde brug for, men da vi spurgte dem, var det noget helt andet, der var vigtigt.

1 Hvilken form for borgerinddragelse skal vi vælge?

Det afhænger i høj grad af, hvad I ønsker at opnå. Det grundlæggende valg vil ofte være, om I vil arbejde med individuel eller organisatorisk inddragelse. Altså om det skal handle om at lytte til den enkelte borger i eget forløb eller om at bruge dialogen med flere borgere til at forbedre indsatsen for alle. De to ting udelukker på ingen måde hinanden, og ofte vil det ene føre naturligt videre til det andet. Men det er vigtigt at vælge, hvor I begynder rejsen – og tænke over, hvor den skal føre hen.

2 Hvor meget kommer det til at kræve af organisationen?

Det kommer i høj grad an på inddragelsens karakter og omfang. Det kan spænde lige fra en tættere dialog med den enkelte borger om én bestemt type ydelse til projekter, hvor I udfordrer hele den måde, I samarbejder om kerneopgaven på. Jo mere ambitiøs og tværgående inddragelsen er, jo vigtigere bliver det at sikre sig opbakning og medspil fra de højere ledelseslag. Men selv når man starter i det små, er erfaringen, at når man først kommer i gang med borgerinddragelse, får man lyst til at gå videre ad den vej. Derfor skal man være forsigtig med at undervurdere opgaven.

3 Hvilke nye krav stiller borgerinddragelse til min ledelse?

På én måde ligger det meget i naturlig forlængelse af almindelig god ledelse, herunder god forandringsledelse. Du skal kunne begrunde ændringerne og motivere alle faggrupper til at engagere sig i dem, også selv om det kan skubbe til nogles faglige selvforståelse. Måske er den største forskel et stærkt element af tværgående ledelse, fordi næsten al borgerinddragelse forudsætter samarbejde med andre fag, afdelinger og/eller sektorer. Også derfor skal højere ledelsesniveauer ofte involveres.

4 Hvordan kan jeg sætte borgerinddragelse på dagsordenen?

Det kan være en god ide som leder at indlede processen med at tale åbent og nysgerrigt med medarbejdere og samarbejdspartnere om, hvor de oplever, at "skoen trykker" hos bestemte grupper af borgere eller i særlige patientforløb. Nogle ledere har brugt "vidneudsagn" fra borgere eller fx patientklager som afsæt for dialogen. Andre har gode erfaringer med at mødes tværfagligt og stille hinanden spørgsmålet: Hvordan kan vi skabe bedre værdi for borgerne, og hvordan finder vi i praksis ud af, hvad der er godt for dem? Men det er klart, at disse indledende drøftelser hurtigt skal kvalificeres og udfordres i dialog med dem, det handler om: borgere eller patienter.

5 Hvordan får vi et første indtryk af, hvad borgerne ønsker?

En god første tilgang kan være at overveje, om I kan udvide brugen af nogle af de kilder og metoder, som I allerede anvender. Det kan eksempelvis være LUP (den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser), rapportering af utilsigtede hændelser eller den årlige kampagne "Hvad er vigtigt for dig?". Og hvis I arbejder med metoden "fælles beslutningstagning", har I sikkert indsigter herfra, I kan bygge videre på.

6 Hvordan får vi indsamlet mere systematisk feedback fra borgerne?

Her er metoderne utallige; nogle af de meget brugte i de undersøgte projekter er:

- Interview, hvor borgerne individuelt eller i grupper fortæller om oplevelsen af deres forløb.
- Spørgeskemaundersøgelser, hvor I kan spørge en større gruppe mere præcist ind til bestemte aspekter af forløbet
- Postkort e.l., hvor I opfordrer borgerne til at aflevere kommentarer og forslag.
- "Forløbsvidner", hvor I inviterer en eller flere patienter med på fx et personalemøde til at fortælle om deres oplevelser, evt. i en faciliteret interviewform.

På ViBIS' hjemmeside findes et godt overblik over en lang række velafprøvede metoder.

7 Hvordan kan vi inddrage borgerne bedre i vores løbende udviklingsarbejde?

Viften spænder fra større borgermøder over faste brugerpaneler til borgerrepræsentanter i fx styregrupper. Nogle af de vigtige overvejelser, I under alle omstændigheder bør gøre jer, er:

- Hvad er formålet med og rækkevidden af inddragelsen?
- Hvordan rammesætter vi inddragelsen over for såvel borgere som fagprofessionelle? Hvad åbner vi (ikke) for indflydelse på?
- Hvilke grupper af borgere skal inviteres? Hvor mange? Og hvorfor lige dem?
- Hvilke fagpersoner og ledere skal være til stede – og hvilken rolle skal de have?
- Hvordan sikrer I en ordentlig opfølgning på og information om, hvad der kommer ud af borgerinddragelsen?

Også her findes på ViBIS' hjemmeside en række metoder, I kan overveje at bruge.

TVÆRSEKTORIEL CASE

Borgernes perspektiv gav os et fælles mål

At spørge familierne om deres egne ønsker er blevet en fast indarbejdet metode i samarbejdet mellem regionshospitalet og kommune om komplicerede barselsforløb. Et stærkt fælles formål har været afgørende for et tæt samarbejde, fortæller de to parter ledere.

Nybagte familier, der var kede af at blive skilt ad ved indlæggelse, og som ikke kendte sundhedsvæsenets tilbud. Sådan var situationen, før Regionshospitalet i Randers og kommunens sundhedspleje begyndte at tage udgangspunkt i familiernes behov.

Det hele startede for fire-fem år siden med en enkelt patienthistorie. En kvinde, der havde født for tidligt, fortalte, at noget af det værste ved forløbet var, at familien blev skilt ad under indlæggelsen: Mor lå på barselgangen, barnet på neonatalafsnittet, og faderen var der slet ingen seng til.

Historien var den direkte anledning til, at en tværfaglig gruppe på hospitalet inviterede en række tilfældigt udvalgte mødre til at komme og fortælle om deres oplevelser og bekymringer under indlæggelsen. Efter at have lyttet til de mange historier var grup-

pen enige: Afsættet for det videre arbejde skulle være, at *familien skal være sammen*.

Sideløbende hermed arbejdede kommune og region sammen med praktiserende læger og forældre for at belyse, hvordan familier, der havde været indlagt med spæd- og småbørn, bruger sundhedsvæsenet. Via interview med forældrene blev det tydeligt, at de faktisk ikke vidste, hvilke tilbud der eksisterede, eller hvordan de skulle bruge dem. Desuden blev det tydeligt, at parterne i sundhedsvæsenet heller ikke havde tilstrækkelig viden om hinanden.

I dag er familierne kommet mere i centrum, og alle er langt bedre informeret om de tilbud, der findes. Det er blevet en fast rutine at interviewe forældrene, når de indlægges, og der er etableret familieværksteder, hvor familien kommer et vist antal gange inden fødslen, og frem til barnet er et år.

Det er også blevet en fast og uundværlig praksis, at ledere og nøglepersoner på tværs af sektorerne mødes hvert kvartal til "audit". Her gennemgår de historier fra forældre, der ikke har været tilfredse, og diskuterer forløbene for de børn, der har været genindlagt. Nye tiltag afprøves, og retningslinjer tilrettes løbende på baggrund heraf.

Sundhedsplejersken har også fået større betydning og tager i dag i højere grad udgangspunkt i den enkelte families situation.

FARVEL TIL FORDOMMENE

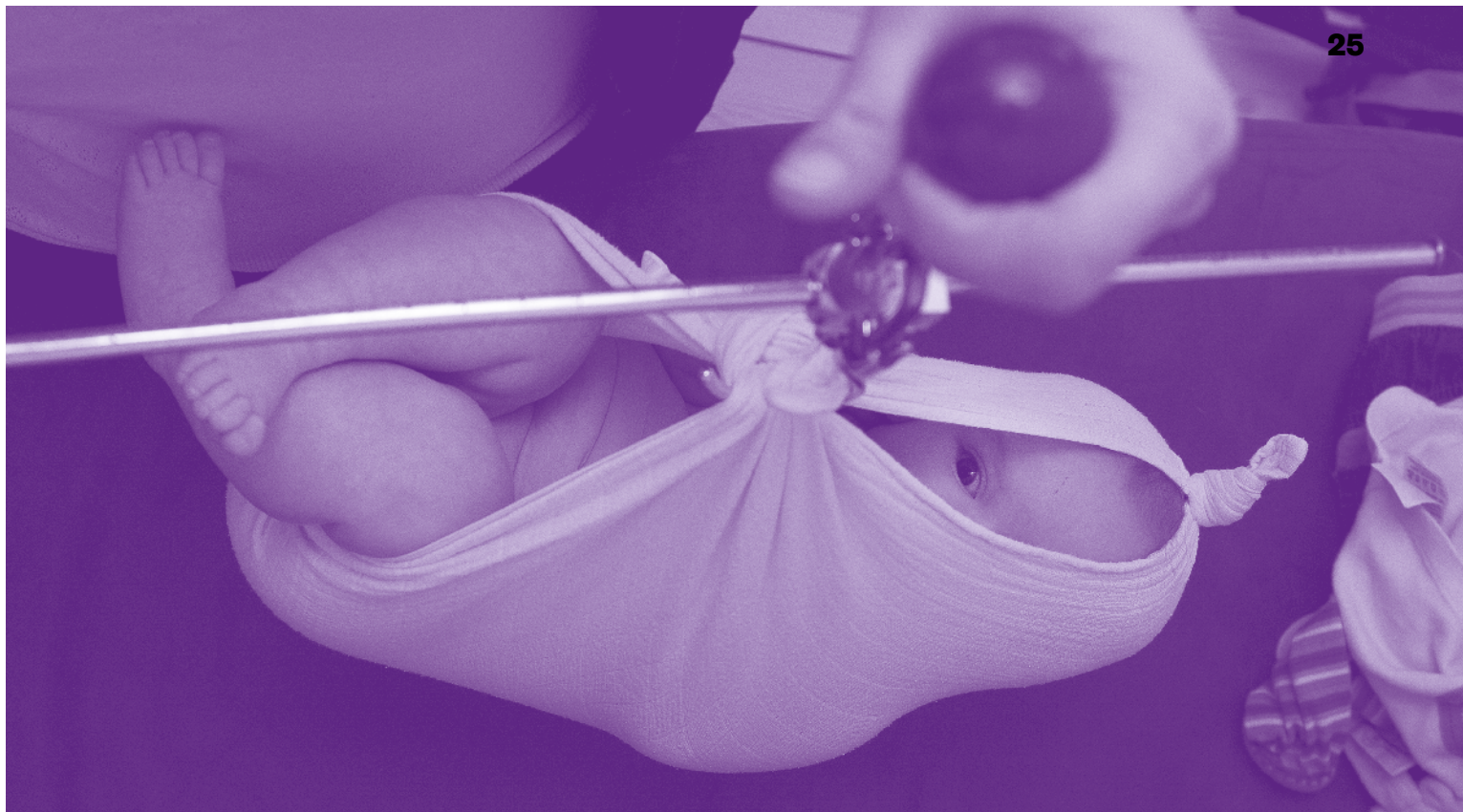
En vigtig forudsætning for de gode resultater har ifølge begge parter været den stærke styrende målsætning, at familierne skal være sammen. Med det fælles afsæt har både hospitalsafdelingen og sundhedsplejen eksperimenteret med en lang række nye

PARTERNE I SAMARBEJDET

Sengeafsnit for Nyfødte på Regionshospitalet Randers modtager børn, der er født for tidligt, og nyfødte, som er syge lige efter fødslen.

Sundhedsplejen i Randers Kommune ligger i kommunens sundhedscenter og er et tilbud til alle gravide og familier med børn i alderen 0-16 år. Sundhedsplejen har til huse i det kommunale Randers Sundhedscenter.

Begge parter er en del af et klyngesamarbejde om sundhedsaftalen, der omfatter Regionshospitalet Randers, de fire omkringliggende kommuner samt praktiserende læger i området.



tiltag. Det har blandt andet handlet om at løfte sygeplejerskernes kompetencer samt om at organisere tidlige hjemmeophold med hyppige besøg af henholdsvis sundhedsplejerske og sygeplejerske.

De gode erfaringer med at lytte til borgernes behov har også ført til, at parterne i dag arbejder mere systematisk med borgerinddragelse – både i det enkelte forløb og for at udvikle det samlede tilbud. De bruger fx patientfortællinger og indbyrdes videndeling til at styrke sammenhængen i familiernes forløb.

I det hele taget har samarbejdet "tvunget" både ledere og medarbejdere tættere sammen.

"Der er ikke længere fordomme om "de andre", og det er blevet let at tage problemer op med hinanden og få dem løst. Desuden er de gode relationer, der er opbygget, et godt fundament for en fælles lærings- og udviklingskultur, hvor der er kort fra gode ideer, til de kan prøves af i praksis," fortæller leder af sundhedsplejen, Anne Lise Buus Nielsen.

EN FÆLLES LÆRINGSKULTUR

Ledelsesopgaven har blandt andet bestået i at skabe gode rammer for, at medarbejderne kan lære og gøre noget nyt. At give dem lyst og tid til at arbejde med nye prøvehandlinger, der giver mening i det fælles perspektiv.

"På begge sider taler vi om stolte faglige miljøer, som selvfølgelig ikke bryder sig om at føle deres faglighed udfordret – hverken af familierne eller af andre parter. Derfor har det været vigtigt for mig som leder at tydeliggøre, at det, vi hidtil har gjort, har været godt, men at vi hele tiden skal videreudvikle vores tilbud og metoder – ud fra vores høje faglige standarder og retningslinjer," fortæller afdelingssygeplejerske Stine Rose.

De konkrete resultater af borgerinddragelsen er ikke udeblevet. Eksempelvis er der nu flere af de nye mødre, der ammer, antallet af liggedage er faldet, mor og barn bliver ikke længere adskilt, og antallet af familier, hvor faderen ikke kan være medindlagt, er dalet rigtig meget.

Men i Stine Roses øjne er den største ændring, at forældreskabet er kommet til at fylde mere. Forældrene ser sig kort sagt mere som forældre end som patienter. Det betyder også, at de er mere trygge og sikre, når de møder den kommunale indsats, fordi region og kommune er mere forbundne end tidligere.

VI SKULLE HAVE GJORT DET FØR

Ifølge Anne Lise Buus Nielsen undrede mange familier sig tidligere over, at de to systemer ikke talte mere sammen indbyrdes. Nu har inddragelsen af borgerne og det tættere samarbejde om familiernes samlede forløb betydet, at ingen falder mellem to stole, og at der ikke er nær så mange genindlæggelser.

Begge ledere ærgrer sig over, at de ikke så og udnyttede potentialerne i det tætte samarbejde for mange år siden. Og de har fire generelle gode råd til andre, der ønsker et stærkt samarbejde om borgerinddragelse:

- Find det overordnede mål, der giver mening for både borgerne og jer.
- Undersøg nysgerrigt, hvad borgerne, medarbejderne og de respektive organisationer kan byde ind med i forhold til det fælles formål.
- Respektér hinandens faglighed; gør jer umage med at forstå, hvad de andre parter gør ud fra deres faglige udgangspunkt.
- Skab fælles fora, hvor der er højt til loftet og tid til at udvikle nye løsninger.

REGIONAL CASE

Patienternes feedback er vores vigtigste data

Den gynækologiske afdeling på Aalborg Sygehus Nord samler viden om patienternes oplevelse af deres forløb og bruger disse data til at udvikle sine tilbud. Det har krævet betydeligt ledelsesfokus at få skabt en stærk lærings- og udviklingskultur med afsæt i patienternes feedback.

Et godt kendskab til patienternes oplevelse af eget forløb har spillet en vigtig rolle i udviklingen af den gynækologiske afdeling. Allerede for ti år siden begyndte personalet på afdelingen at indsamle data om patienternes vurdering af forløbet – på især følgende fire parametre:

- Om patienten føler sig inddraget
- Om patienten har tillid til, at de har fået den rette pleje
- Om patienten oplever lydhørhed fra personalet
- Patientens samlede tilfredshed med forløbet.

Resultaterne af de første målinger blev hængt op som store grafer på afdelingen, så patienterne kunne se, dels hvordan andre vurderede behandlingen, dels at deres svar blev taget alvorligt.

Efter det første stykke tid med målinger lå tilfredsheden på alle fire parametre under det, afdelingen havde sat sig som mål. Man besluttede derfor at arbejde målrettet på at forbedre patienternes tilfredshed på de fire punkter. Det førte til projektet "Back to basis", som tog afsæt i, hvad man som sygeplejerske gerne vil opnå i sit arbejde – især anerkendelse fra patienterne og en høj faglighed.



Som en del af projektet skulle hver sygeplejerske beskrive en situation, hvor hun ikke havde været tilfreds med sin egen indsats. Derefter blev disse situationer spillet igennem sammen med en række skuespillere og efterfølgende analyseret i fællesskab med henblik på at forbedre praksis. Desuden underviste læger afdelingens sygeplejersker i en række sygdomsspecifikke områder, og det indbyrdes samarbejde mellem professionerne blev styrket.

Indsatserne virkede. Efter projektet var alle fire parametre forbedret markant, fx var den samlede tilfredshed øget fra omkring 50 pct. til knap 100 pct.

Selv om der var tale om et afsluttet projekt, har det sat sig varige spor i kulturen på afdelingen. Man måler således stadig løbende patienternes tilfredshed og har tilføjet yderligere spørgsmål fra den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP).

EN NØDVENDIG INVESTERING

At arbejde så ambitiøst med at udvikle sig ud fra patienternes feedback kræver ledelsesmæssig opmærksomhed på mange fronter. Først og fremmest er det helt afgørende, at man engagerer medarbejderne i opgaven, fortæller den afsnitsledende sygeplejerske, Kathrine Myrup Eskildsen:

"For at lykkes med medinddragelse skal man som leder få sygeplejerskerne til at brænde for det, for det er dem, der skal bære det hjem. Det kræver, at man stiller skarpt på det, de er der for: at skabe værdi for og få anerkendelse fra patienten. Det er kontakten med patienterne, som giver dem næring og gejst til at yde deres bedste i sygeplejen."

Det er nødvendigt at investere tid og kræfter – både i at inddrage patienterne og i det efterfølgende udviklingsarbejde. Kathrine Myrup Eskildsen sørger derfor for at skabe rum og rammer i den travle hverdag, hvor medarbejderne kan tages ud til udviklingsarbejde:

"Det er let at sige, at det har vi ikke tid til. Men hvis vi vil bruge tiden rigtigt fremover, er vi nødt til at udvikle på vores behandling og praksis. Som leder insisterer jeg på, at vi bruger tid på at udvikle løsninger, der giver patienten en mere central rolle i sit eget behandlingsforløb," siger hun.

En anden vigtig ledelsesopgave er at gøre medarbejderne trygge ved at kaste sig ud i at finde nye løsninger på problemer, selv om man indimellem fejler.

"Som leder skal jeg give sygeplejerskerne mod til at prøve nogle ting af. Derfor er jeg meget optaget af, at vi har en læringskultur, hvor alle tør sige, hvad de henholdsvis er rigtig gode og mindre gode til. På den måde ved de indbyrdes, hvem de kan gå til for at blive dygtigere på et givent område. Det gør os implementeringsstærke, så vi hurtigt kan justere praksis ud fra patienternes feedback."

AALBORG SYGEHUS NORD, GYNÆKOLOGISK AFDELING

Afdelingen er fordelt på tre etager. Den består af ambulatorium, sengeafsnit og dagkirurgi og har desuden akutmodtagefunktion. Der er i alt cirka 40 ansatte. Afdelingen ledes af afsnitssygeplejerske Kathrine Myrup Eskildsen.

For hvis sygeplejerskerne skal kunne reagere fleksibelt ud fra patienternes ønsker og behov, er de nødt til at have et selvstændigt handlerum:

"Jeg gør meget ud af at uddelegere ansvar til sygeplejerskerne og siger, at de skal turde fylde og shine – og dermed være ambassadører for udviklingen i afdelingen. Jeg opmuntrer dem også til at bruge deres professionelle og menneskelige nysgerrighed til at få øje på 'mennesket bag patienten'," siger Kathrine Myrup Eskildsen.

MÆRKBARE FORBEDRINGER

Hun er ikke i tvivl om, at patienternes stemme er blevet hørt, og at det er den direkte årsag til en række markante forbedringer på afdelingen. Af dem fremhæver hun blandt andet:

- *Ventetiden er optimeret:* Tidligere endte nogle patienter med at vente hele dagen, da man ikke kunne sige, hvornår det blev deres tur. Nu får patienterne et langt mere præcist tidsinterval.
- *Stuegangen er ændret:* Sygeplejerskerne har, inden lægen kommer, aftalt med den enkelte patient, hvad de ønsker, der skal være fokus på, og sygeplejersken er således patientens "talsmand".
- *Der er skabt en tværfaglig læringskultur* – hvor medarbejderne kender og udnytter hinandens kompetencer.
- *Kommunikationen er styrket* – både den skriftlige og den direkte dialog med patienterne.
- *Driften er effektiviseret*, fordi der arbejdes meget datadrevet, så man hele tiden (kun) gør det, der er bedst for patienterne.
- *Arbejdsmiljøet er forbedret* – blandt andet fordi kerneopgaven og forventningerne til den enkelte er gjort meget tydelig.

– Alt, hvad vi gør, har det mål, at patienten har det godt. Og for mig hænger tingene sammen. Hvis patienterne ikke har det godt, så trives personalet heller ikke, siger Kathrine Myrup Eskildsen.

Fremover vil hun være endnu mere opmærksom på, om afdelingen gør noget, som patienterne egentlig ikke efterspørger. Om der fx udføres for mange unødvendige kontroller – herunder om der er mere, som patienterne selv kan monitorere.

KOMMUNAL CASE

Alle borgergrupper kan inddrages

Et partnerskabsprojekt i Guldborgsund Kommune hjælper udsatte borgere med at afklare deres behov og ressourcer og tilrettelægge indsatsen ud fra deres eget perspektiv. Interventionen har givet særdeles positive resultater, men den utraditionelle og tværfaglige tilgang har også givet ledelsesmæssige udfordringer.

For nogle år tilbage viste analyser fra Region Sjælland, at 1 pct. af borgerne i Guldborgsund Kommune brugte 30 pct. af sundhedsudgifterne – blandt andet på grund af mange gentagne sygehusindlæggelser, der alligevel ikke rigtig hjalp borgerne videre. På den baggrund blev det besluttet at undersøge, om man kunne hjælpe denne gruppe bedre. Der var tale om borgere, der typisk ikke blot havde medicinske sygdomme som KOL og diabetes, men også andre problemer, fx psykiatriske diagnoser, misbrugsproblematikker eller andre sociale udfordringer.

Med hjælp fra en antropolog udviklede man en spørgeguide til at afdække borgernes udfordringer – og derudfra fandt man i alt 200 deltagere til projektet. Hver deltager fik tildelt en såkaldt "forløbspartner", der tager hjem og taler med borgeren for at få skabt overblik over dennes ressourcer, udfordringer og behov – og og sammen lægger de en plan for borgerens videre forløb.

Forløbspartneren er en del af et tværfagligt team i Guldborgsund Kommune, men har ikke nogen myndighedskompetence; for de udsatte skal ikke møde "systemets mand", men en "neutral"

fagperson. Forløbspartneren skal således sikre, at de forskellige indsatser tager udgangspunkt i borgerens individuelle behov og bliver koordineret bedst muligt på tværs af fx jobcenter, misbrugscenter, hjemmepleje, ambulatorier, psykiatri eller den praktiserende læge. Partneren kan hjælpe borgeren med at navigere i systemet og blandt andet fungere som bisidder, tovholder eller sparringspartner undervejs.

RESULTATER OG UDFORDRINGER

Slutevalueringen viser, at projektet har opnået bemærkelsesværdigt gode resultater. Det er lykkedes at øge den patientoplevede kvalitet, sikre en bedre sammenhæng på tværs af aktører samt fremme sundhed og trivsel – også uden at de samlede omkostninger på tværs af region og kommuner er steget.

"Det er helt utroligt, hvad vi har fået rykket. Det gælder både borgerens trivsel og livskvalitet, men også kvaliteten i tilbuddet. Vi har fået fat på de borgere, der ellers let falder ud af systemet, og som har allermost brug for hjælp; deri ligger projektets store berettigelse. Desuden er det virkelig motiverende at arbejde systematisk med at skabe værdi for borgerne, og medarbejderne tager et enormt ansvar for den fælles opgave," fortæller Marianne Søgaard Hansen, der er leder af kvalitetsenheden i Center for Sundhed & Omsorg.

Men den utraditionelle tilgang har også skabt nye udfordringer i ledelse og styring. For eksempel havde Marianne Søgaard Hansen som projektleder det faglige ansvar for projektet, men de tilknyttede tværfaglige medarbejdere refererede fortsat til deres daglige ledere, og rammerne for arbejdet blev fastlagt i en tværgående styregruppe på et højere ledelsesniveau.

GULDBORGSUND KOMMUNE – "SAMMEN OM MIN VEJ"

Udviklingsprojektet "Sammen Om Min Vej" (2015-17) er udført i regi af et 30-årigt partnerskab, Guldborgsund Kommune har indgået med Lolland Kommune, Nykøbing F. Sygehus, psykiatrien, almen praksis og de frivillige organisationer; målet er at øge ligheden i sundhed for hele befolkningen i de to kommuner.

Det har betydet, at beslutninger om fx de tværfaglige medarbejders opgaver og mandat skulle kommunikeres videre ned igennem de formelle ledelseslag og ikke altid blev implementeret som tiltænkt i de yderste led. Medarbejderne både kan og vil gerne arbejde sammen på tværs, men det kræver ledelsesmæssig opbakning og prioritering i hele organisationen, vurderer Marianne Søgaard Hansen:

"Nogle gange er det let nok at beslutte, at man vil arbejde "helhedsorienteret" og afprøve nye modeller til at arbejde med borgere med komplekse problemstillinger. Men det kan godt give udfordringer, hvis beslutningerne ikke formidles rettidigt og tydeligt. Jeg har lært, hvor vigtigt det er i sådan et tværgående projekt, at mellemlederne involveres, for det er dem, som skal sikre, at beslutningerne får liv i praksis."

EN NY MÅDE AT ARBEJDE PÅ

Som projektleder af det tværfaglige team i projektperioden har hun også haft en vigtig opgave i at klæde forløbspartnerne på til en ny måde at arbejde på, som ikke alle havde prøvet før.

"Umiddelbart tænker vi måske alle, at vi sagtens kan arbejde helhedsorienteret og er gode til at inddrage borgeren. Men vi var nødt til at kigge grundigt på vores praksis og spørge, om vi reelt gjorde det, som borgerne gerne ville. Eller prøvede vi at påvirke borgeren i den retning, som vi selv syntes, var den bedste ide? Borgerne skal gerne opleve, at vi lytter til dem og reagerer på det, vi hører. Som leder skal jeg sikre, at medar-

bejderne har de rigtige værktøjer til at arbejde inddragende og har adgang til supervision og faglig sparring; begge dele har vi brugt meget."

Et eksempel på betydningen af reel inddragelse var en borger, der var misbruger og havde diabetes. Han var igen og igen blevet indlagt i akutmodtagelsen, fordi han havde svært ved at passe sin diabetes. Han havde ikke penge til at købe sin medicin, fik ikke betalt sine regninger og var derfor ved at blive sat ud af sin lejlighed.

Her gik forløbspartneren ind og støttede borgeren i at tage tingene i den rækkefølge, borgeren selv oplevede som rigtig. For selv om de fagprofessionelle gerne ville af med hans misbrug først, var det afgørende for borgeren at kunne få betalt sine regninger, så han kunne blive i sin lejlighed. Forløbspartneren hjalp desuden borgeren med at få en konto på apoteket, så han altid kunne få sin medicin.

"Hvis de basale ting ikke er på plads, så kan vi ikke komme til at arbejde med hverken sundhed eller sygdom. Selv om man mener noget andet som sundhedsprofessionel, kommer man ingen vegne med denne borgergruppe, hvis ikke man følger borgerens egne ønsker først. Vi har haft stort fokus på borgerens rettigheder og været deres talerør ind i systemet. Det er en gruppe, der ofte føler sig svigtet og afvist, og jo mere tillid, der skabes, jo bedre kan vi arbejde med borgeren," fortæller Marianne Søgaard Hansen.



Læs videre ...

... om borgerinddragelse

Ane Tortzen: *Samskabelse i kommunale rammer – hvordan kan ledelse understøtte samskabelse*, ph.d.-afhandling, Roskilde Universitet, 2016.

Anne Mølholm: *Sundhed skaber vi sammen – En håndbog i samskabelse*, Region Nordjylland, 2018.

Borgerdesign.dk – hjemmeside om samskabelse på sundhedsområdet, Region Midtjylland og fire kommuner.

Christina Holm-Petersen m.fl.: *Én plan for en sammenhængende indsats sammen med borgeren. Midtvejsevaluering af et frikommuneforsøg (2016-2020)*, VIVE, august 2019.

Christina Holm-Petersen og Laura Emdal Navne: *Ledelse af brugerinddragelse – Tre casebaserede eksempler*, KORA, 2013.

Danskepatienter.dk/vibis: Hjemmeside for Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS), der indsamler, vurderer og formidler viden og erfaringer om inddragelse af patienter og pårørende.

Grete Brorholt m.fl.: *Sats på Esbjerg – Vidensopsamling om Esbjergmodellens borgerinddragende metoder*, VIVE, 2017.

Ninna Meier m.fl.: *Ledelse på Tværs – Kunsten at skabe sammenhængende patientforløb*, Region Midtjylland, 2016.

ViBIS: *Organisatorisk brugerinddragelse – hvorfor?*, juli 2019.

ViBIS: *Effekter af individuel brugerinddragelse – hvad siger litteraturen?*, juni 2019.

ViBIS: *Implementering af brugerinddragelse på hospitaler*, oktober 2018.

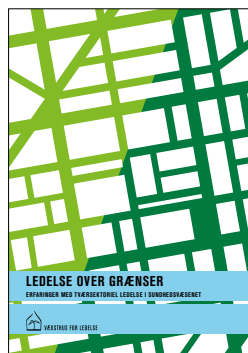
ViBIS: *Borgerinddragelse i kommunernes sundhedsopgaver – 10 eksempler på borgerinddragelse i kommuner*, januar 2018.

... i andre projekter fra Væksthus for Ledelse



Ledelse af samskabelse

Ud fra erfaringer fra 12 kommunale og regionale eksempler på samskabelse giver publikationen et bud på en typologi over samskabelse, en enkel fasemodel og et overblik over chefens vigtigste opgaver i processen.



Ledelse over grænser

Publikationen indeholder råd om, hvordan chefer og ledere i kommuner og regioner identificerer barriererne for samarbejdet på tværs i sundhedsvæsenet, og peger på, hvilke kompetencer der skal til, for at samarbejdet fungerer.



Forandring fryder – og forstyrrer

Selv om forandringer ofte fryder, oplever ledere og medarbejdere dem også nogle gange forstyrrende eller frustrerende. Det er baggrunden for Væksthus for Ledelses publikation, som sætter fokus på ledelse af forandringer.



Relationel koordinering

Fælles mål samt konstruktiv og nysgerrig kommunikation. Det er nogle af forudsætningerne for et effektivt samarbejde om kerneopgaven. Læs om syv tiltag, der forbedrer den relationelle koordinering i din organisation.



Med kerneopgaven som ledestjerne

Som leder skal du kunne hæve dig op over hverdagens kompleksitet og anvise en tydelig fælles retning, som dine medarbejdere kan forstå og motiveres af. Publikationen belyser udfordringer og muligheder i at lede ud fra kerneopgaven.

Om Væksthus for Ledelse

Væksthus for Ledelse er et samarbejde mellem KL, Danske Regioner og Forhandlingsfællesskabet.

Væksthuset arbejder for at udvikle og synliggøre god ledelse i kommuner og regioner.

Læs mere om Væksthusets aktiviteter på lederweb.dk

I bestyrelsen for Væksthus for Ledelse sidder:

- Solvejg Schultz Jakobsen, sekretariatschef, KL, (formand)
- Bodil Otto, forbundsformand, HK Kommunal og Forhandlingsfællesskabet, (næstformand)
- Rikke Margrethe Friis, forhandlingsdirektør, Danske Regioner
- Helle Krogh Basse, sekretariatschef, Forhandlingsfællesskabet
- Bente Sorgenfrey, næstformand, FH
- Britta Borch Egevang, direktør, Djøf/Akademikerne
- Jan Henriksen, konsulentchef, KL
- Per Bennetsen, administrerende direktør, Region Sjælland
- Peter Frost, kommunaldirektør, Køge Kommune
- Anne Vang, direktør, Ballerup Kommune.

Disse og alle Væksthus for Ledelses øvrige publikationer kan bestilles eller downloades gratis på lederweb.dk

Ledelse af borgerinddragelse

Erfaringer fra sundhedsområdet

Decentrale ledere i sundhedssektoren i både kommuner og regioner står over for en vigtig opgave med at inddrage borgere og pårørende i samarbejdet om at løse og udvikle velfærdsopgaverne. Mange er godt i gang, men potentialerne er langt fra udtømte.

Det er baggrunden for dette projekt, som har undersøgt erfaringerne fra 15 meget forskellige eksempler på borgerinddragelse – med særlig fokus på lederens rolle og opgaver.

Denne publikation er skrevet til andre ledere på sundhedsområdet i kommuner og regioner. Målet er at inspirere flere til at arbejde med borgerinddragelse og at styrke indsatsen hos dem, der allerede er godt i gang.