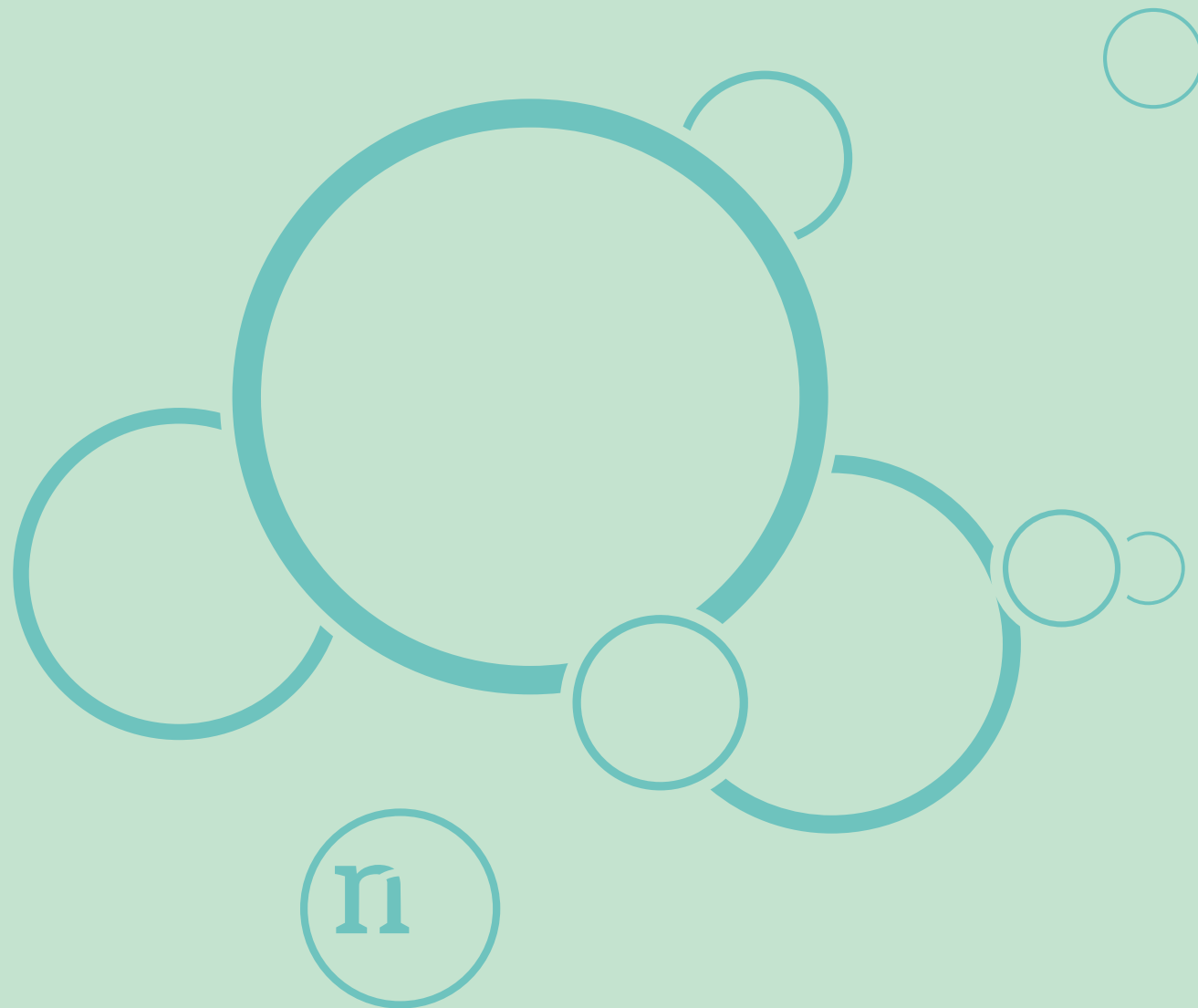


# Sundhed skaber vi sammen

## En håndbog i samskabelse





© Udgivet af Region Nordjylland, 2018, 1. oplag

Hent gerne håndbog, værktøjer og skabeloner til print på <https://rn.dk/samskabelse>.

Projekt og håndbog er støttet af midler fra Sundhedsstyrelsen under puljen "Vidensopsamling - patientinddragelse".

Tekst: Anne Mølholm, Region Nordjylland, [anne.moelholm@rn.dk](mailto:anne.moelholm@rn.dk)  
Tegninger og layout: Maibritt Larsson, Tegnelaboratoriet  
[www.tegnelaboratoriet.dk](http://www.tegnelaboratoriet.dk), [tegnelaboratoriet@gmail.com](mailto:tegnelaboratoriet@gmail.com)

# Indholdsfortegnelse

Introduktion.....	2	Drejebog.....	21
Forståelsesramme.....	3	Fortællinger som værktøj.....	22
Samskabelse og peerboard.....	3	Gruppen har potentialer.....	23
Borgerland versus fagland.....	4	Fotos og tegninger.....	25
Relationer i patientinddragelse.....	6	Grafisk facilitering som fælles tredje.....	27
Fase 1: Sådan kommer vi i gang.....	7	Visuelle skabeloner skaber et fælles tredje.....	27
Borgerinddragelse - hvordan? .....	7	Skabelon som fælles tredje i en åbningsproces.....	27
Timing og parathed.....	7	Konkretiseringsværktøj - fra ord til handling.....	28
Organisering af samskabelse.....	7	Gameplan og bollemodel.....	29
Anbefalinger til ledelse.....	8	Fase 3: Forankring af det nye.....	30
Facilitering.....	8	Samskabt ledelse.....	30
Kurs, Koordinering og Commitment.....	9	Visuelle værktøjer understøtter forankring af ny praksis.....	30
Mobilisér de rette kræfter.....	10	Det kendte - det nye - det næste.....	31
Sæt holdet hver gang.....	12	Cases - 3 eksempler på samskabelse.....	32
Værktøjer til forberedelse.....	14	Case 1: Peerboard med benamputerede borgere.....	32
Refleksionsværktøj.....	14	Case 2: Unge bidrager til nyt samtaleværktøj.....	38
Skitse til design.....	15	Eksempel på invitation.....	40
Fase 2: Faciliter samskabelse - sådan.....	16	Det synlige resultat.....	41
Fælles tredje og relationer.....	16	Procesevaluering.....	41
Fortællinger.....	16	Visuelt samtaleværktøj til unge og deres behandlere.....	42
Det fælles tredje.....	17	Eksempel på drejebog.....	44
Værktøjer til samskabelse.....	20	Case 3: Borgere evaluerer og giver input til ny praksis.....	46
Åbne-ordne-lukke værktøj.....	20	Guide: Veje til at mestre langvarige smerter.....	49
		Samtale og refleksionsværktøj.....	51
		Referencer.....	52

# Introduktion

Sundhedsvæsenet skal arbejde med patientinddragelse. Sådan lyder et af de nationale mål. Men gør vi ikke allerede det, kunne man spørge.

Det korte svar er ”jo, vi inddrager patienter”. Spørgsmålet er, om vi kan gøre det på en anden måde, der skaber mere værdi for patienten.

I to år har Region Nordjylland arbejdet med at udvikle metoder til inddragelse under Sundhedsstyrelsens pulje: ”Vidensopsamling - patientinddragelse”. Region Nordjyllands projekt har titlen: ”Hvordan inviteres patienter og pårørende ind som partnere i Patientens Team – samskabelse i organisatorisk borgerinddragelse”.

Ideen i projektet var at udforske og eksperimentere med samarbejde MED borgere og ikke FOR borgere i det, vi forstår som samskabelse. Vi har prøvet os frem med denne for os nye tilgang til patientinddragelse. Vi har høstet nogle erfaringer, som vi gerne vil dele med jer. Resultatet er blandt andet denne håndbog, der henvender sig til ledere, projektledere, konsulenter og facilitatorer i sundhedsvæsenet.

Vores håb er, at denne håndbog kan hjælpe jer på vej til at udforske samskabelse som metode til patientinddragelse til at udvikle, implementere og evaluere nye indsatser i Sundhedsvæsenet. Brug håndbogen som inspiration og tjekliste til at huske vigtige elementer i processer med samskabelse.

## Indhold i håndbogen

De næste sider er vores bud på en opskrift til at komme i gang med at udvikle nye sundhedstiltag sammen MED borgeren og bryde vanen med at udvikle FOR borgeren. Håndbogen præsenterer erfaringer, teori, metoder, cases og en værktøjskasse med spørgsmål til refleksion. De skal inspirere jer igennem 3 faser i en samskabende proces, jf. overskrifterne:

- Fase 1: Sådan kommer vi i gang.
- Fase 2: Faciliter samskabelse – sådan.
- Fase 3: Forankring af det nye.

Brug opskrifterne som inspiration til at designe en proces, der matcher jeres opgave og jeres virkelighed. Værktøjer og refleksioner er desuden skrevet ind i tre cases, hvor borgere og fagprofessionelle har været sammen om at udvikle støtteværktøjer til den individuelle inddragelse.

Casene beskriver tre forskellige måder at samskabe på. Det fælles for dem er, at fagprofessionelle og borgere har samarbejdet om at udvikle støtteværktøjer. Konkret er der tale om følgende støtteværktøjer til den individuelle inddragelse af borgere:

1. Pjecen ”Værd at vide om benamputation”.
2. Netværket ”Et ben foran”.
3. Et visuelt samtaleværktøj til unge og deres behandlere.
4. Guiden: ”Veje til at mestre langvarige smerter”.

Vi bruger betegnelsen ”vi” i håndbogen. ”Vi” refererer til projektleder og facilitator, Anne Mølholm, der sammen med ledere, fagprofessionelle, kvalitetskoordinatorer, specialister og en grafisk facilitator har samarbejdet med en bred skare af patienter og pårørende. Vi har været sammen om at undersøge nye veje til sundhed og samarbejde. TAK til jer alle gennem hele processen. Uden jer ingen samskabelse. Og en særlig tak til Enhed for Samskabelse i Psykiatrien på Aalborg Universitetshospital, som har bistået med sparring hele vejen igennem.

# Forståelsesramme

Sundhedsvæsenet er inde i en større omstilling, hvor ambitionen i langt højere grad er at lytte til patienters behov, ønsker og præferencer. Vi taler om sammenhængende patientforløb, og om hvordan borgerens liv kan hænge sammen, når sygdom rammer patient såvel som pårørende. Vi taler om kvalitet, lighed i sundhed, og vi bekymrer os om en stigende ulighed.

I 2016 fik sundhedsvæsenet nye nationale mål, der fokuserer på resultater til gavn for den enkelte patient. Der er et skift væk fra registrerings- og proceskrav og over til effekt, resultater og værdi til gavn for den enkelte borger. Der er tale om, at kvalitetsforbedringer skal ske lokalt, fordi det er frontpersonalet, der kender systemets udfordringer og de vilkår, der arbejdes under lokalt.

Det er nødvendigt at inddrage borgere og medarbejdere for at gennemføre denne omstilling – og den kulturforandring, det også er. Fagprofessionelle og borgere skal i dialog og tale sammen om, hvad god kvalitet er for den enkelte patient. Vi skal skabe værdibaseret sundhed med høj kvalitet – sammen. Derfor er samskabelse som metode relevant. Men hvad er samskabelse, kunne man spørge. Hvorfor siger vi ikke bare samarbejde?

## Samskabelse og peerboard

I denne håndbog bliver I præsenteret for samskabelse som metode, og som en organiseringsform vi vælger at kalde 'peerboard' i mangel af et dansk ord. Ordet 'peer' betyder ligestillet, og 'board' betyder udvalg. Når vi taler om et peerboard, er det borgerinddragelse på organisatorisk niveau, hvor borgere positioneres som ligeværdige samarbejdspartnere. Intensionen med et peerboard er at skabe en ramme for samskabelse, hvor borgerne er:

- med fra start til slut
- med til at identificere problemstillinger og til at udvikle løsninger
- en del af løsningen
- med til at gennemføre løsningen
- med til at skabe læring i sundhedsvæsenet og hos sig selv.

Samskabelse er en særlig form for samarbejde, hvor ambitionen er at invitere en gruppe borgere med til både at udpege problemstillinger og finde løsninger på problemerne sammen med fagprofessionelle. Ikke at forveksle med et brugerråd, der traditionelt set er et rådgivende råd, hvor borgerrepræsentanter positioneres som rådgivere på en problemstilling. Et brugerråd er ofte et høringsorgan, hvor fagprofessionelle typisk arbejder videre med problemløsningen, når borgerne har tilkendegivet deres råd.

Pointen i samskabelse er, at vi ikke adskiller borgernes og de fagprofessionelles stemmer i tid og rum. De arbejder sammen, så langt som det giver mening for begge parter. Samarbejdet skal opleves som relevant og meningsfuldt.

Ideen i samskabelse er, at borgere, fagprofessionelle og eventuelt andre aktører indgår som ligeværdige samarbejdspartnere og medskabere af en ny praksis, et nyt produkt eller en ny indsats. Borgerne tager måske også medansvar i ledelsen af udviklingsarbejdet. Vi har erfaret, at vi i praksis må tage små skridt for at afprøve samskabelse som metode. Læs mere om det i de enkelte cases sidst i håndbogen.

Det afgørende i samskabelse er, at alles bidrag er lige vigtige. Det er indstillingen til samarbejdet, og måden vi positionerer hinanden på i samarbejdet, der gør forskellen. Samskabelse udfordrer vaner og rutiner i et sundhedsvæsen, der er båret af en faglig stolthed. Det er nyt for mange at indgå i denne type af samarbejde, hvor ekspertisen sættes i spil på nye måder. Det nye skal læres af borgere såvel som af fagprofessionelle. Forventninger til hinanden skal brydes ned, for at nye kan opstå.

Vi skal møde hinanden på en anden måde, end vi plejer. Det er en læreproces. En læreproces, der kan skabe læring både hos borgere og fagprofessionelle og i sidste ende åbne for nye muligheder for at skabe sundhed.

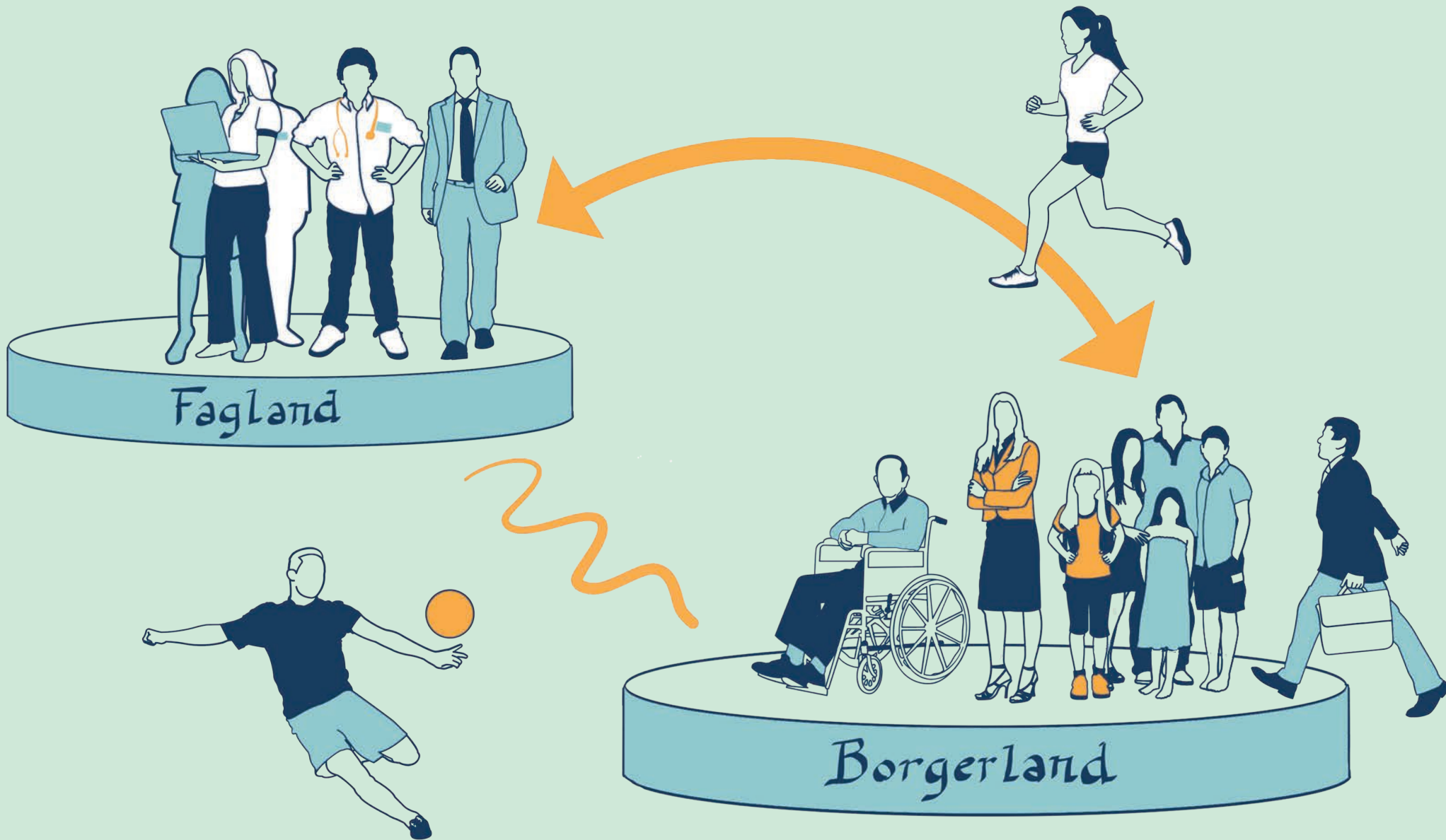
### Samskabelse inviterer til medansvar

Samskabelse inviterer til, at borgere tager et større medansvar for deres egen sundhed. På det organisatoriske niveau inviterer vi borgere til at tage del i at udvikle og gennemføre sundhedsopgaven. På det individuelle niveau inviterer vi borgere til at tage et større ansvar for deres egen sundhed. Vi skal tænke i, at borgere kan være en del af løsningen. De kan som aktive medspillere være en del af den aktivitet, der bliver iværksat. De kan være med til at gennemføre og forankre nye måder at løse sundhedsopgaven på. Det betyder, at civilsamfundet og den enkelte borger bliver en vigtig aktør i at skabe sundhed og velfærd. Det er ikke alene en offentlig opgave eller borgerens eget ansvar. Det er et nyt landskab, vi skal lære at kende. Et landskab, hvor sundhed er noget, vi skaber sammen. Et landskab vi kan kalde ”borgerland” og ”fagland”.

### Borgerland og fagland

Til en start skal vi lære hinanden at kende. Vi skal på besøg i ”borgerlandet” og i ”faglandet” og måske andre lande, der tager et medansvar for sundhed. Vi skal lære kulturerne at kende i de forskellige lande og fortælle hinanden om det, som er vigtigt. Når vi har med borgerinddragelse at gøre, skal vi især interessere os for borgerlandet. Men hvis vi skal skabe gode bæredygtige løsninger, så skal vi også have ”faglandet” og andre relevante lande med til at bidrage til at løfte opgaverne med sundhed. Fortællinger er her gode redskaber til at formidle til hinanden, hvad der foregår i vores lande, og hvad der er vigtigt. Fortællinger er også gode til at skabe kulturforandring.

De næste sider er et bud på en opskrift til at komme i gang med at udvikle nye sundhedstiltag sammen MED borgeren og bryde vanens magt med at udvikle FOR borgeren. Brug opskrifterne som inspiration til vanebrud og til at designe en proces, der passer til jeres virkelighed.



Relationer  
i patient-  
inddragelse

**TIL patienten**  
Information

**FOR patienten**  
Involvering

**MED patienten**  
Samskabelse

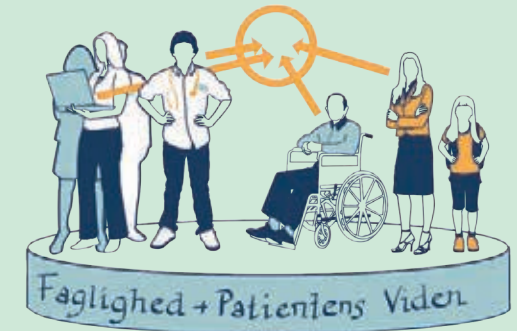
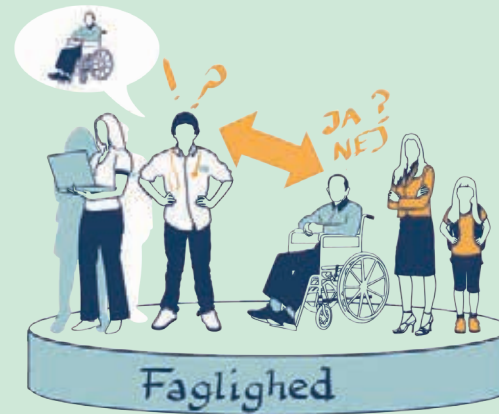
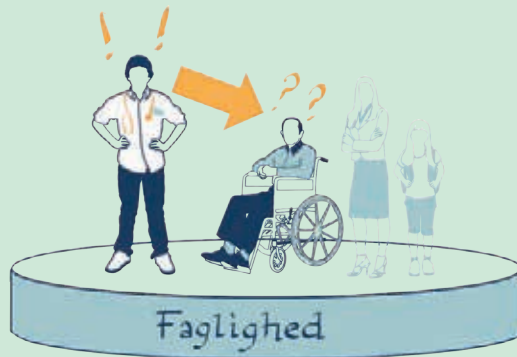
Positioner

Afsender/ Modtager

Rådgiver

Ligeværdig samarbejdspartner

Inddragelse på  
individniveau



Inddragelse på  
organisatorisk  
niveau



Spørgeskema / Interview



Brugerråd



Peerboard



# Fase 1: Sådan kommer vi i gang

Brug tid og kræfter i forberedelsen. Det gør det meget lettere i udviklingsfasen, og når ideerne skal forankres i praksis. I skal ikke i gang med en lineær proces, hvor alt kan planlægges, men søg alligevel at få styr på processer i og mellem de tre faser: forberedelse, samskabelse og forankring. Det er her, I kan tage ledelse og styre retningen for processen, så I lander med noget, der virker i praksis.

Tag en dialog mellem facilitator og ledelse, så I ved, hvordan og hvornår I kommer fra den ene fase til den næste, og hvem der tager ansvar for hvad. Det første møde er en briefing på det procesdesign, I skal have skitseret. Som en del af denne briefing er det godt at reflektere lidt over jeres nuværende kultur for inddragelse på det individuelle og det organisatoriske plan. Det som I 'plejer' at gøre, og som I måske gerne vil udvikle.

## Borgerinddragelse – hvordan?

Bliv bevidst om jeres nuværende kultur for inddragelse af borgere på organisatorisk såvel som individuelt niveau. Arbejder I primært på faglige præmisser, eller har I en kultur, hvor det både er faglighed og patientens viden, der danner afsæt for beslutninger? Er kulturen gennemsyret af en tilgang til borgerinddragelse, hvor I informerer TIL borgeren, eller har I en praksis, hvor fagprofessionelle lægger planer FOR borgeren, som borgerne senere bliver involveret i? Eller har I en kultur, hvor det er naturligt at udvikle og tilrettelægge behandlingsplaner og udviklingstiltag MED borgeren?

Formålet med denne refleksion er at få forventninger og forestillinger ud på bordet, så I kan reflektere over, hvilken retning I vil gå, og hvorvidt I er i gang med det rigtige. Har I sat det rette ambitionsniveau for inddragelse af borgere?

Brug oversigten på den forrige side som støtte til jeres refleksion. Oversigten opdeler borgerinddragelse i information, involvering og samskabelse, og den illustrerer, at borgerens positionering hænger sammen med den relation, vi har i samarbejdet. En opdeling inspireret af Carman (2016), og som Region Nordjyllands politik for patientinddragelse også er inspireret af.

## Timing og parathed

Hvis ambitionen er kulturforandring, er I måske ved at ændre på vaner, rutiner og fagprofessionelles faglige identitet. Det kræver en vis modenhed og parathed at ændre på den faglige identitet og organisationers selvforståelse.

Når vi inviterer borgere og andre aktører ind i udviklingsprocesser, er det en invitation til at blive forstyrret, få feedback og måske kritik. Det kan være et stort spring at gå fra at forstå borgerinddragelse som information TIL borgere – til samskabelse og dialog MED borgere, men det er ikke umuligt.

Tal om fagprofessionelles og organisationens parathed og om, hvorvidt timingen er den rette til samskabelse, eller om I skal starte med tværfaglige eller tværorganisatoriske samarbejder, hvor borgere bliver involveret som høringspart eller testpersoner i udviklingsarbejdet.

Hvis der er forbehold for, at borgere skal med fra start til slut i en samskabende proces, kan I starte med at invitere dem til dele af processen og opbygge tillid til større grad af borgerinddragelse. Det er ikke nødvendigvis bedst at lægge ud med samskabelse. Tag små skridt og bliv inspireret til valg af andre metoder på [www.patientinddragelsesguiden.dk](http://www.patientinddragelsesguiden.dk).

## Organisering af samskabelse

Det næste bliver at få styr på, hvordan I organiserer og faciliterer inddragelse. Det ideelle i samskabelse er, at borgere er med fra start til slut. Det kan betyde, at borgere får indsigt i, at I ikke helt har styr på, hvad I vil, og hvordan I vil gøre det. Det kan også betyde, at borgere er med til at forankre og gennemføre initiativet. Vær åbne for, hvordan borgerinddragelse kan organiseres i jeres organisation, med andre (interesse-) organisationer og i spændingsfeltet mellem ledere, frivillige, medarbejdere og borgere. Der kan være tale om et ad hoc eller et mere kontinuerligt samarbejde med borgere. Borgerne i et peerboard kan være organiseret som et netværk, hvor de deltager i udviklingsarbejdet, men de kan også inviteres ad hoc i dele af processen.

Her er nogle ideer til, hvordan I kan organisere samskabelse:

- Dan et peerboard, der består af borgere og fagprofessionelle og eventuelt andre aktører.
- Dan et peerboard, der består af borgere (tidligere, nuværende eller potentielle patienter og pårørende) i et netværk. I kan trække på peerboardet og matche borgere med forskellige opgaver. Vurdér om peerboardet skal have en permanent funktion, eller om der er tale om et ad hoc-samarbejde.
- Lad en eller flere borgerrepræsentant(er) fungere som brobygger fra peerboard til andre faggrupper, enheder og ledelse. Eventuelt som deltager(e) i en styregruppe.

I en tid, hvor sundhedsvæsenet er optaget af sammenhængende patientforløb og ledelse på tværs, kan peerboardet fungere som brobygger mellem ledelseslag i organisationen eller på tværs af organisatoriske enheder. Brug denne mulighed.

## Anbefalinger til ledelse

Når I arbejder med samskabelse, inviteres civilsamfundet – fx patienter og pårørende – som bekendt ind i maskinrummet i udviklingen af sundhed. Det udfordrer den traditionelle linjeledelse for, hvordan den øverste leder eller afdelingsledelse kan styre og lede på tværs af organisationer og lede frivillige aktører, der ikke har et ansættelsesforhold. Samskabelse kan være den metode, der afføder nye former for ledelse, fordi ledelsesopgaven krydser grænser. Ledelse skal lede både de ansatte i det offentlige, civilsamfundets aktører og eventuelle andre aktører.

Samskabelse kalder på en forståelse af ledelse, der kan arbejde med grænsekrydsende ledelse. En sådan forståelse af ledelse finder vi i begreberne fælles Kurs, Koordinering og Commitment (KKC) (Se Trillingsgaard, 2013). Her handler ledelse ikke om en leder som en person eller en position. Her er ledelse noget, man får, når man lykkes med at skabe en fælles kurs, når man koordinerer en indsats, og når relevante aktører kommitter sig til opgaven.

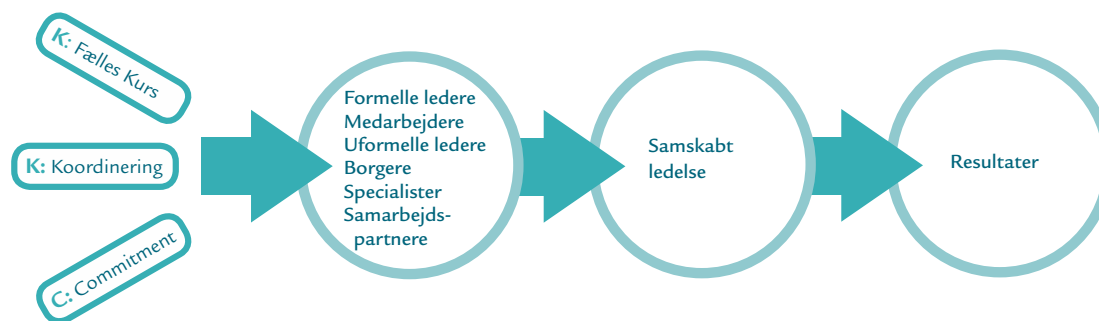
KKC sker i interaktioner mellem deltagere og er altså et produkt, vi kan aflæse i adfærd og i måden, vi kommunikerer på. Vi kan aflæse kommunikationen og aflæse tegn på, hvornår aktører producerer fælles KKC, og hvornår de udviser tegn på det modsatte. Se oversigten på næste side.

De formelle ledere kan sammen med en facilitator understøtte KKC ved at skabe de rette rammer, facilitere dialoger og følge op på beslutninger. Overvej derfor, om I skal have en facilitator, der arbejder internt i organisationen, eller om en facilitator skal hentes udefra.

## Facilitering

En intern facilitator har den fordel, at hun kender organisationens personer og arbejds gange, men hun kan måske have svært ved at frigøre sig fra den kendte praksis og stille undersøgende spørgsmål til vaner og rutiner.

Hvis problemfeltet er konfliktfyldt, kan det være en fordel med en ekstern facilitator for at undgå tvivl om, hvorvidt facilitator favoriserer ét perspektiv. Det kan have en symbolsk betydning med en ekstern facilitator, men en ekstern har måske sværere ved at kende konteksten, løbende følge op på processer og give et kærligt puf til personer, som går en anden vej end den kurs, der er sat. Interne ledere, projektledere og facilitatorer kan lettere koordinere en indsats og følge op på, om de rette personer eller politiske udvalg kommitter sig til det, som igangsættes.



*Når ledelse forstås som Kurs, Koordinering og Commitment er ledelse et produkt, der skabes på tværs af centrale aktører.*

*Inspireret af Anders Trillingsgaard (2013).*

# KKC

# Kurs

# Koordinering

# Commitment

JA

Tilstedeværelse af  
fælles KKC

- Der er afsat tid og rum til en fælles refleksion over, hvorvidt der er fælles KKC til det nye.
- Det nye opleves som relevant og har et visionært og strategisk ophæng.
- Deltagerne kan let forbinde sig til det nye – det giver mening og opleves som værdifuldt.
- Deltagerne kan forklare, hvorfor det nye er værdifuldt, og hvorfor de vil bruge tid og kræfter på det.

- Alle forstår hinandens roller og ansvar.
- Den enkelte og gruppen kan se deres bidrag i en større sammenhæng – arbejdsopgaver passer sammen.
- Der er en fornemmelse af organisering, koordinering og synkronisering.

- Der er en fornemmelse af tillid, tryghed og gensidigt ansvar for opgaven.
- Deltagere udtrykker engagement og motivation for opgaven.

NEJ

Fravær  
af fælles KKC

- Der er uenighed om prioriteter.
- Deltagerne oplever, at de bliver trukket i forskellige retninger.
- Deltagerne oplever, at ting kører i ring.

- Tingene er i uorden: Deadlines overholdes ikke. Arbejdet må gentages, og der forekommer dobbeltarbejde.
- Deltagerne føler sig isoleret fra hinanden.
- Grupper konkurrerer med hinanden.

- Kun de lette ting bliver færdiggjort.
- Alle spørger: Hvad får jeg ud af det?
- Deltagerne handler ikke på initiativer.

## Mobilisér de rette kræfter

I samskabelse er alles bidrag lige vigtige, men forskellige aktører bidrager med noget forskelligt. Tænk over, hvilke borgere der kan bidrage med deres oplevelser, og hvilke fagprofessionelle der kan udvikle og hjælpe et nyt initiativ i gang.

Faldgruben er, at borgere og andre aktører først bliver inddraget sent i processen, fordi mange professionelle bedst trives med at have styr på tingene, før de inviterer andre ind i processen. Det kan betyde, at designere og ledere af nye og innovative tiltag først tænker på at inddrage borgere og frontmedarbejdere sent i processen, når beslutningerne er truffet, og løsninger er fundet. Det ses, når borgere og frontpersonale bliver testpersoner i slutningen af en udviklingsproces, eller når ledere og designere har udstukket retningen for en ny praksis, hvor der ikke er mulighed for ændringer.

Overvej, hvilke deltagere der kan berige en skabende proces, og hvem der skal mobiliseres til at bringe udviklingstiltaget ud i virkeligheden og ind i en forankring i hverdagspraksis. Her er nogle generelle overvejelser i forhold til deltagere:

**Borgere** kan bidrage med erfaringer fra det levede liv. Vurdér om det er nuværende, tidligere patienter eller borgere i al almindelighed, der kan bidrage. Hvis problemstillingen er rettet mod et bestemt patientforløb, er det patienter, der har gennemlevet dette patientforløb, I skal have fat i.

**Patientforeninger** repræsenterer en patientgruppe. De arbejder for en bestemt interesse i det politiske arbejde. Disse interesser kan mange gange gå hånd i hånd med en faglig interesse. En patientforening har en specialiseret viden om en bestemt patientgruppe, og de kan bruge deres kommunikationskanaler til at rekruttere og formidle løsningen ud til deres patientgruppe.

**Ledere** kan bidrage med processtøtte, beslutningskraft, viden om lovgivning og tildeling af ressourcer. De er både garanter for, at initiativet bliver forankret i praksis, for strategisk ophæng og for ledelsesmæssig støtte. Hvis en praksis skal ændres radikalt, skal ledere være med, så I har beslutningskompetencen i rummet.

**Fagprofessionelle** bidrager med faglig viden, erfaring, og viden om, hvordan praksis fungerer nu, og hvilke benspænd der kan være i den lokale praksis.

Fagprofessionelle, der skal implementere initiativet, skal kunne se meningen, før de eventuelt ændrer praksis. Det sker lettest, hvis de også har været med til at udvikle det nye.

**Administration og servicefunktioner** kan umiddelbart opfattes som perifere, men det kan vise sig, at de bidrager med vigtig viden om specialiserede emner. Eksempler kan være sekretærer, IT-afdeling, administration, køkken eller portører.

**Udviklings- og kvalitetskonsulenter** er procesvante. De kan facilitere og bidrage med data. De kender måske til aktiviteter andre steder, som I kan trække på i kraft af, at de kommer rundt i organisationen.

**Andre sundhedsaktører** (kommune, praktiserende læger) er relevante, hvis I arbejder med sammenhængende patientforløb eller andre initiativer, der går på tværs af sektorgrænser.

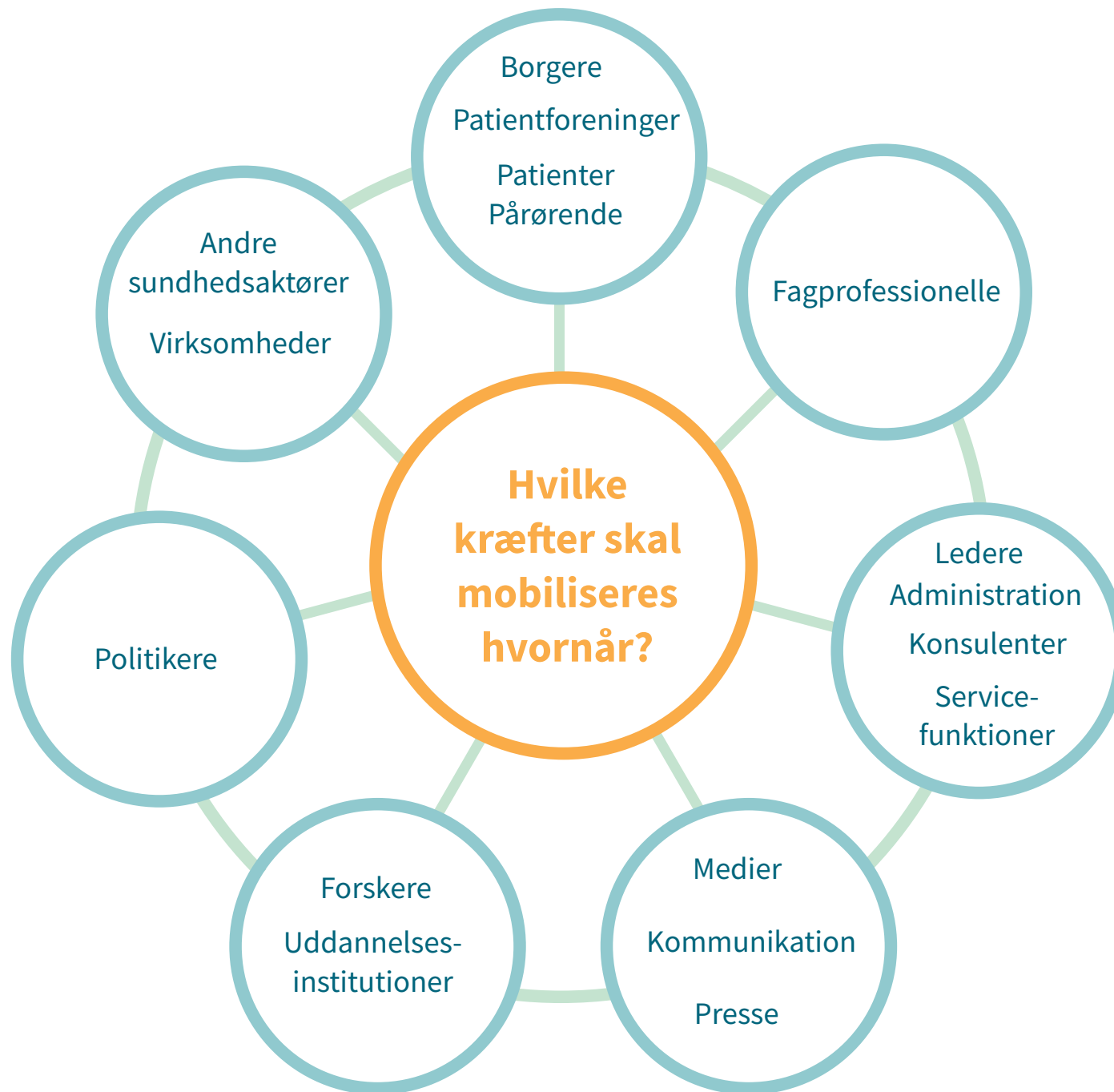
**Virksomheder**, der arbejder inden for problemstillingen, kan bidrage med en specialviden og være gode entreprenører i en innovativ proces. Vær opmærksom på udbudsregler og særlige aftaler med eksterne aktører.

**Politikere** har ofte glæde af at tale med mennesker, der står med problemstillingerne til dagligt. De kan lytte til de forskellige perspektiver og bringe det ind i politiske drøftelser.

**Forskere** bidrager med et metaperspektiv, der kan perspektivere og sætte refleksioner i gang. De kan måske bruge processen som dataindsamling til en forskningsartikel, der bringer jeres initiativ ud i andre kredse. Forskning kan skabe yderligere legitimitet og fokus.

**Uddannelsesinstitutioner** kan bidrage med metoder, facilitering og kompetenceudvikling, og de kan trække ny viden med ind i uddannelser.

**Kommunikationsafdeling og presse** kan inviteres, hvis initiativet skal formidles ud i organisationen, eller hvis I vil nå bredere ud i pressen for at fortælle om, hvad I har gang i. Gør også brug af de sociale medier.



## Sæt holdet hver gang

Gør det klart fra start, at aktørerne kan inviteres til dele af processen, og at der kan ske udskiftning af deltagere undervejs. Ved at sætte denne ramme fra start, legitimerer I udskiftning og bruger kun de ressourcer, der er nødvendige. Det gælder både fagprofessionelle og borgere.

### Hvor mange borgere skal vi invitere?

Vurdér, om det er hensigtsmæssigt, at der er en vis balance mellem antallet af borgere og antallet af professionelle, så der er balance mellem de stemmer, som er i rummet. Vores erfaring er at:

- 1-2 har kun deres egne erfaringer at læne sig op ad. Det styrker patientens stemme, hvis de ikke kun repræsenterer sig selv, men kan trække på andres erfaringer.
- 3-6 personer giver en god dynamik i dialogen, hvis der er lige så mange professionelle.
- 7 personer dækker ofte et godt spektrum og kan repræsentere et borgerperspektiv inden for et tema, hvis der inviteres med blik for diversitet.
- 12-14 personer giver fleksibilitet, hvis deltagerne skal engagere sig i flere arbejdsgrupper over tid, og hvis I vurderer, at der kan ske et vist frafald fra gruppen. Denne gruppestørrelse kan fungere som et netværk, som I kan trække på til forskellige opgaver. Dette antal kan også fungere godt til en workshop med mange professionelle.

### Fif til at invitere patienter

Samskabelse starter ved invitationen og det første møde. Her sætter I rammen for det videre forløb, så det betyder en del, at I gør noget ud af invitationen og overvejer rammerne for mødet. Borgere skal – ligesom professionelle – føle sig værdsat med den viden, de kommer med. Der skal sættes ressourcer af til at rekruttere, udarbejde invitationer, facilitere, følge op og skabe et synligt outcome af processen. Skaberkraften dør, hvis der ikke kommer noget ud af dialogerne.

I skal bruge forskellige kommunikationskanaler til borgere afhængig af, om de er i et behandlingsforløb, eller de har afsluttet forløbet. Persondatalovgivningen sætter nogle begrænsninger for, hvordan I må invitere borgere til samarbejde. I må kun henvende jer direkte via telefon, e-Boks eller mail til en borger, hvis borgeren er i et

forløb på hospitalet. I skal have skriftligt samtykke på, at I må kontakte vedkommende efter afsluttet forløb. Hvis borgeren er under 18 år, skal en værge skrive under på, at den unge må deltage.

### Rekruttering

I kan rekruttere på flere måder:

- Få en sundhedsprofessionel til at prikke borgere på skulderen eller bede hende ringe borgere op og spørge, om de er interesserede.
- Spørge om borgeren har pårørende, der vil deltage.
- Lægge invitationer i venterum og sætte opslag op på udvalgte afdelinger.
- Få patientforeninger til at foreslå deltagere.

Måske skal I rekruttere borgere, der ikke længere er i behandling. I kan rekruttere dem på flere måder:

- Stå foran et indkøbscenter, sundhedshus, skole eller andet lokalt samlingssted, hvor I spørger forbipasserende, om de har lyst til at deltage.
- Brug eksisterende netværk eller foreninger, fx sportsforeninger, Ældre Sagen eller Frivillighuset. De kan foreslå borgere og foretage rekrutteringssamtaler.
- Kontakt patientforeninger. De kan foreslå borgere og foretage rekrutteringssamtaler.
- Sæt flyers på biblioteket, hos afdelinger på hospitalet, hos kommunen og hos læge- og sundhedshuse.
- Annoncér på kommunens og regionens facebookside, andre sociale medier eller dagblade.
- Spørg kommunikationsafdelingen, hvilke andre kanaler I kan bruge.

### Informationsmøde

I kan rekruttere borgere ved at invitere dem til informationsaften. Det giver en mulighed for at klæde borgerne på til at deltage. Samtidig giver det jer mulighed for at udvælge deltagere. Hvis der er flere interesserede, end der er brug for, kan I tage individuelle samtaler eller gruppesamtaler med borgere for at få den sammensætning, der er brug for.

### Mail og telefon

Forskellige målgrupper bruger forskellige medier. Vær opmærksom på, at mange ikke læser e-Boks eller mail hver dag – endsige jævnligt. Det kan derfor være en god idé at invitere via sociale medier for den yngre generation, mens ældre er lettere at få fat i pr. telefon.

I kan supplere en skriftlig invitation på mail med en telefonopringning om, hvad der forventes af patienten. Her kan I samtidig afklare tvivlsspørgsmål og afstemme forventninger.

Det kan desuden være en fordel at ringe til borgeren nogle dage inden mødet for at sikre, at borgeren møder op og fortsat har lyst til at deltage. Telefonopkald inden mødet sikrer, at I har mulighed for at invitere andre deltagere, hvis deltageren i mellemtiden er blevet forhindret.

### Brug krudt på invitationen

Inden I formulerer invitationen, skal I overveje, hvilke lokaler der skal danne rammen for det første møde med deltagerne. Det afhænger af mødets indhold. Overvej om:

- I vil vække borgerens hukommelse ved at invitere til det sted, der er forbundet med sygdom, eller om I skal samle gruppen et andet sted.
- Stedet er let tilgængeligt med offentlig transport og let at finde.
- Rummet understøtter formålet med mødet.

### Fasthold deltagernes motivation i processen

Motivation er drivkraften i processen. Gør derfor aktivt brug af det, som ofte motiverer borgere såvel som professionelle. Vores erfaring er, at borgere, aktører i andre organisationer, foreninger og medarbejdere skal opleve, at det, der foregår, er relevant for dem. De skal kunne se værdien og meningen i at indgå i et samarbejde med sundhedsvæsenets aktører.

Borgerne kan til enhver tid melde fra uden videre begrundelse, så søg efter dem, der kan se en mening med at bidrage. Vi har mødt disse motivationsfaktorer hos borgere, der deltog, fordi de så en mulighed for at:

- Få tid til refleksion og få bearbejdet egne oplevelser.
- Få afleveret ubehagelige oplevelser til nogen, der har mulighed for at gøre noget ved det uheldsmæssige.
- Gøre noget MED andre og FOR andre.
- Få anerkendelse for deres viden og erfaring, ved at denne viden kan bruges til at udvikle sundhedsvæsenet.
- Møde ligesindede og indgå i et fællesskab.
- Skabe og forandre noget, der gør en forskel.

Fagprofessionelle motiveres ofte af, at de kan:

- Forbedre den praksis, de er en del af.
- Få indsigt i borgerens verden på en anden måde, end de er vant til, hvor de ofte både har ansvar for samtale og forløb.
- Udvikle deres faglighed.
- Opbygge samarbejdsrelationer, der har betydning for, hvor godt deres opgaver kan løses.

Andre aktører motiveres ved at:

- Blive involveret tidligt i processen, så indflydelse er mulig.
- Opbygge netværk og relationer, der har betydning for vigtige sundheds- eller samfundsopgavers løsning.
- Få mulighed for at gøre en forskel FOR og MED borgere.

# Værktøjer til forberedelsesfasen

## Refleksionsværktøj

Der er mange processer, der er i spil i en samskabende proces. I forberedelsesfasen handler det om at blive så bevidst som mulig om, hvad I har gang i, og hvordan I kan designe selve samskabelsen og den efterfølgende forankringsproces, hvor tingene skal virke i praksis. Tag en dialog med afsæt i nedenstående spørgsmål. Det gør jer I stand til at udarbejde undersøgelsesspørgsmål og design.

### Problemstilling

- Baggrund/formål: Hvorfor vil vi forandre og udvikle det, vi kender?
- Problemstilling: Hvad er problemet, og hvordan ser vi på problemet? Kan vi formulere et undersøgelsesspørgsmål?
- Problemløsning: Har vi forudindtagede idéer til, hvordan løsningen ser ud?
- Adfærd: Er der nogen, der forventes at gøre noget anderledes, end de plejer?
- Præmisser: Hvilke præmisser arbejder vi ud fra – borgerens, faglighedens eller økonomiens præmisser? Har vi fat i de rigtige præmisser?
- Værdier: Hvilke værdier eller strategier arbejder vi ud fra? (Kvalitetsmål, værdibaseret sundhed eller noget andet?)

### Timing og parathed for samskabelse

- Står vinduet åbent til at invitere borgere og evt. andre aktører med i udviklingsarbejdet?
- Hvor meget står vinduet åbent til samskabelse? Brug oversigten side 6.
- Hvor meget indflydelse kan borgere og medarbejdere få i processen, og hvor meget er der truffet beslutning om på forhånd?
- Kan deltagerne forbinde sig til udviklingsarbejdet – giver det mening og værdi?

### Mobiliser de rette kræfter

- Hvordan får vi de rette kræfter mobiliseret? (borgere såvel som professionelle)
- Hvem skal vi motivere og mobilisere til samskabelse og hvor mange?
- Er der aktiviteter i gang andre steder?
- Er der andre indsatsler, vi kan inspireres af, genbruge, udvikle eller spille sammen med?

## Procesdesign

- Hvilke metoder og værktøjer kan understøtte processen?
- Skal initiativet understøttes af data?
- Hvilke ressourcer har vi til rådighed?

## Ledelse

- Hvilken forståelse af ledelse går vi ind i projektet med? Er der brug for at tænke endnu mere i ledelse, der går på tværs i organisationen?
- Hvem udgør ledelsen af initiativet – en leder, en styregruppe på tværs af enheder og sektorer eller?
- Skal borgere være med til at lede og styre initiativet?
- Skal centrale fagpersoner deltage for at tage ejerskab, så initiativet kan omsættes i en ny praksis?
- Hvordan rammesætter vi udviklingsarbejdet?

## Facilitering

- Skal borgerstemmen faciliteres og eventuelt have sekretariatsbistand?
- Skal I have en intern eller ekstern facilitator?
- Hvad er facilitator rolle og lederens rolle i forhold til at skabe fælles Kurs, Koordination og Commitment?

## Organisering af borgerinddragelse

- Hvem står for kontakten til borgere og professionelle, og hvem koordinerer de praktiske ting?
- Hvordan organiserer vi patientinddragelse? Skal vi organisere et ad hoc, et permanent peerboard eller noget andet?

## Evaluering

- Skal vi evaluere på proces og / eller effekt. Hvis ja – hvordan?
- Kan peerboardet indgå i evalueringsarbejdet?



# Skitse til design

Brug skitsen til at tænke processen igennem.

## Problemstilling

- Formål, problemstilling, løsningsforslag, adfærd, præmisser og værdier
- Undersøgende spørgsmål

## Timing og parathed

- Er vi parat til samskabelse?  
Brug oversigten s. 6

## Mobilisering

- Hvem og hvordan?

## Procesdesign

- Metoder, værktøjer, ressourcer, data?

## Ledelse

- Kurs, Koordinering og Commitment  
– hvordan gør vi?

## Facilitering

- Hvem og hvordan  
facilitering?

## Organisering

- Hvordan organiserer vi  
patientinddragelse?

## Evaluering

- Proces eller effekt  
evaluering og kan borgere  
deltage?

## Fase 2: Faciliter samskabelse – sådan

I selve samskabelsen skal I facilitere processerne, så det er muligt at være nysgerrige på hinanden, udvikle og prioritere ideer, konkretisere og teste løsninger. I skal skabe et fælles tredje og opbygge relationer.

### Fælles tredje og relationer

Et fælles tredje kan illustreres med kommunikationstrekanten, hvor det fælles tredje er det indhold eller det emne, deltagerne er samlet om at forholde sig til. Det er dog kun måske fælles, for det er ikke sikkert, at deltagerne taler om det samme. Vær opmærksom på, om de taler om det samme. Sæt ord på, hvis de ikke gør, og hjælp dem med at tale om samme emne fra hvert deres perspektiv.

Når deltagerne forholder sig til et tema, forholder de sig også til deres indre kommunikation. Måske forholder de sig også til hinanden, markeret med den vandrette linje.

For at styrke relationen skal alle deltagere have taletid på møderne, evt. i mindre grupper, eller de skal høres i interview og dialoger. Vær opmærksom på, at relationen mellem fagprofessionelle og frivillige aktører har stor betydning for, om I får skabt fundamentet for en udviklings- eller skabelsesproces, hvor deltagerne tør stille spørgsmålstejn til hinandens perspektiver og forestille sig en alternativ praksis.

Når fagprofessionelle møder borgere og forbinder sig til borgernes fortællinger, kan der ske en bevægelse i måden, de tænker, værdisætter og prioriterer på.

### Fortællinger

Fortællinger kan åbne en dialog mellem fagprofessionelle og borgere, så de forbinder sig til det tema, der skal tales om. Her er det væsentlig at finde balancen mellem en lang personlig beretning om sygdom og de ting, patienten har oplevet i mødet med sundhedsvæsenet.

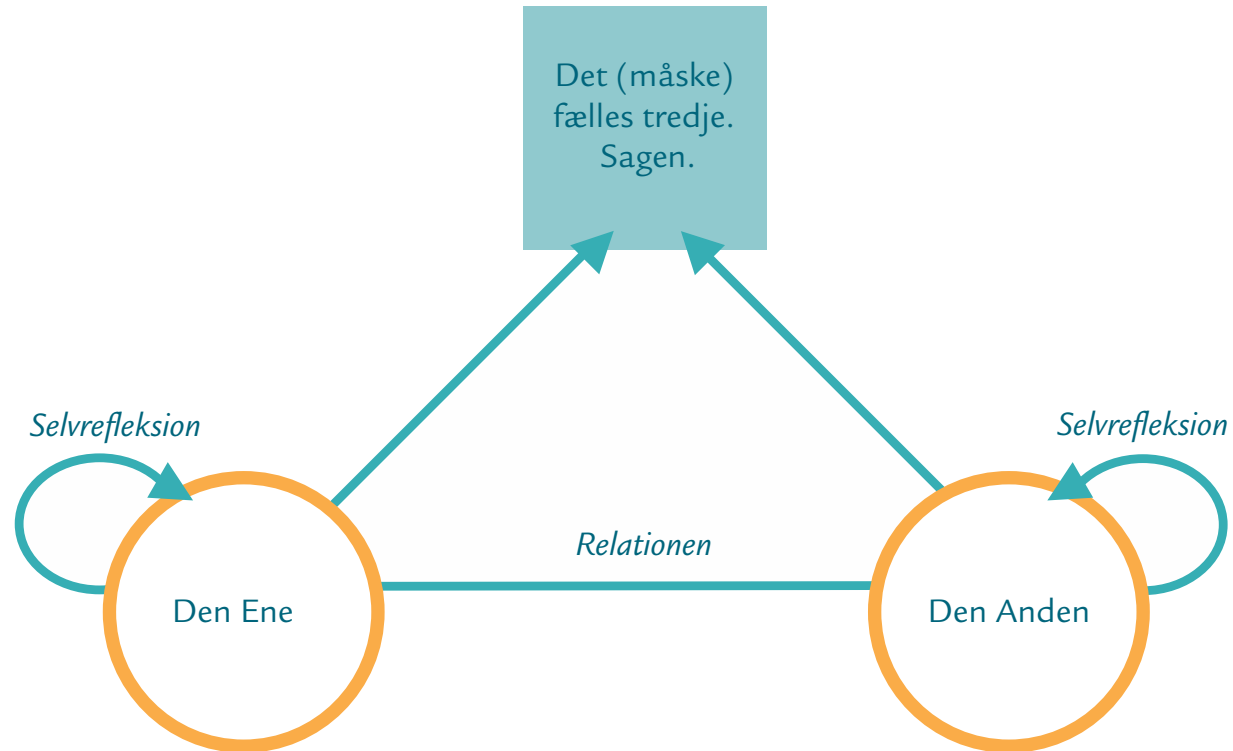
Hvis målet er at arbejde med organisatoriske forbedringer, er det ikke så relevant med detaljerede beretninger om oplevelser af sygdom. Borgere er imidlertid ofte optaget af sygdomsberetninger, og de tager afsæt her i deres fortællinger, men de skal guides, så fortællingerne også siger noget om det organisatoriske eller det relationelle. Kommuniker om, hvad der er det fælles tredje, så deltagerne kan knytte an til det i deres fortællinger. Brug fx visuelle skabeloner til at gøre det synligt, hvad der er relevant at have i fokus.

Fortællinger kan sætte bevægelse i gang, hvis lytterne lytter empatisk og bagom det sagte. De appellerer til en lytteform, der skaber resonans. Resonans er en klangbund af genkendelighed, et match, der gør det muligt at skabe forbindelse til det, der bliver fortalt, og til det der ligger bag det sagte ord. En forbindelse, som gør det muligt at undre sig og stille uddybende spørgsmål til den andens følelser, behov og værdier.

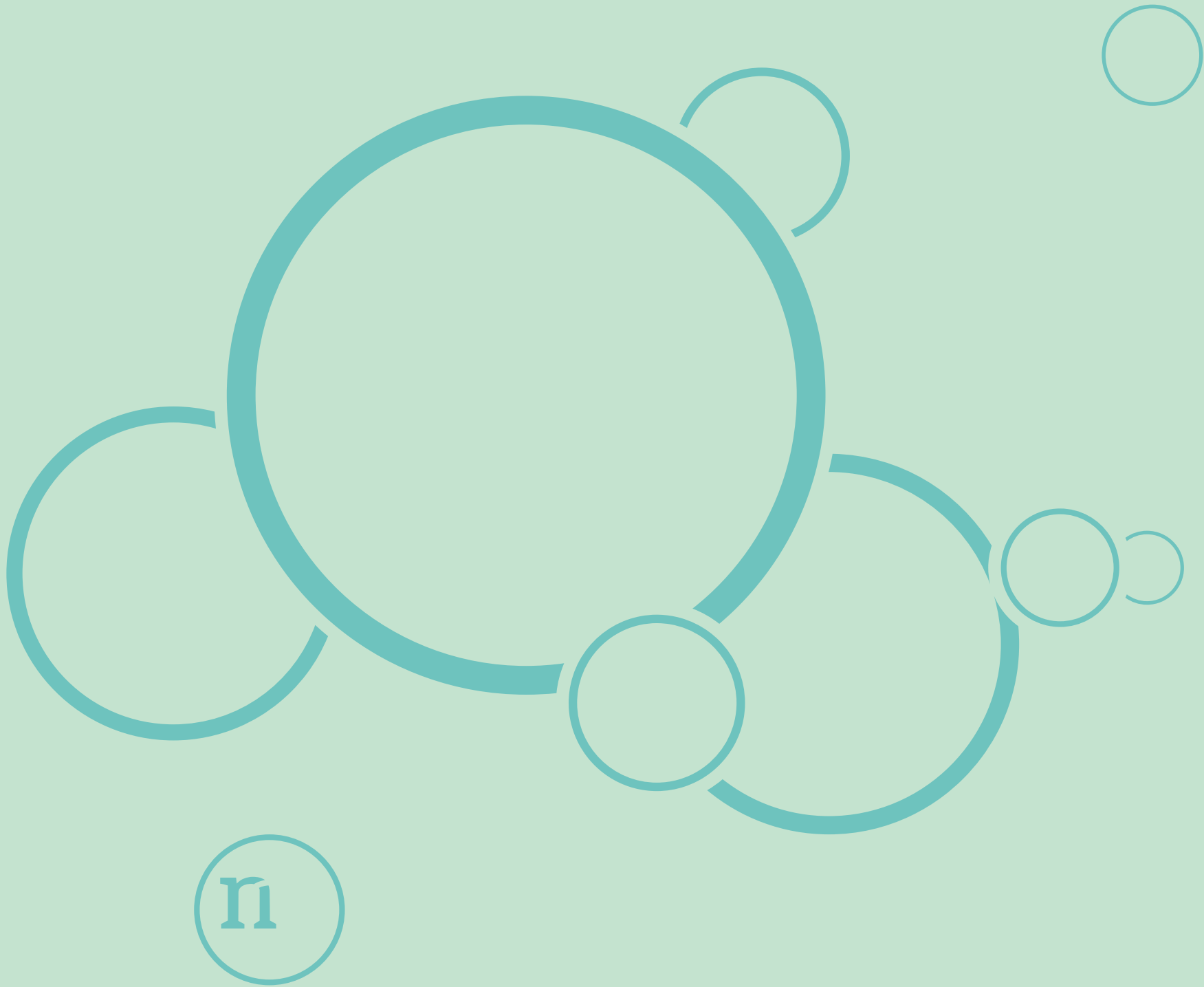
Når fagprofessionelle lytter til borgernes fortællinger, kan de gå derfra og opleve, at der er muligheder for at skabe forandringer. Der er måske skabt motivation til at gøre noget ved problemerne. Der er måske aktiveret en handlekraft eller en ændring i det gældende mindset. En bevægelse er sat i gang, som er det, der kan skabe ændringer i kulturen og fagidentiteten. Fortællinger kan mobilisere de kræfter, der skal til for at omsætte ord til handling.

Facilitators opgave er at skabe et rum, hvor bevægelse er mulig. En metode til det er, at de fagprofessionelle får mulighed for blot at lytte uden, at de har ansvaret for at styre samtalen og komme med svar og forklaringer. Når fagprofessionelle lytter til borgernes fortællinger, sker der ofte det, at motivationen til handling vækkes hos fagprofessionelle. Når først motivationen til at gøre noget ved det u hensigtsmæssige er tændt, strækker fagprofessionelle sig langt for at få tingene til at lykkes. Se fortællinger som værktøj side 22.

# Det fælles tredje



*Det fælles tredje er det indhold eller den opgave, vi sammen giver opmærksomhed. Det er den sag, vi (måske) er fælles om.  
Kommunikationstrekanten er udviklet af Benedicte Madsen (2002)*



### Tid og rum til undersøgelser

Lav en proces, hvor emnet undersøges fra forskellige perspektiver. Skab en stemning af, at det er tilladt at undre sig over, hvordan noget forholder sig. Det kan fx være undren over, hvad der skaber værdi for borgeren, både når borgeren er inde i systemet, står udenfor i en venteposition eller har afsluttet et forløb.

Lyt efter, hvad der egentlig betyder noget for brugere af sundhedsvæsenet og for borgere i det hele taget.

Fagprofessionelle har sommetider en forståelse af, at de tror, de ved, hvad der er bedst for borgeren, men når vi giver plads til borgernes perspektiver og lytter til, hvad der betyder noget, så kommer der ting frem, som kan være en øjenåbner for selv garvede fagprofessionelle.

Borgeres personlige fortællinger kan være en konstruktiv forstyrrelse af de fagprofessionelles selvforståelse - og et nyttigt redskab til forandring. Fortællinger kan vække empati, forestillingsevne og indlevelse i, hvordan et patientforløb opleves af et menneske. Forudsætningen for dette er tillid, tryghed og respekt.

### Opbyg tillid, tryghed og gensidig respekt

Tillid bygges op, når den enkelte får indfriet sine forventninger om, at den anden er pålidelig. Det gælder både for borgere, professionelle og eksterne aktører.

Professionelle skal have en vis tryghed til at invitere borgere til at opdage, at der er noget i praksis, der kan fungere bedre. Vær opmærksom på, at samskabelse er nyt for mange, så der skal bruges kræfter på at opbygge tillid og opbygge en relation fx ved at:

- Tale åbent om, hvad I ved om emnet, hvad der ligger fast, og hvad der er åbent for dialog og nytænkning.
- Vær ærlig om, hvor I er i processen, og hvad jeres intentioner er.
- Fortæl hvilken grad af indflydelse, der er mulig, og hvad I gerne vil have, at deltagerne bidrager med.
- Understøt ord med noget visuelt.

Hvis borgerne oplever, at de bliver mødt med accept i en ikke-dømmende atmosfære, har de mere lyst til at fortælle deres historie. De skal være trygge ved, at deres

historie bliver brugt til udviklingsarbejde, og at det ikke har personlige konsekvenser for dem, hvis de er kritiske. Borgere kan fx være bekymrede for, om de kan få den hjælp, de har brug for næste gang, de bliver syge, eller næste gang de skal møde til kontrol hos den behandler, som måske også sidder i lokalet.

Sæt rammerne for fortrolighed og tavshedspligt om borgernes personlige historier. Lad dem evt. skrive under på en samtykkeerklæring, der beskriver, hvad deres historier bliver brugt til.

Som opsamling kan vi pege på følgende ting, der kan virke befordrende på samskabelse, fx at:

- Der er afsat tid og rum til at undre sig og undersøge emnet.
- Deltagerne kan forbinde sig til emnet. Det skal opleves som relevant, visionært og have strategisk ophæng.
- Deltagerne kan bidrage til noget fælles - et fælles tredje.
- Processen opleves som meningsfuld.
- Metoder og værktøjer understøtter en undersøgende proces - fx ved at bruge fortællinger og visuelle skabeloner.
- Kommunikationen bevæger sig hen mod visionen.
- Der er tillid, tryghed og respekt for hinandens forskellighed.

Disse kvaliteter i samværet kan I understøtte ved at vælge værktøjer, der understøtter ovennævnte. I næste afsnit præsenterer vi værktøjer til samskabelse.

# Værktøjer til samskabelse

## Åbne-ordne-lukke værktøj

Der er mange processer og værktøjer, der kan understøtte samskabelse. Vælg forskellige værktøjer til at understøtte tre grundlæggende processer:

ÅBNE – ORDNE – LUKKE-processer. Hele samskabelsesprocessen skal have denne struktur, men også hver enkelt møde kan med fordel tilrettelægges indenfor denne logik. Det vil sige, at I først arbejder med at ”åbne” op for at drøfte et emne og for at lære hinanden at kende. Når I har undersøgt emnet, skal det systematiseres og struktureres. Det skal ”ordnes” for at skabe overblik, retning og handlekraft. I afrunder processer ved at tænke i, at den skal ”lukkes” ned. Det skal være muligt at træffe beslutninger, handle og måske producere et outcome af processen.

### Tjekspørgsmål til struktur:

#### Åbne

- Er deltagerne motiveret til at indgå i udviklingsarbejdet, eller skal I have fokus på at skabe motivation og opbygge relationer?
- Hvordan kan deltagerne undersøge problemstillinger og løsningsmuligheder – sammen og hver for sig?
- Kan I understøtte processen visuelt?

#### Ordne

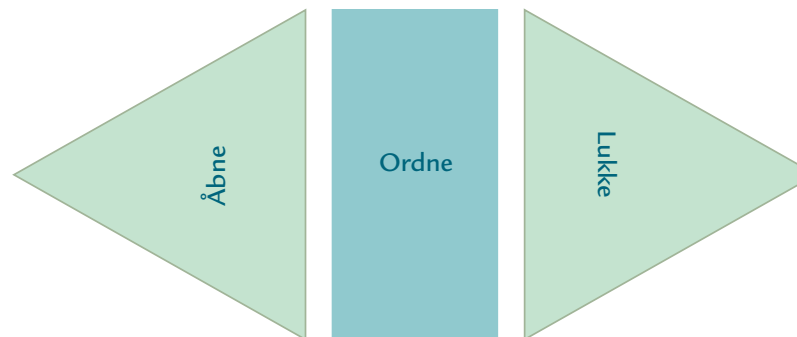
- Hvordan skaber I et fælles tredje, der skaber gennemsigtighed og overblik?
- Hvordan samler I op og systematiserer de mange input?
- Hvordan prioriterer og konkretiserer I ideer?

#### Lukke

- Hvordan får vi skabt en mulig retning og mulighed for handling – en retning, som en styregruppe måske skal tage stilling til i forhold til den videre proces?
- Kan outcome gøres konkret, synligt og håndgribeligt?

Vælg de værktøjer, der understøtter processens formål, målgruppe og emnet.

Fasthold den planlagte proces i en drejebog til hvert møde. Beskriv, hvad I vil gøre,



og hvilke metoder og værktøjer der skal understøtte processen. Hvad er det vigtigt at få sagt undervejs i processen? Se skabelon for drejebog næste side.

Åbneværktøjer skal fx kunne anvendes til at:

- Motivere til at gå i gang og lære hinanden at kende.
- Afklare emne og give fokus.
- Dele viden og erfaringer.
- Generere idéer.

Ordneværktøjer skal fx kunne anvendes til at:

- Prioritere.
- Konkretisere.
- Give overblik.
- Udvælge.
- Kvalificere.
- Udvikle.

Lukkeværktøjer skal fx kunne anvendes til at:

- Samle op.
- Evaluere.
- Planlægge.
- Handle.
- Præsentere.
- Sætte retning og træffe beslutninger.

Vælg metoder og værktøjer, der understøtter denne logik i jeres design af processen.

# Drejebog

● Tid	● Opgaver i samskabelse	● Materialer og noter
	<b>Åbne:</b> Hvordan lærer deltagerne hinanden at kende?	
	<b>Åbne tema:</b> Hvordan rammesætter vi? Hvordan skal programmet se ud? Kan vi skabe et fælles tredje? Hvilke metoder og værktøjer skal understøtte åbne-processer?	
	<b>Ordne:</b> Hvordan sorterer vi og foretager prioriteringer?	
	<b>Lukke:</b> Hvordan får vi skabt en retning, som vi kan arbejde videre med?	
	<b>Lukke:</b> Hvem gør hvad, hvornår?	

## Fortællinger som værktøj

Mødet i mellem ”faglandet” og ”borgerlandet” kan bringes i spil med fortællinger. Borgernes fortællinger gør os klogere på, hvad der skaber værdi i borgerlandet. Fagprofessionelles fortællinger kan fx være fortællinger om faglige ambitioner og håb for den fremtidige praksis, de går og drømmer om.

Fortællinger er fortalte historier om erfaringer og oplevelser fra det levede liv. Det levede liv kan fortælles og kortlægges i et narrativ. Et narrativ har en start, en midte og en slutning. De er opbygget i et tidsperspektiv og har en indbygget evaluering eller pointe. Fortælleren tilskriver forskellige episoder og konkrete handlinger mening i et narrativ.

Det levede liv kan også bestå af mere fragmenterede brudstykker, der er sværere at kortlægge, fordi de opleves som usammenhængende, kropslige og måske knapt sproglige. Oplevelser som i første omgang ikke kommer med i fortællingen. Det er øjeblikke, som kan være svære at sætte ord på fx i et interview, men det kan alligevel have værdi i borgerens liv.

Narrativ praksis er en metode til at få øje på den viden, der ligger hengemt i de oplevelser og de erfaringer, som borgerne har fra deres liv. I denne sammenhæng er det ofte oplevelser med sundhedsvæsenet eller oplevelser fra livet med sygdom.

Vi kan som facilitatorer spørge ind til narrativer, men vi kan også bruge vores sanser, mærke indad og mærke resonansen fra den andens fortælling i os selv. Når vi aktiverer lytternes og vores egen evne til resonans, kan vi hjælpe borgere til at sætte ord på følelser og oplevelser, der har betydning for borgeren, selv om det er svært at finde ordene.

Facilitatoren kan være fødselshjælper for, at borgere kan formulere deres oplevelser i en fortælling. Facilitator spørger typisk undersøgende ind til borgerens oplevelser og de forhåbninger, drømme og forventninger, der knytter sig til det, de har oplevet. Narrativer tales frem, når der fortælles om det, som skete; episoder, oplevelser, handlinger, samt hvordan fortælleren tilskriver disse episoder mening.

Facilitator spørger ind til det foretrukne ud fra en idé om, at alting også kunne være anderledes. Spørgsmålene i et narrativt interview er typisk åbne i starten af

interviewet for dernæst at spørge mere konkret og uddybende ind til det, som fortælleren tilskriver mening. Det kan være spørgsmål som:

**Situation:** Hvordan har du oplevet dit forløb eller mødet med hospitalet? Hvad skete der? Hvad skete der derefter? Hvordan oplevede du det?

**Evaluering:** Var det ok eller ikke ok?

**Værdi:** Hvad betyder disse episoder for din oplevelse af forløbet dengang og nu?

**Handling:** Kunne noget være anderledes og bedre undervejs?

Interviewet kan suppleres med spørgsmål, som de fagprofessionelle gerne vil have borgerens respons på. Interviewet kan gå over i dialog mellem borgere og fagprofessionelle og starte en samskabende proces. I kan også vælge at strukturere en ”bevidning”.

### Gør lytning synlig gennem bevidning

Bevidning er en måde at lytte på. Lytterne er en slags 'vidner' til fortællingerne. Derfor lytter de efter nøgleord og bruger de sansninger, billeder og tanker, der dukker op i deres sind, imens fortællingerne bliver fortalt.

Når borgerne har fortalt, og fagprofessionelle har lyttet på, så skal borgerne nu lytte til, hvad de fagprofessionelle har oplevet undervejs, imens de lyttede til fortællingerne. Facilitator interviewer derfor de fagprofessionelle om:

**Indtryk:** Hvad optog jer i borgernes fortællinger?

**Billeder og sansninger:** Hvilke billeder fik I af, hvad der er vigtigt for borgerne?

**Resonans:** Hvordan klinger det i forhold til emner, I som fagprofessionelle er optaget af?

**Bevægelse:** Hvad sætter fortællingerne i gang hos jer – hvad får I lyst til at handle på? Hvad bliver I inspireret til?

Interviewprocessen afsluttes ved igen at spørge borgeren:

**Proces:** Hvordan er det at blive lyttet til på denne måde?

**Værdi:** Hvad har været særlig vigtigt at få fortalt eller få respons på?

**Handling:** Hvis sundhedsvæsenet skal ændre på noget, hvad vil så have størst betydning for dig/er? Er der noget, I har lyst til at bidrage med i det arbejde?



## Gruppen har potentialer

I vores arbejde med patientfortællinger opdager vi, at det har en særlig effekt at samle borgere i en gruppe og lade dem tale sammen. Fagprofessionelle får meget ud af blot at lytte til fortællinger og spørge ind til patienters oplevelser.

Vores erfaring er, at en gruppe kan inspirere hinanden til at få fat i deres fragmenterede oplevelser – og få dem talt frem i en fortælling. Ovenikøbet en fortælling, der viser sig at have betydning for oplevelsen af patientforløbet.

Vi møder fx en gruppe gravide kvinder med diabetes. En af dem fortæller om oplevelsen af at sidde i venteværelset med et plastikkrus med urin. Blodsukkeret er som regel for højt hos gravide diabetikere, og alle gravide skal måle det. Til den ambulante kontrol sidder alle gravide kvinder i samme venteværelse. De kvinder, som har for højt et blodsukker, skal gemme deres urin i et plastikkrus. Kvinden fortæller om det ydmygende i at sidde i venteværelset og føle sig udstillet som den kvinde, der ikke har styr på sit blodsukker.

Fortællingen skaber en resonans hos alle, der sidder i rummet. Vi kan mærke væmmelsen ved tanken om at sidde med sin egen urin i et plastikkrus i et venteværelse. Ikke mindst andres blik på den, der sidder med sit plastikkrus. Alle i rummet ved, at blodsukkeret er for højt.

Det sætter en anden fortælling i gang, nemlig fortællingen om at føle sig udstillet som gravid. Der er glasvægge i venteværelset, og alle kan regne ud, at når man sidder i dét venteværelse, så er det fordi, at man er gravid. Det betyder, at ens arbejdsgiver, kollega eller nabo kan regne ud, at man er gravid, hvis de går forbi.

Det næste møde er et samskabende møde på tværs af specialer, hvor en af kvinderne med diabetes genfortæller, hvad gruppen af kvinder med diabetes oplever i deres patientforløb. Fortællingerne motiverer til stor handlekraft.

Fortællingerne motiverer fagprofessionelle til at skabe forbedringer. Den patientoplevede kvalitet er ikke god nok. På det efterfølgende beslutningsmøde vælger ledelsen, at gravide kvinder med diabetes kan få en lidt dyrere 'strip' til at måle urin med, så kvinderne ikke skal sidde med deres urin i venteværelset. Der bliver iværksat et forsøg, hvor gravide med diabetes kan sidde i samme venteværelse og måske tale

sammen i de timer, de er der. Ændringer af venteværelsets glasparti må vente til, at hospitalet flytter til det nye universitetshospital. Vi erfarer, at hvis patientens stemme skal have en betydning i økonomiske prioriteringer, vil det være en fordel, hvis budgetansvarlige ledere bliver committet undervejs i de samskabende processer.

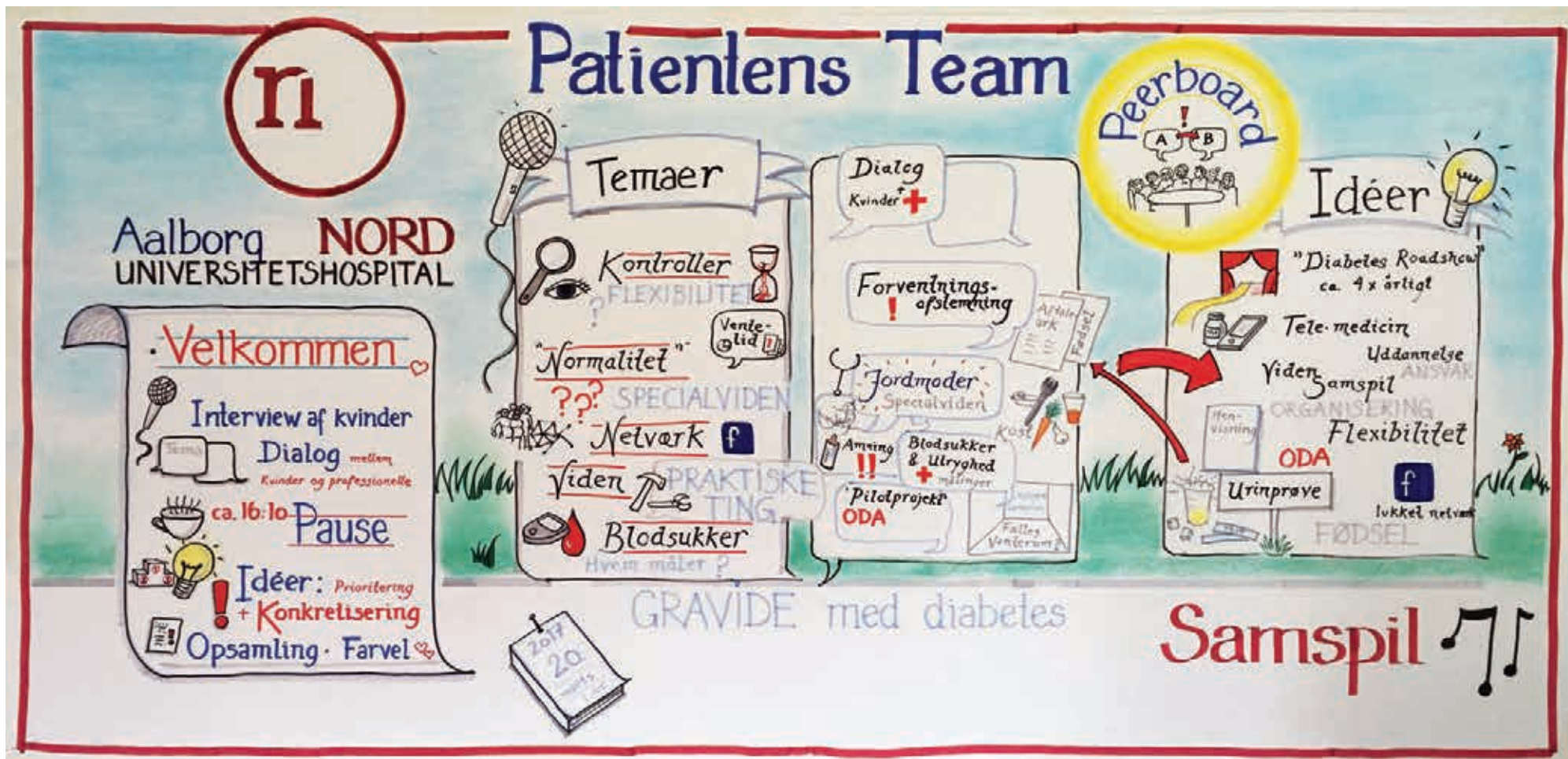
Da vi samler op ét år efter, er næsten alle tingene implementeret. Initiativerne overlevede besparelser og organisatoriske omstruktureringer – takket være fire kvinders fortællinger, som én kvinde kunne formidle videre til en større gruppe fagprofessionelle.

Fortællinger i grupper har også en anden fordel. Nogle patienter føler sig mindre sårbare ved at fortælle om egne oplevelser til professionelle, når de er en del af en gruppe. De oplever, at de ikke er alene med deres oplevelser. Nogle borgere tænker: det er nok bare mig, der har den oplevelse. Når borgere hører, at andre har lignende oplevelser, tør de fortælle noget mere. En sidegevinst er, at de samtidig får bearbejdet deres egne oplevelser og ofte får ny viden med sig hjem. Det er tilsyneladende også lettere at få de kropsligt bundne oplevelser talt frem i en fortælling. Oplevelser, som har betydning for den faglige og den patientoplevede kvalitet.

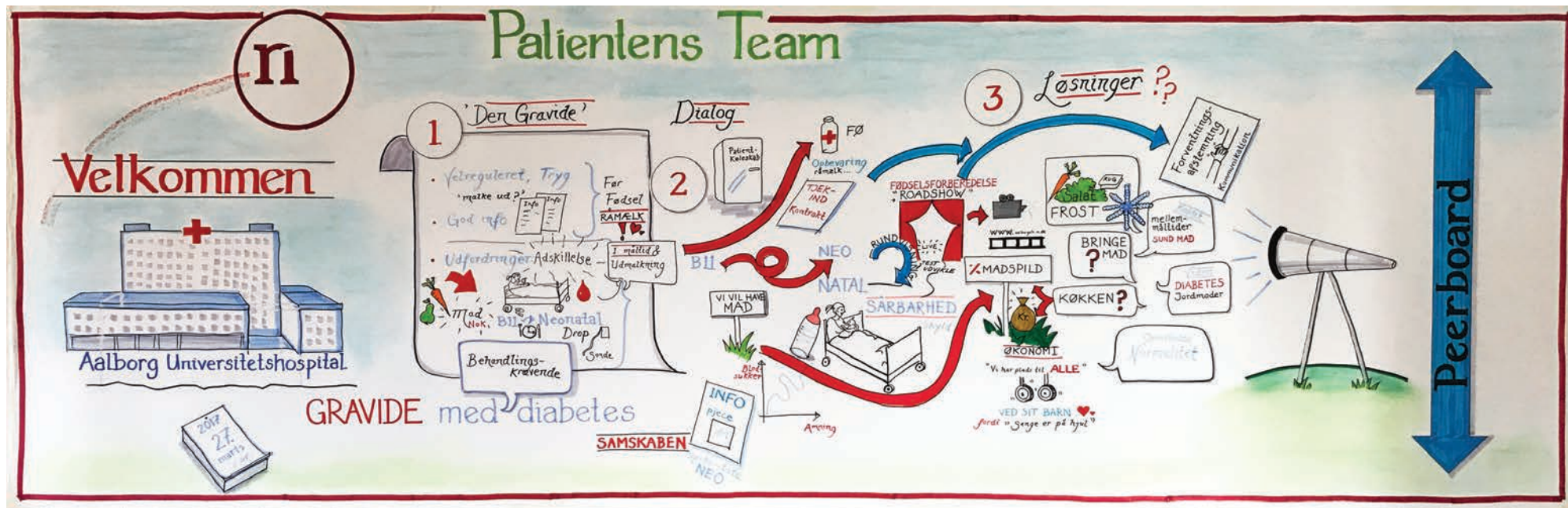
Læge og kontorchef for Kvalitet og Sammenhæng på Aalborg Universitetshospital, Charlotte Wiig Allerød, lytter til flere seancer, hvor en gruppe borgere fortæller om deres patientforløb. Hun fremhæver at:

”Det er noget særligt at opleve, hvordan der i dialogen mellem patienter kommer oplevelser frem, som ikke var en del af den første fortælling... Oplevelser man som fagprofessionel eller facilitator kan spørge ind til og få uddybet i et tillidsfuldt rum. Oplevelser som har betydning for den patientoplevede og faglige kvalitet af patientforløbet”.

Fortællinger kan også give indspark til den faglige og den organisatoriske kvalitet. De kan hjælpe ledere og fagprofessionelle til at prioritere, hvor fokus skal være i kvalitetsudviklingen, men de har også en anden fordel.



Fire kvinder med hver sin form for diabetes faciliteres til at reflektere over deres patientforløb. De går i dialog – først med hinanden, dernæst med en læge, en kvalitetskoordinator og en forløbschef, som sidder og lytter til deres fortællinger. Sammen udvikler de idéer til at imødekomme de problemstillinger, som kvinderne har oplevet i deres forløb. Gruppen af kvinder fortæller om det, som har gjort indtryk på dem i deres ca. 8 måneders forløb. Den samlede fortælling bliver efterfølgende genfortalt af en repræsentant fra gruppen til to tværfaglige møder i forløbet før fødslen og i forløbet efter fødslen. Fortællingerne virker stærkt motiverende til at skabe forandringer.



Charlotte Wiig Allerød har oplevet, hvordan en faciliteret proces kan give plads til en anden måde at lytte på, fordi hun ikke har ansvar for kommunikationen:

”En faciliteret proces, hvor fagprofessionelle lytter til patientfortællinger, giver fagprofessionelle en mulighed for at lytte til dialogen mellem patienter og være i en ligeværdig dialog med patienter. De fagprofessionelle har ikke et ansvar for forløbet af samtalen, som de plejer i klinisk praksis. De kan koncentrere sig om at lytte og spørge nysgerrigt ind til patienternes oplevelser og få ideer til, hvor vi kan udvikle kvaliteten”.

Fagprofessionelle får et frirum til at lytte, reflektere og være nysgerrige på de interesser, som borgerne har. Den narrative praksis byder på flere metoder. Det, at benytte

fotos til at understøtte en fortælling, er en metode, vi har brugt flittigt, fordi billeder kan udfolde en fortælling.

### Fotos og tegninger

Fortrykte fotos, der appellerer til følelser og værdier, kan bruges til at reflektere over et emne. Billederne fortæller en historie i sig selv. Når en borger eller en sundhedsprofessionel fortæller noget ud fra et foto, tillægger hun det en mening.

Facilitator kan stille et spørgsmål eller formulere et emne, som deltagerne skal relatere billedet til. Billedet hjælper fortællinger i gang, og lyttere kan spørge undrende ind til ting på billedet. Billeder har også den fordel, at det er nemt for mange at huske i billeder, så en fortælling, der er koblet sammen med et billede, huskes bedre. Billeder fortæller også tit mere end mange ord. Det forstærker budskab og hukommelse, hvis I kombinerer tegninger med ord. Populært sagt er der input til begge vores hjernehalvdele. Tegn programmet for mødet og for den proces, I skal i gang med, på en flipover. Tegn fx åbne-, ordne-, lukke-logikken til at forklare processen og eventuelt den tidsplan, I har planlagt.

TEMA: \_\_\_\_\_

Perspektiver:  
Hvilke problemstillinger  
og løsningsmuligheder  
ser vi?

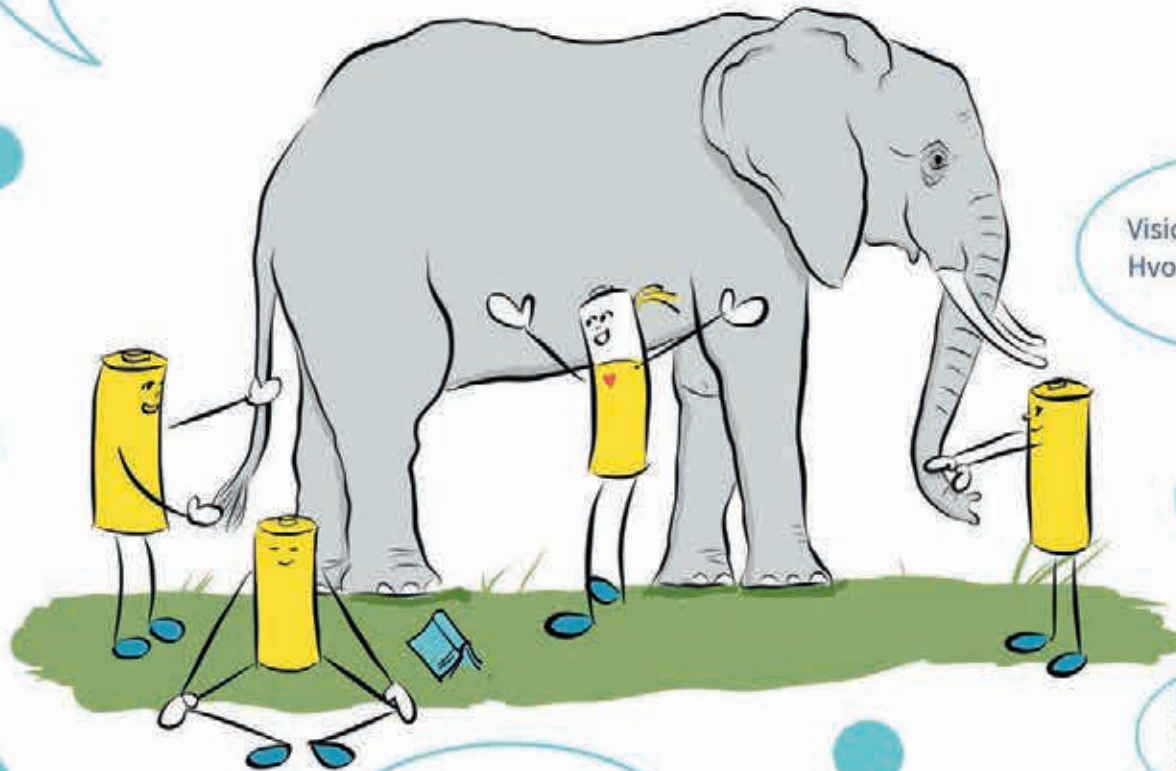
Har vi gang i det  
rigtige? Kan vi gøre en  
forskel for borgerne?

Bruger vi ressourcerne  
(penge, tid, faglighed)  
på det rigtige?



Visioner / Mål  
Hvor skal vi hen?

Værdi for borgeren  
/patienten:  
Hvad er vigtigt?



Opmærksomhedspunkter:  
Hvad skal vi være  
opmærksomme på?

Proces:  
Hvad går vi i gang  
med først?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Grafisk facilitering som fælles tredje

Grafisk facilitering er håndtegninger, der synliggør det, som foregår i samtalerummet. Tegneprocessen kan virke som en katalysator for udviklingsprocessen. Det giver energi i rummet og bryder med traditionelle måder at styre et møde på. Fordelen er, at alle kan følge med og forstå, hvad der foregår i processen. Faglige termer og indforstået viden om professionelles praksis bliver oversat til billeder, så alle er med. Vi oplevede, at det ikke kun er borgerne, der har glæde af, at det komplekse gøres enkelt. Fagprofessionelle har også glæde af at reducere kompleksiteten.

Den grafiske facilitering producerer et visuelt referat. Det er ord, omsat til tegninger og enkelte nøgleord. Et tegnet, visuelt referat er en måde at skabe et fælles tredje på. Vores erfaring er, at borgere føler sig lyttet til og taget alvorligt, når der er en visuel lytter i rummet. Samtidigt giver det et overblik for alle, når det sagte bliver omsat til billeder. Et overblik, der kan refereres til undervejs i en opsamling eller som referat af mødet.

I en samskabende proces kan papiret være blankt, måske med en overskrift, som markerer, at vi sammen skal fylde papiret ud. I kan også på forhånd tegne en skabelon, som kan styre samtalen. Se fx Gameplan og Bollemodel s. 29. I kan også kombinere grafisk facilitering med individuel refleksion, hvor deltagere noterer deres ideer på post-it sedler, som tegneren kan samle op i en tegning.

## Visuelle skabeloner skaber et fælles tredje

I kan hente hjælp til at strukturere en dialog ved at bruge visuelle skabeloner, se eksempel forrige side. Det kan være en skabelon, I enten tegner på tavlen eller på papir. En visuel skabelon virker som et stillads for samtalen og den skabende proces. I kan på den måde målrette refleksionen og samtalen.

En visuel skabelon, der er udfyldt med tegninger, kan fungere som et visuelt referat og skaber samtidigt et fælles tredje. Et fælles tredje sikrer, at deltagerne på mødet forholder sig til sagen – og ikke fortaber sig i en af deltagernes fortællinger om sin sygdomshistorie. Her følger nogle eksempler på, hvor vi har arbejdet med et visuelt fælles tredje.

## Skabelon som fælles tredje i en åbningsproces

På en opstartsworkshop i projekt ”Nye Veje” skal borgere og professionelle i dialog med hinanden i mindre grupper. Formålet er at skabe en dialog om forskellige emner mellem borgere og fagprofessionelle. Vi bruger en skabelon med en tegning som fælles tredje.

På det første møde sætter vi rammen for den samskabende proces. Vi fortæller en historie, der skal give deltagerne den forståelse, at hver enkelt perspektiv er vigtigt. Vi har på forhånd udarbejdet en visuel skabelon, som alle deltagere får udleveret. Det er en elefanttegning, som de kan bruge til noter i en individuel refleksion og til efterfølgende dialog i en mindre gruppe. Vi italesætter historien om de blinde mænd, der skal beskrive en elefant. Alt efter hvor mændene rører elefanten, mærker de noget forskelligt. De fortolker ud fra deres erfaringer. Manden ved benet tror, at det er et træ, han står ved. Manden ved snablen beskriver det, han mærker, som en slange. Manden ved halen fortæller, at han står med en kost i hånden og så videre.

Historien om de blinde mænd kan sige noget om, at vi oplever noget forskelligt, og at det kan hænge sammen med de erfaringer, vi i øvrigt har med os. Borgere oplever noget, og fagprofessionelle oplever noget andet. Alle forsøger at finde nye veje ud fra det, som de kender. Ingen kan begribe helheden. Den visuelle skabelon skal understrege, at det er ok, at vi ikke kan se helheden, men at vi skal prøve at undersøge emnet ved, at flere kan se mere ved at gå i dialog med hinanden.

## Konkretiseringsværktøj – fra ord til handling

Når I skal udvikle en idé, skal den gøres konkret. I skal komme fra ord til handling. På næste side er en skabelon til at konkretisere en idé. Skabelonen er udarbejdet med inspiration fra bogen PÅ TVÆRS – grænsekrydsende ledelse og samarbejde, Jørgensen (2016). Konkretiseringsværktøjet stiller skarpt på uklarheder og hjælper processen fra dialog til handling.



# Konkretiseringsværktøj - fra ord til handling

1. Navn på ideen:

2. Beskriv ideen kort:

3. Hvorfor er det en god ide?  
Hvilket problem løser den?

4. Hvem skal/vil være med til at  
prøve idéen af?

Navne, kontaktoplysninger

5. Hvordan skal det  
gennemføres?

Beskriv de næste tre skridt, og  
hvem der tager dem.

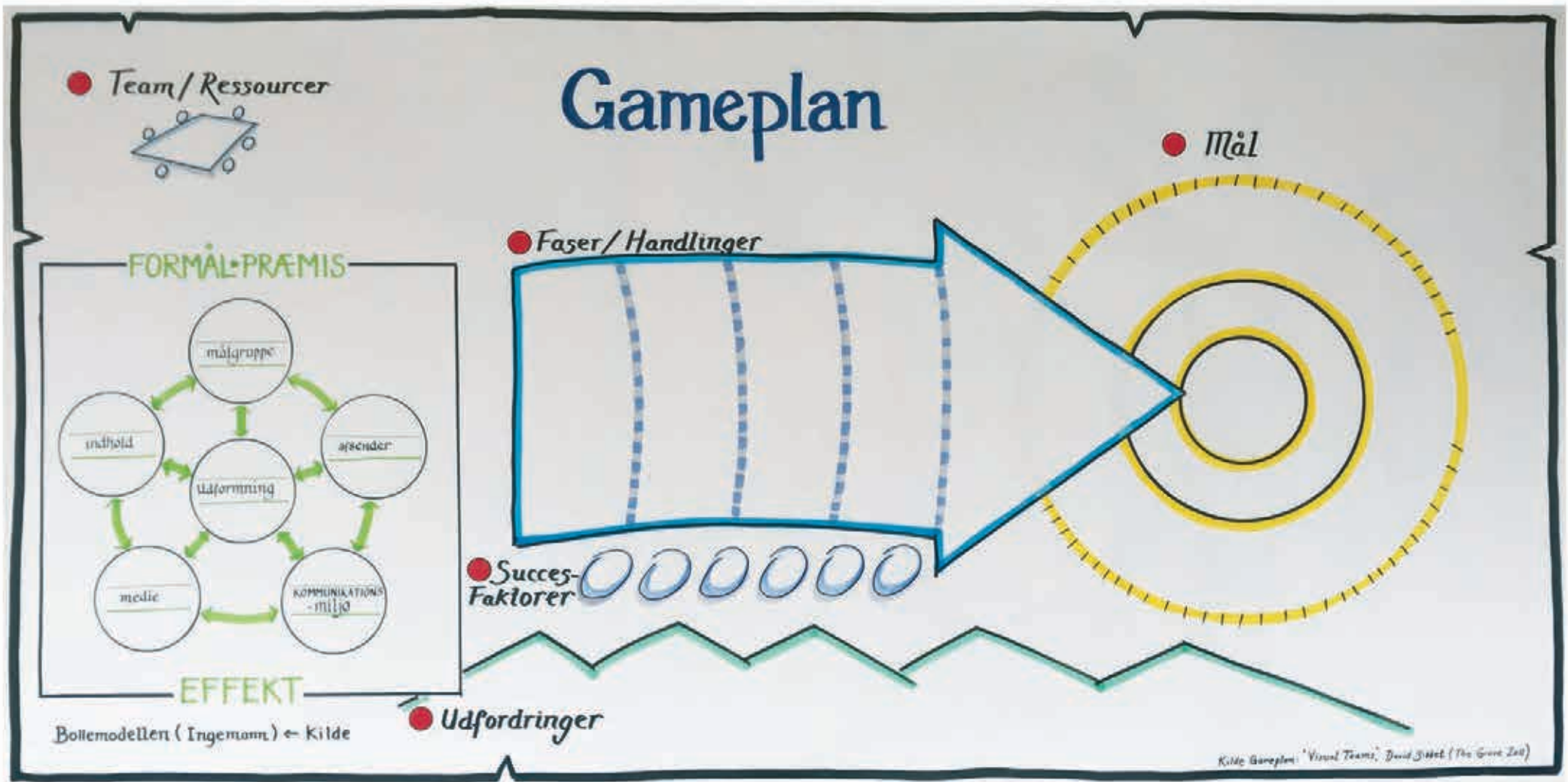
6. Hvornår kan ideen prøves af?

7. Ideens realiserbarhed

Vurder på en skala fra 1-5, hvor  
1 er meget let, og 5 er meget  
svært.

Hvorfor er det let/svært?

8. Tegn evt. ideen



Vi kombinerer 'Bollemodellen' med en 'Gameplan'. Bollemodellen er et værktøj, der kan understøtte en refleksion over tilblivelsen af et kommunikationsværktøj.

En gameplan reflekterer den nuværende tilstand, ressourcer, mål, visioner, outcome, procesplan, udfordringer og de faktorer, der kan frembringe en succes.

Når refleksionerne visualiseres bliver det fælles tredje synligt og understøtter fokus for den fælles refleksion.

## Fase 3: Forankring af det nye

Når I har udviklet og skabt et produkt, en ny praksis eller iværksat en indsats, skal det forankres og masseres ind i den kendte praksis. Der kræver ledelse, eventuelt samskabt ledelse.

### Samskabt ledelse

Det nye i samskabelse er, at borgerne og eventuelt andre aktører kan være en del af løsningen. De kan være med i gennemførelsen og måske i ledelsen af den nye aktivitet. Samskabelse udfordrer kort sagt den vante måde at bedrive ledelse på. Den hierarkiske linjeledelse kommer til kort. Medarbejdere er måske skiftet ud med samarbejdspartnere.

Der er brug for, at ledelse kan gå på tværs af enheder og række ud i borgerlandet. Vi kan igen bruge ledelsesrammen fra fælles Kurs, Koordinering og Commitment (KKC) som grundlag til at begribe ledelse. I forankringsfasen er commitment særlig vigtig, fordi der er en sårbarhed i processer med samskabelse. Vi går fra det kendte ud i det ukendte og skal finde nye rutiner. Disse skift er sårbare, fordi det er lettere at gå tilbage til det kendte, end det er at træde ud i det nye og måske ændre adfærd eller måder at tænke på. Det handler om vaner og vanebrud.

Vi kalder denne fase implementering eller forankring. Den nye praksis skal forankres i nye måder at handle på, kommunikere på, eller hvad det nye nu engang handler om.

Forankring skal ske hos den formelle ledelse, men også hos andre som fx specialister, uformelle ledere, samarbejdspartnere og frontmedarbejdere. De medarbejdere og eventuelt borgere, der ikke nødvendigvis har været med i udviklingsfasen, skal finde ud af, hvad det nye er, og hvad det kræver af dem, for at få det nye til at ske. De skal kunne se meningen med det nye for at kunne følge den retning, der er sat.

Hvis der ikke er opbakning til det nye, så kan I begynde at se tegn på fravær af KKC. Se oversigten side 9: Tegn på tilstedeværelse og fravær af KKC.

Ledere og facilitatorer har et særligt ansvar for at give opmærksomhed til de dynamikker, der viser sig som tegn på tilstedeværelse eller fravær af KKC. Personer, der tager et ledelsesansvar, kan bidrage til en højere grad af KKC ved at sætte ind der, hvor der er brug for et kærligt puf for at komme videre. Tag derfor en drøftelse af tilstedeværelse og fravær af den fælles KKC og de dynamikker, der kan aflæses i denne forbindelse. Sæt ind med støtte, rammer og facilitering af nye processer for at skabe fælles Kurs, Koordinering og Commitment. Vi erfarede, at et visuelt værktøj hjælper KKC på vej, fordi der er et fælles tredje at tale ud fra.

### Visuelle værktøjer understøtter forankring af ny praksis

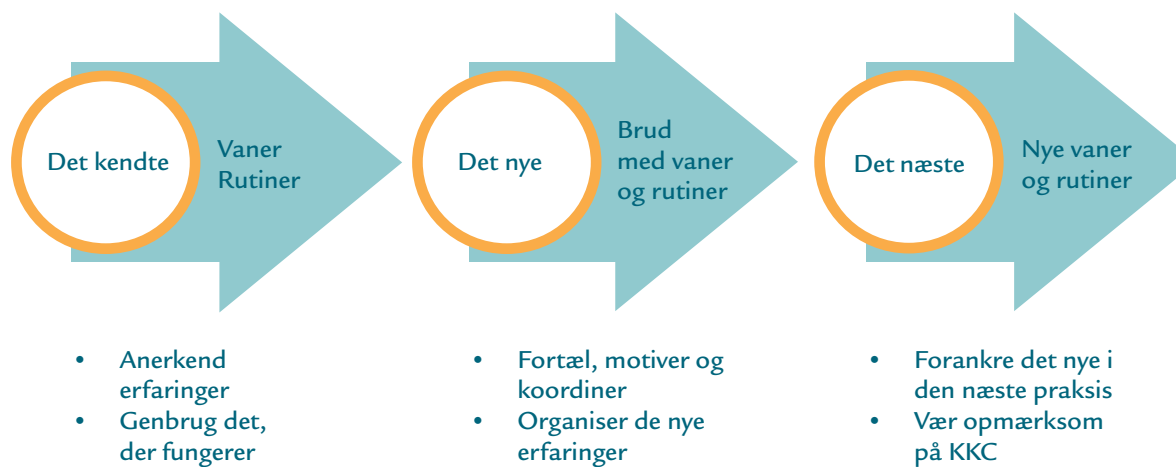
Visuelle værktøjer kan understøtte en fælles Kurs, Koordinering og Commitment til det nye, fordi det er lettere at forbinde sig og skabe mening, når vi kan kommunikere om noget konkret og håndgribeligt.

Et visuelt værktøj bidrager til, at vi kan se den nye praksis for os og have det som et fælles tredje at tale ud fra. Fx når en praktiserende læge forventes at tale om andet end medicin med sine smertepatienter. Et visuelt, håndgribeligt produkt kan på den måde understøtte en ønsket adfærdsændring. Det visuelle samtaleværktøj gør det lettere at forstå, hvilken adfærdsændring der forventes af de praktiserende læger. Det kan I læse mere om i case 3.

De næste sider præsenterer tre cases, der understøtter individuel borgerinddragelse med et visuelt værktøj.



# Det kendte - det nye - det næste



*Forandringer handler om brud med vaner. Facilitator og ledere anerkender de erfaringer som er til stede og genbruger det, som fungerer i den kendte praksis. Det nye kan komme til syne i fortællinger om det nye og ved at motivere, koordinere og organisere de nye erfaringer. Den næste praksis forankres ved at understøtte og facilitere en fælles kurs, arbejde med koordinering og sørge for at aktørerne kommitter sig til en praksis med nye vaner og rutiner.*

*Kilde: Inspireret af konsulenthuset Villa Venire, Olsen og Larsen (2012).*

# Cases - 3 eksempler på samskabelse

Vi vil nu præsentere 3 cases, som eksempler på forskellige former for samskabelse og brugen af forskellige metoder og værktøjer.

## Case 1: Peerboard med benamputerede borgere

”Et ben foran – peerboard med benamputerede patienter” vinder Danske Regioners pris for årets borgerinddragende initiativ 2018. Baggrunden for vinderprisen er blandt andet, at borgere er med fra start til slut i et udviklingsprojekt. Men det vidste vi ikke, da vi startede 1½ år forinden, hvor hospitalsledelse, klinikledelse og afsnitsledelse bliver enige om at afprøve ideerne i peerboard og samskabelse. Ambitionen er at skabe et sammenhængende patientforløb for benamputerede borgere på tværs af Aalborg Universitetshospital-Hjørring og regionens 11 kommuner, så vi går i gang med at undersøge, hvordan vi kan inddrage en sårbar og ofte multisyge patientgruppe – og etablere et samarbejde med en kommune.

### Briefing af procesdesign

Vi vil arbejde med at udvikle og implementere det, vi i Region Nordjylland kalder Patientens Team. Ideen bag Patientens Team er, at patienten ikke skal falde ned mellem de mange stole, der kan være i sundhedsvæsenet. Patienten skal opleve, at forløbet er et tværfagligt koordineret samarbejde, som patienten inddrages i undervejs, både i hospitalsregi og på tværs af sektorer. Intensionen er, at patienten positioneres som ligeværdig partner sammen med evt. pårørende i samarbejdet med centrale fagprofessionelle. Vi kan forstå Patientens Team som en samarbejdsform, der danner rammen for samskabelse i den individuelle patientinddragelse. Patientens Team består som minimum af en patientansvarlig læge og patienten. Andre fagprofessionelle og pårørende kan være en del af teamet, hvis det giver mening i forløbet.

Den afsnitsledende sygeplejerske, sygeplejersken med en særlig klinisk funktion og facilitator drøfter indledningsvist, hvordan vi kan designe en udviklingsproces. Vi bliver enige om, at det undersøgende spørgsmål i udviklingsarbejdet er:

*Hvem er Patientens Team i hospitalsregi og efter udskrivelse, og hvordan kan vi forbedre overgangen mellem hospital og kommune?*

Vi er enige om at åbne problemstillingen ved at interviewe nogle patienter og pårørende for at bedre at forstå, hvordan de oplever kvaliteten i patientforløbet, og hvordan Patientens Team kan se ud, set fra patientens vinkel.

### Vinduet er åbent for samskabelse

Vi rammesætter udviklingsarbejdet. Vi vil have borgere MED til at udpege problemstillinger og finde løsninger på problemerne. Vi vil gerne høre, hvordan patienter og pårørende oplever hele forløbet, fordi vi har en ambition om at skabe sammenhængende patientforløb. Hospitalet har derfor fokus på overgangen til kommunerne og på at forbedre det tværfaglige samarbejde. Vinduet er åbent for samskabelse.

Vi designer en proces, hvor sygeplejerske og facilitator tager ud i borgernes hjem, fordi benamputerede patienter ofte er multisyge patienter, der har svært ved at komme ind på hospitalet. Det bliver 3 hjemmeinterview, hvor borgeren har sin nærmeste pårørende med. Vi spørger til deres oplevelser med forløbets organisering, deres behov for en patientansvarlig læge, deres oplevelse af teamsamarbejde på hospital og i deres kommune, genoptræning, sårpleje og boligindretning.

### Patientfortællinger som data

Vi har ambitioner om samskabelse og bruger narrativ praksis som metode til at få borgernes fortællinger frem i lyset. Borgernes fortællinger skal hjælpe os med at sætte ind der, hvor de oplever et problem i patientforløbet. De skal også hjælpe os til at komme med bud på, hvordan Patientens Team konkret kan se ud, når vi arbejder på tværs af sektorgrænser. Og hvorvidt de har behov for en patientansvarlig læge.

Vi inviterer fagprofessionelle fra kommune, hospital og borgere, der har fået amputeret deres ben, samt deres pårørende. På det første møde er vi inspireret af metoden Feedbackmøde, som er en struktureret samtaleform fra den narrative praksis. Metoden er udviklet med henblik på borgernes feedback på en praksis. Se [www.patientinddragelsesguiden.dk](http://www.patientinddragelsesguiden.dk)

### Patientfortællinger peger på problemstillinger og løsninger

Vi møder patienterne Anette Ørtoft og Jørgen Katballe og deres pårørende Thomas Nielsen og Britta Bak. Anette og Jørgen har hver fået amputeret et ben og går til genoptræning i hospitalets fysioterapi. De er inviteret til at fortælle om deres benamputationsforløb. De supplerer hinanden undervejs i deres fortællinger, da deres forløb har været noget forskellig. Anette har fået amputeret benet på grund af en uopdaget blodprop, og Jørgen har haft sår på benet som følge af diabetes. Alligevel fortsætter den ene, hvor den anden slipper, da de også har mange oplevelser til fælles.

De starter ud med en kronologisk fortælling; et narrativ om deres forløb og deres sygdomshistorie. Alle patientfortællinger peger på, at sygeplejen på hospitalet fungerer som et team og sygeplejen i kommunen fungerer også rigtig godt, og de har også øje for de pårørende. Det er et stort tab at miste sit ben. Men det er alligevel tiden efter udskrivelse, de beskriver som et kaos med mange nye indtryk og følelser, de ikke har oplevet før.

Livet har taget en markant drejning, og det er en jungle at finde rundt i kommunens regler og tilbud. De beskriver følelsen af at være overladt til sig selv i kaos. De skriger efter at få hjælp, både til sorgbearbejdelse over at have mistet et ben og til at navigere i en ukendt verden.

Sammenholdt med de tre hjemmeinterview begynder der at tegne sig et billede af situationer, som benamputerede står overfor, når de kommer hjem.

På spørgsmålet om, hvad de har behov for, ønsker de sig en kontaktperson, som vil hjælpe dem med at navigere rundt i de kommunale tilbud. De oplever, at deres liv på ingen måde hænger sammen. Det, borgerne fortæller, matcher med intensionen i Patientens Team, hvor fagprofessionelle samarbejder på tværs og i samarbejde med borgeren. Men hvordan kommer vi fra skrivebordets intension til konkret handling? Kan hospitalet indgå i et udviklingsarbejde, der ligger uden for deres organisatoriske grænser? Kan og skal hospitalet overhovedet indgå i udviklingsarbejde i det kommunale system, spørger vi os selv.

Det er ukendt land. Ingen plejer at beskæftige sig med livet efter udskrivelse og kommunens tilbud på en sengeafdeling. På den anden side vil vi arbejde med overgan-

gen i et sammenhængende patientforløb, så vi sætter holdet på ny og designer et nyt møde med leder, visitatorer, sygeplejersker og fysioterapeuter fra en nærliggende kommune, fra hospitalet og hospitalets præst. Vi inviterer de samme borgere til at genfortælle deres historier til en bredere skare. Intensionen er samskabelse i det, vi på dette tidspunkt forstår som et ad hoc peerboard.

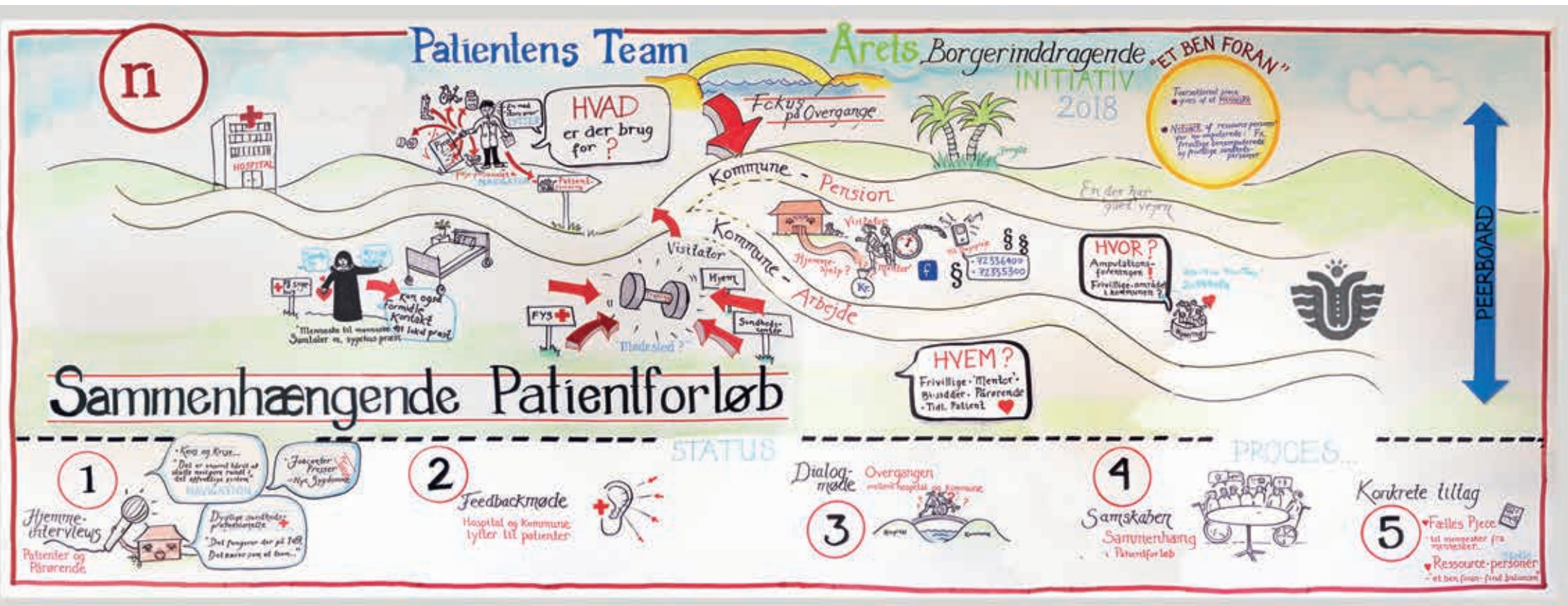
Vi inviterer også en visuel lytter med til det mødet. Vi vil have et visuelt fælles tredje, vi kan tale ind i og være sammen om i skabelsesprocessen. Ingen i rummet kender hele patientforløbet, så tegningen skal give os et overblik over, hvad der opleves som et problem, og de løsningsforslag der dukker op undervejs i dialogerne. Britta som er pårørende siger undervejs, at det er rart med tegningen, for hun forstår ikke alt det, de fagprofessionelle taler om. Det skaber en tryghed i rummet at kunne kigge op på tegningen. Selve tegningen bliver det referat, vi igen og igen vender tilbage til for at holde fast i, hvad der skaber værdi for patienten.

### Borgerne bliver en del af løsningen

På det samskabende møde hører vi borgerne genfortælle deres oplevelser. Vi undersøger muligheden for, at hospitalspræsten kan knyttes tættere til patientforløbet, og hvorvidt kommunen kan stille med en kontaktperson som en del af Patientens Team. Jørgen Katballe, der har fået amputeret sit ben fortæller:

”Der er en kæmpe problematik, når man kommer hjem. Det er fint med visitator og hjemmeplejen lige, når man kommer hjem, men når det så kommer til fx ventetider på hjælpemidler, pension og ændringer i hjemmet, så går det galt. Jeg oplever, at alle vasker hænder. Det er altid en anden instans – ikke deres ansvar. Det er en jungle at finde rundt i, og det har ingen af os kræfter til.”

Kommunens deltagere kan imidlertid ikke se, at de kan stille med en kontaktperson, der guider patienten. Det vil kræve ekstra ressourcer, de ikke har og en faglighed, der heller ikke er til stede i den nuværende organisering. Løsningsforslaget falder til jorden. Alle kan se problemet, men den åbenlyse løsning om en kontaktperson er ikke mulig i den nuværende specialiserede organisering, hvor fagprofessionelle er specialister indenfor hvert deres område.



Denne tegning bliver produceret til det fjerde møde, hvor både fagprofessionelle fra hospitalet, fra kommunen, hospitalspræsten og fire borgere er mødt op for at samskabe et sammenhængende patientforløb. Efter Aalborg Universitetshospital - Hjørring vandt Danske Regioners pris som Året Borgerinddragende Initiativ, blev tegningen redigeret med den nye titel. Den hænger nu på gangen i sengeafdelingen.

Borgerne understreger, at de ikke efterspørger en specialist, men et menneske, der kan møde dem og guide dem hen til den rette afdeling, når de har et problem. Gode råd er dyre.... Hvad gør vi nu? Hvis kommunen ikke kan hjælpe med at navigere, hvem kan så? Kan patienter og pårørende hjælpe hinanden – måske sammen med professionelle? Luften i rummet er spændt, for hvem gider være med i en skueproces? Har dialogerne været spildt?

En fysioterapeut rækker hånden op og siger, at hun om et års tid går på pension og gerne vil bruge sin seniortid på at hjælpe benamputerede ud fra sin mangeårige erfaring med protesetræning. Det giver energi i rummet. Facilitator undersøger idéen i at skabe et netværk af ressourcepersoner for nyamputerede borgere. Et netværk, hvor der både kan være frivillige fagprofessionelle og frivillige benamputerede og deres pårørende. Som I kan se på tegningen, drøfter vi også muligheden for at udvikle en fælles tværsektoriel pjece, der gives af et menneske til et menneske. Borgerne efterlyser at blive mødt som menneske med de behov, de nu engang har. Og som de siger, vil det være fint, hvis dette menneske har en pjece i hånden.

Der bliver nedsat en arbejdsgruppe af fagprofessionelle, der vil komme med et udkast til en tværsektoriel pjece, og borgerne går ud af lokalet med opgaven om at undersøge muligheden for et netværk for benamputerede. Facilitator tilbyder sin hjælp til begge processer. Facilitator oplever, at det er som at krydse en grænse til et ukendt land. Arbejdet plejer at stoppe ved regionens grænse. Nu ligger faciliteringsopgaven i borgerlandet, hvor det er frivillighed, der er præmissen for samarbejdet.

### ”Et ben foran” bliver skabt

Vi mødes hjemme hos Anette ved køkkenbordet og skitserer det netværk, der får navnet ”Et ben foran”. Facilitator har tegnet konkretiseringsværktøjet (se værktøjskassen side 28) på en transportabel post-it, der kan stå på køkkenbordet. Vi får sammen konkretiseret idéen om et netværk, og vi fordeler opgaverne med at udarbejde invitation, kontakte pressen og invitere professionelle og patientforeninger til at komme med relevante oplæg på opstartsmødet, der skal imødekomme de mange spørgsmål benamputerede borgere kunne have. En grafiske facilitator tegner invitationens forside:



Netværket ”Et ben foran” bliver etableret og organiseres af benamputerede borgere og deres pårørende. Borgerne beslutter, at deres første fokus er et socialt netværk, der styrker den mentale sundhed, fordi mange med handicap føler sig isolerede. Netværket må efterfølgende sætte dagsordenen for, hvad der er relevant. Borgere bliver pludselig selv en del af løsningen. Ingen havde fra start tænkt den mulighed, at benamputerede borgere kunne guide hinanden i et netværk, som led i indsatsen med at skabe et sammenhængende patientforløb. De bliver en slags partnere i Patientens Team, som hospitalet kan oplyse om under indlæggelse.

### En pjece bliver til

Borgerne tager opgaven med etablering af netværk, og fagprofessionelle fra hospital og kommune tager opgaven med at komme med et udkast til en fælles, tværsektoriel pjece. Tanken er, at hospitalspræstens tilbud om sorgbearbejdning også skal fremgå af denne pjece. Patienterne inviteres ikke med, da fagprofessionelle ikke synes, at de kan være bekendt at trække for meget på deres tid og kræfter. De har taget opgaven med netværket. Borgerne fra peerboardet inviteres til feedback på den næsten færdige pjece. De siger:

”Sådan en pjece kan I da godt lave, men det er ikke vores behov. Sådan nogle blå pjecer, har vi masser af i skuffen derhjemme. Vi har brug for overblik...”

Vi må starte forfra. Borgerne fortæller endnu en gang, at de har brug for overblik, en guide – ikke faglig viden. Ideen med hospitalspræsten kan komme ind i de eksisterende faglige pjecer. Vi etablerer en ny arbejdsgruppe, der skal bidrage med indhold til en overblikspjece. Resultatet bliver en visuel understøttet pjece, der skal give et overblik over, hvem patienter og pårørende kan kontakte om hvad efter udskrivelsen. Anette Ørtoft pointerer, at pjecen også skal kunne bruges af ældre mennesker uden PC, da gennemsnitsalderen er 76 år for målgruppen.

Pjecen bliver tilpasset til regionens 11 kommuner med navne på enheder, telenumre og søgeord på kommunens hjemmeside. Pjecen kalder vi ”Værd at vide efter benamputation”. Læs den på Aalborg Universitetshospitals hjemmeside. Søg på amputation eller find den nyeste udgave på:

<https://www.aalborguh.rn.dk/afsnit-og-ambulatorier/ortopaedkirurgiske-afdelinger/undersogelser-og-behandlinger/amputation>

Forankringen af ”Værd at vide-pjecen” bliver implementeret via patientforløbsbeskrivelsen. Den skal udleveres af en sygeplejerske under indlæggelse. Med pjecen i hånden behøver en sygeplejerske ikke en fagspecifik viden. Pjecen giver overblik til at kunne navigere i kommunens og civilsamfundets tilbud. Jane B. Andersen, der er leder af sengeafdelingen, fortæller om det efterfølgende arbejde med at forankre og implementere en ny arbejdsgang:

”Det er ikke svært at implementere en ny praksis, når det nye giver mening. Sygeplejersker skal kun én gang have den oplevelse, når hun giver en ny-amputeret patient vores nye oversigtsark:

*”Værd at vide som benamputeret”.*

Patienten ligger der med alle sine bekymringer. Når patienten får ro på alle sine bekymringer, kan vi begynde at tale om alle de andre ting, der fagligt set også er vigtige for patienten”.

### Borgere med fra start til slut

Episoden lærer os vigtigheden af at have borgerens stemme i rummet HELE TIDEN. Vi bliver opmærksomme på vores vanetænkning, hvor vi bekræfter hinanden i, at vi ikke kan være bekendt at spille borgernes tid på interne drøftelser. Næste gang vil vi spørge borgeren, om de har lyst til at deltage, inden vi beslutter på deres vegne. Lis Bjerregaard Riahi, forløbschef på Aalborg Universitetshospital udtrykker det på denne måde i en midtvejsevaluering af projektet:

”... Vi skal i sundhedsvæsenet bryde vores vanetænkning om, at vi først involverer borgerne, når vi har en løsning, som patienterne kan teste. Vi skal vænne os til at spørge os selv, hvornår det er uetisk ikke at involvere vores patienter i vores arbejde...”

Episoden peger også på, at borgernes stemme giver legitimitet til at bryde vaner. Når borgerne fortæller os, at den nuværende praksis ikke giver værdi, så er det svært at forsætte, som man plejer. Vi får et skub til at komme i arbejdstøjet og forandre praksis.

### Forankring af ny praksis

Anette Ørtoft, patientrepræsentant i peerboardet for benamputation, viser sig at være særlig god til at holde fast i, hvad der giver værdi for borgeren. Hun er også god til at organisere og sætte ord på det, som er svært som borger. Hun tager derfor tétten i forhold til at koordinere og organisere netværket 'Et ben foran' og bygger bro til hospitalet. Hun deltager som patientrepræsentant i styregruppen for benamputationsforløb i Region Nordjylland og bliver senere ansat som patientrepræsentant i fleksjob på Aalborg Universitetshospital. Her skal hun forsat holde fokus på patientperspektivet for ortopædkirurgiske patienter.

Anette fortæller, at hun nu også:

- bliver brugt til rigtig mange oplæg rundt i sundhedsvæsenet, både på ledelsesniveau og blandt fagprofessionelle.
- har kommenteret på arbejdsgange fx om, hvorvidt daglig stuegang giver mening for patienten.
- stiller spørgsmålstegn ved, hvorfor patienter kaldes ind 3-4 gange til kontrol. Det kunne give mere værdi at have en livline, hvis der er noget, man bekymrer sig om.
- bliver brugt som supervisor til personalet.

Arbejdet stopper ikke med at vinde Årets Borgerinddragende Initiativ. Anette, Jørgen, Britta og Thomas gav os et kærligt puf til at se tingene fra borgerens perspektiv og finde nye løsninger på problemer. Tak for det! I kan se Danske Regioners video om Årets Borgerinddragende Initiativ her: <https://video.rm.dk/rn-til-borgere>

## Case 2: Unge bidrager til nyt samtaleværktøj

Børne- og Ungeafdelingen på Aalborg Universitetshospital skal udvide deres målgruppe til unge mellem 15 og 18 år. Derfor vil afdelingen gerne i dialog med unge om deres oplevelse af patientforløb og den forestående proces med et nyt universitetshospital. Der er desuden en udfordring med udeblivelser i denne målgruppe.

Vi designer en samskabende proces over 4-6 mødegange over ½ år med unge mellem 15-18 år, der har en kronisk eller længerevarende sygdom.

### Rekruttering af unge

Vi finder de unge ved at bede deres kontaktsygeplejersker spørge de unge, om de vil deltage i informationsmødet. Sygeplejerskerne møder de unge til konsultationer og kan give dem invitationen i hånden. Se invitation side 40.

### En etablering af et peerboard

11 unge møder op til et 3-timers info-møde. Vi præsenterer vores ideer med at lave et peerboard, hvor unge og fagprofessionelle er sammen om at udvikle unges patientforløb. De unge taler sammen i små grupper om deres møde med hospitalet. Vi bruger billeder, de kan tale ud fra. Det skal give os et indtryk af de unge, som er mødt op .

De kender på den måde lidt til hinanden, da de møder op ugen efter til en 3-timers workshop med de professionelle. Det bliver starten på ½ års samskabende proces i et peerboard, der består af unge og fagprofessionelle.

De unge bliver i starten af workshoppen placeret sammen, også 5 sundhedsprofessionelle placeres sammen, det samme gør 4 fagprofessionelle fra administrationen. De unge kan på den måde tale lidt sammen og lære hinanden at kende. Det samme kan de fagprofessionelle, der ikke nødvendigvis kender hinanden selv om de arbejder med unge. Planlæggere, IT- og kommunikationsfolk kender heller ikke nødvendigvis hinanden.

Formålet med mødet bliver ridset op; programmet er synligt på en flipover, og tidspunktet for pizza er fastlagt. Vi kan åbne en samskabende proces.

### Billeder får fortællinger talt frem

Facilitator vil sikre, at alle i rummet bliver lyttet til i en ligeværdig proces. Derfor trækker alle deltagere 2 fortrykte billeder og fortæller på lige fod om disse billeder i mindre grupper af unge og professionelle.

Billederne, der appellerer til at tale om følelser, åbner fortællinger om deltagernes erfaringer og deres håb for fremtidens patientforløb. En læge fortæller om frustrationen over ikke at have tid nok. En ung fortæller om savnet af et fællesskab med andre unge, hvor man kan tale med andre unge, der forstår, hvad det vil sige at være syg, klare skole og et ungdomsliv. En tredje ung fortæller, at han gerne vil møde fysisk op til konsultation, men konsultationerne er gabende kedelige, men det kunne nu også være rart med en konsultation i frikvarteret over facetime.

Det afføder bl.a. snakke om, at de unge ikke føler sig mødt som unge, når Bamse og Kylling hænger som billeder på væggen i venteværelset ligesom velkomstrobotten i venteværelset ikke skaber tryghed eller danner relation til noget personale. Vi samler op på fortællingerne og bruger billederne til at ordne og sortere oplevelserne under tematiske overskrifter.

### Lokalets indretning bruges til at positionere deltagerne

Vi indretter lokalet uden borde og med stolene i 4 grupper i en halvcirkel; en lejr-bålsopstilling. Vi understreger desuden ligeværdigheden mellem fagprofessionelle, administratorer og unge ved, at alle som nævnt skal trække 2 billeder, og at de sammen skal identificere problemstillinger, komme med løsningsforslag og fremlægge det for hinanden.

### Sådan bidrager patientfortællinger til at skabe en ny praksis

Alle er indstillet på at bidrage til forbedringer, og der italesættes 4 temaer, som en styregruppe skal prioritere. Temaerne får overskrifterne: Fællesskab, Udeblivelser, Unge-afsnit og Tryk relation.

Efter workshoppen mødes styregruppen, der foreslår at fagprofessionelle og unge udarbejder et samtaleværktøj, der skal styrke en tryk relation mellem den unge patient og behandleren. De administrative deltagere træder ud af peerboardet, da deres viden ikke er relevant i den nye setting.



# UNGE ~peerboard

Medicinerhuset, Aalborg Syd  
• 22.11.2017 •

VELKOMMEN



Unge og fagprofessionelle identificerer fire problemstillinger og mulige løsninger på deres første workshop, der kan skabe en farbar vej hen mod Nyt Aalborg Universitetshospital (NAU).



REGION NORDJYLLAND  
- i gode hænder

## INVITATION

### Kan vi skabe fremtidens hospital - sammen?

#### Deltagere: Unge og professionelle, der arbejder med udvikling

Kan en gruppe af unge udvikle fremtidens hospital sammen med professionelle? Vi gør forsøget. Ideen er, at unge og fagprofessionelle er sammen om at udvikle idéer til at forbedre unges forløb på hospitalet. Sammen finder vi ud af, hvor det kan være godt at starte en forandring, og hvordan vi gennemfører den.

#### PROGRAM

- Ideen bag at samle en gruppe unge og professionelle
- Unge: Hvad betyder noget for os i vores patientforløb?
- Professionelle: Hvilke udfordringer og muligheder ser vi med unges patientforløb?
- Pizza
- Hvad vil vi udvikle sammen?
- Hvordan samarbejder vi fremover?

Med venlig hilsen viceklinikchefer med ansvar for forløb:  
Karin Ørskov Hansen og Lis Bjerregaard Riahi

#### TID

22. november 2017  
Kl. 16.30 – 20.00

#### STED

Medicinerhuset  
lok. 9.5, Aalborg  
Universitetshospital, Syd,  
Mølleparkvej 4,  
9000 Aalborg  
(tag elevator op på 9. sal)

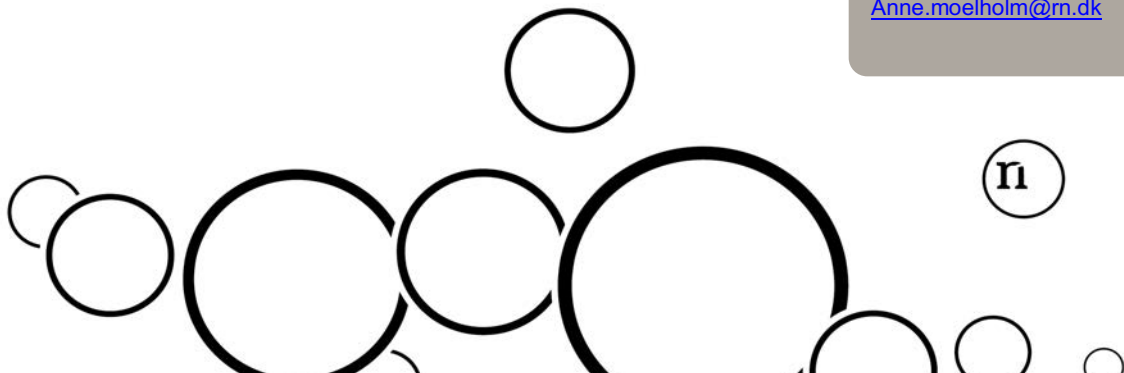
#### TRANSPORT

Vi dækker transport  
udgifter til unge

#### TILMELDING

Anne Mølholm  
22491899  
[Anne.moelholm@m.dk](mailto:Anne.moelholm@m.dk)

*En invitation skal formuleres, så borgere såvel som fagprofessionelle har en ide om, hvad der skal foregå, og hvad der forventes af dem.  
En invitation kan se sådan ud.*



På de efterfølgende møder udvikler og tester vi i fællesskab et visuelt samtaleværktøj, der skal sikre, at unge får talt med behandleren om det, der fylder i et ungdomsliv med sygdom. Det bliver en proces i samarbejde med Tegnslaboratoriet, der dels skal understøtte med grafisk facilitering og være med til at skabe et visuelt samtaleværktøj.

### Sådan bidrager de visuelle skabeloner

Vi går i proces sammen for at udvikle et samtaleværktøj på unges præmisser. Vi tager en dialog ud fra en visuel skabelon (Bruno Ingemanns Bollemodel), der er god til at reflektere de aspekter, som er vigtige i et kommunikationsværktøj. Vi tegner bollemodellen op på hvidt papir, så den kan bidrage til at strukturere dialogerne, og som vi bagefter kan tegne et referat ud fra. Facilitator faciliterer processen i samarbejde med en nøgleperson fra Børne- og Ungeafdelingen fra Aalborg Universitets-hospital.

Vi har udarbejdet en drejebog (se side 44-45) efter åbne, ordne, lukke-logikken, hvor vi strukturerer samskabelsen ved hjælp af "Bollemodellen".

Bollemodellen hjælper os til at få talt om, hvad det egentlig er for et værktøj, vi vil udvikle. Hvad formålet er, hvem der skal bruge værktøjet, hvor skal værktøjet bruges, hvad skal værktøjet kunne, og hvilken effekt værktøjet skal have.

### Det synlige resultat

Resultatet af processen bliver et visuelt samtaleværktøj, der fungerer som et fælles tredje for den unge og den unges behandler. Det er et visuelt stillads for den individuelle patientinddragelse i samtaler om det, der fylder i et liv med sygdom. Den unge kan forberede samtalen med behandler inden mødet ud fra tegninger og spørgsmål. Under selve samtalen kan både den unge og behandler bruge værktøjet til at få talt rundt om et liv med sygdom.

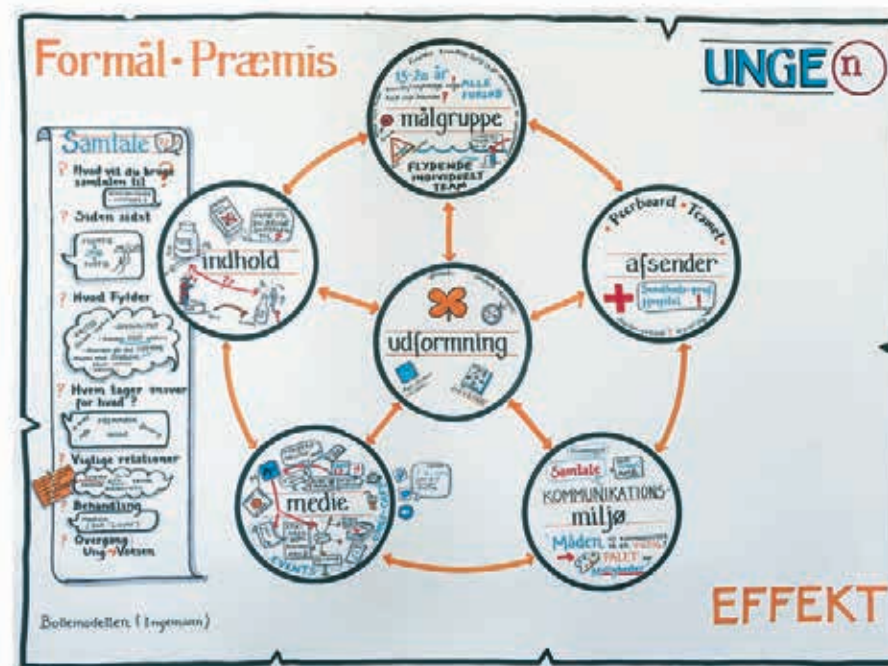
Værktøjet tematiserer fx følelsen af at være udenfor, når man har en sygdom. Det har også fokus på, hvad der er vigtigt for den unge, og hvordan sygdom spiller ind i forhold til tanker om fremtiden.

### Procesevaluering

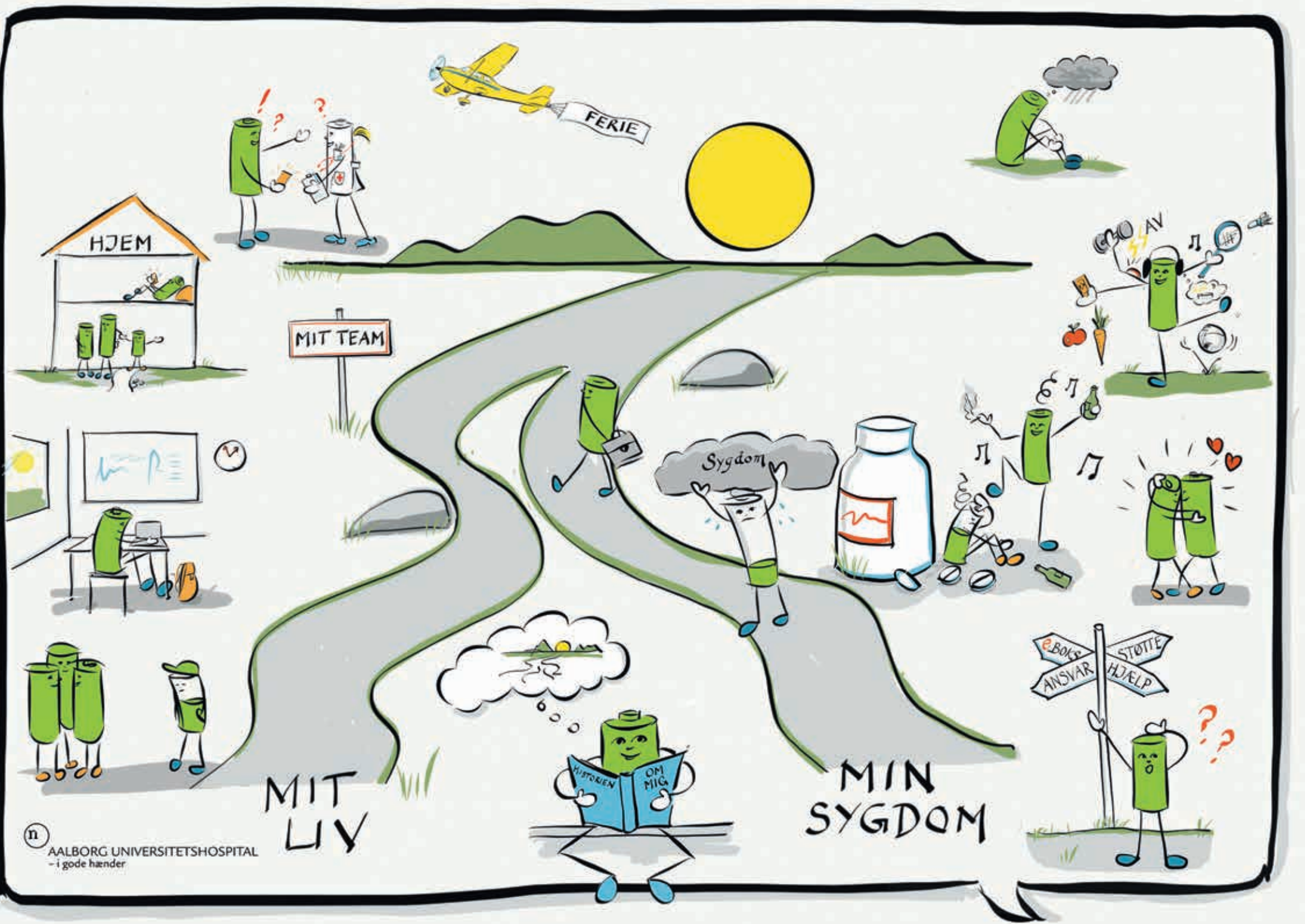
Vi evaluerer proces og resultat med professionelle og unge efter ½ års samskabende forløb. Det gør vi igen ved, at alle trækker et foto, der skal fortælle om det, der har været vigtigt i processen og i forhold til produktet.

Alle fremhæver det, at vi har været sammen hele vejen igennem, som det helt særlige og vigtige for proces og produkt. Behandlere fortæller, at de har fået en øjenåbner ved at lytte til unge uden deres forældre. De er vant til at have de unge sammen med forældrene, så de forstår nu de unge på en anden måde end før. Noget, de kan bruge i deres konsultationer med de unge. Konsultationerne kan nu understøttes med et med visuelt samtaleværktøj, der kan hjælpe dem til at huske at komme hele vejen rundt i en helhedsorienteret behandling.

De unge synes, at det har været sjovt at bidrage til et samtaleværktøj, som andre unge kan få glæde af. De er stolte af at have bidraget til et godt produkt og vil gerne fortsætte med at deltage i udviklingsarbejde. Samtaleværktøjet finder du på de næste sider, hvor den ene side er en tegning, og den anden side er spørgsmål med tegninger. Nogle mennesker reflekterer godt gennem sproget, mens andre kan lide at reflektere med afsæt i noget visuelt.



Skabelonen strukturerer vores dialoger undervejs. Deltagerne skriver post-it, som vi samler op i modellen.



FERIE

HJEM

MIT TEAM

Sygdom

MIN SYGDOM

MIT LIV

ANSVAR STØTTE HJÆLP

## Din forberedelse til samtale

### Formål

Som ung er der mange tanker og spørgsmål, især når du også har en sygdom. Dine behandlere vil gerne tage en snak med dig om det, der er vigtigt for dig, så du både får den bedste behandling, og har et godt ungdomsliv trods sygdom.

En gruppe af unge har sammen med behandlere på Aalborg Universitetshospital sammensat nogle temaer, som kan være vigtige at tale om. Brug tegninger og spørgsmål som inspiration til at forberede og strukturere selve samtalen, så du får talt om det, der betyder noget for dig og dit liv.

### Hvem deltager hvornår?

Som ung kan du have brug for at tale alene med din behandler uden dine forældre. Dine forældre kan også have brug for en samtale alene med behandlerne. Find ud af hvilken model, der giver mening for jer, fx:

1. Du taler alene med en behandler.
2. Først taler du alene med behandleren, og derefter taler I allesammen sammen.
3. I starter sammen, og derefter taler du alene med behandleren, og så samles I alle til sidst.
4. Dine forældre taler alene med behandleren.



### HISTORIEN OM DIG

Lad dig inspirere af tegningerne og fortæl, hvad der fylder i dit liv.

- Hvordan oplever du dit liv med sygdom?
- Hvad er vigtigt for dig?
- Hvad er dine tanker om fremtiden? Håb, drømme og planer? Hvad vil du gerne undgå/opnå?



### VIDEN OM SYGDOM, FERIE OG BEHANDLINGSMULIGHEDER

- Hvad ved du om din sygdom? Har du søgt på nettet eller talt med andre om din sygdom?
- Hvordan går det med sygdommen/behandlingen?
- Har du brug for mere viden om sygdom og behandlingsformer?
- Har du styr på, hvad du gør i forhold til ferie, fx. pillepas, forsikring og opbevaring af medicin?



### MIT HJEM

- Hvordan bor du, og hvem bor du sammen med?
- Hvordan er dit forhold til dine forældre, eventuelle bonusforældre, søskende, bonus-søskende?
- Hvem kan du tale med om svære ting?



## SKOLE, UDDANNELSE OG JOB

- Hvad betyder din sygdom i forhold til skole, uddannelse eller job?
- Hvordan tackler skolen/jobbet din sygdom?
- Oplever du stress?



## MENTAL SUNDHED - SOCIALT SAMVÆR / ISOLATION

- Energi: Hvad laver du, når du har fri? Hvad giver dig energi og gør dig i godt humør?
- Venner: Hvordan går det i forhold til venner?
- Fester: Deltager du i fester? Hvordan har du det med at deltage?
- Sociale medier: Hvordan er din brug af sociale medier og computerspil?
- Trivsel: Hvordan er det at være dig for tiden?
- Tanker og følelser: Går du med ubehagelige tanker og følelser eller svære ting i dit liv?



## MIG OG MIN KROP - KOST, RYGNING, ALKOHOL, MOTION OG SØVN

- Hvordan har du det med din krop?
- Hvad gør du i forhold til kost, motion, rygning, alkohol, stoffer og søvn?
- Skal du tage specielle hensyn i forhold til din sygdom?



## SEKSUALITET, KÆRESTER OG PRÆVENTION

- Er der noget, der bekymrer dig i forhold til sex, kærester og prævention?



## HJÆLP OG STØTTE FRA UNG TIL VOKSEN




- Hvad vil og kan du selv?
- Hvad skal dine forældre hjælpe dig med?
- Hvordan støtter behandlerne dig bedst?

Har du brug for tilbud i kommunen eller på din uddannelsesinstitution?

- Mentor
- Socialt netværk
- Ungerådgivning
- Patientforening
- Psykolog
- Andre tilbud?



## Eksempel på drejebog: 2. møde i unge-peerboard

 Tid	 Drejebog - Opgave: Samskabelse af et samtale- og refleksionsværktøj	 Noter
17.00 - 17.10	<p><b>Velkommen</b></p> <p>Præsentationsrunde, Lis er ny i gruppen (vi skal lære hinanden bedre at kende)</p> <p>ÅBNE EMNE: Tilbagemeldingen fra styregruppen: Vi arbejder i første omgang videre med:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tryk relation og med håb om reduktion af udeblivelser som sidegevinst.</li> <li>2. Udeblivelser og Unge-afsnit arbejdes videre med i andet regi.</li> </ol>	<p>Karin og Anne indleder og sætter rammen</p> <p>Afsæt i stor planche fra sidste møde</p>
17.15 - 17.25	<p><b>Dagens undersøgende spørgsmål:</b></p> <p>Hvordan opbygger vi en tryk relation mellem unge og deres behandlere?</p> <p>Hvad kan være vigtigt for unge at forholde sig til og tale med nogen om i et patientforløb?</p> <p>Hvem skal man tale med om hvad hvornår?</p> <p>Vil det være hensigtsmæssigt at lave et visuelt samtale-og refleksionsværktøj, som også kan hjælpe med en forventningsafstemning i mellem fag-professionelle, den unge og forældre?</p> <p><b>Dialog i plenum for at skabe en samarbejdskontrakt:</b></p> <p>Vi arbejder med Patientens Team som ramme – kan vi understøtte den trygge relation, samarbejdet og samtalen i teamet med et refleksions- og samtaleværktøj?</p> <p>Kan I se en ide i at lave et forberedelses- og samtale-ark, der sikrer at læge, sygeplejerske, ung og forældre får talt om det, der er vigtigt at få talt om?</p> <p>Vil det skabe tryghed i relationen? Kan det forebygge udeblivelser?</p> <p>Hvis JA, går vi videre – hvis NEJ, må vi være kreative og gå i proces</p>	<p>Anne</p>
17.25 - 17.55	<p><b>ÅBNE og ORDNE: Introduktion til 'bollemodel'.</b></p> <p>Spørgsmål: Hvad er vigtigt at få talt om, med hvem for at få et godt forløb, når man er ung og har en langvarig og evt. kronisk sygdom?</p> <p>Dialog mellem de unge og klinikere i 2 blandede grupper med bollemodel som fælles tredje.</p> <p>Dialog om indhold</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvem har ansvar for hvad og hvornår (ung, forældre, læge, sygeplejerske)?</li> <li>- Medicin/behandling.</li> <li>- Smerter/ubehag, bivirkninger.</li> <li>- Huske aftaler - e-Boks – SMS- for at forebygge udeblivelser.</li> </ul>	<p>Anne sætter rammen – Bollemodellen er tegnet på et stort ark papir.</p> <p>Lone deltager i den ene gruppe og Anne i den anden.</p> <p>Deltagerne reflekterer ud for hver 'bolle'.</p> <p>Først individuelt, så i gruppen.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Overgange fra barn til ung til voksen - gradvis mere ansvar - hvordan taler vi om det?</li> <li>- Patient og pårørendes bekymringer?</li> <li>- Forventet forløb - på kort og lang sigt.</li> </ul>	Deltagerne laver post-it, der samles op i bollemodel. Anne samler op - Maibritt tegner
17.55 - 18.05	<b>Målgruppe:</b> Hvem er modellæser for et samtaleværktøj? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kroniske og langtidssyge eller alle unge mellem 15-18 år?</li> <li>- Hvilke relationer er der - hvem skal tale med hvem for at få et godt forløb?</li> <li>- Ung-forældre, Ung-læge/sygeplejerske, Ung-forældre og læge/sygeplejerske, ung-ung.</li> </ul>	
18.10	<b>PIZZA</b>	
18.35 - 18.40	<b>Afsender:</b> Er det noget lægen/sygeplejersken giver patienten og forældre som forberedelse, eller er det et samtaleværktøj, der skal fungere som huskeværktøj/støtteværktøj under samtalen? Begge dele?	
18.40 - 19.00	<b>Kommunikationsmiljø</b> Hvornår kunne værktøjet være relevant? (Indlæggelsessamtale, udskrivelse, ambulant kontrol, overgang til voksenafdeling)? Hvordan skal værktøjet bruges? Individuelt, sammen med forældre og sammen med læge/sygeplejerske, ung-ung? Kommunikationsform: Hvordan kan den unge inddrages i samtalen? Fx at lægen siger: Hvad vil du gerne tale om i dag, og hvad er vigtigt for mig, at vi får talt om? Er der en oplagt rækkefølge som er smart at følge? Hvor meget tid kan behandler forvente at bruge på denne samtale? Kontaktform - skype, fremmøde - hvad gør vi? Hvornår gør vi det ene og det andet? Hvorfor? Hvad skal samtaleværktøjet kunne understøtte - fx at den unge bliver mere afklaret og tage mere og mere ansvar for sin sygdom og sit forløb og bliver klædt på til at agere partner i Patientens Team?	
19.00 - 19.20	<b>Medie - oplevelsen</b> Hvilket medie vælger vi? Papir, elektronisk, App? Hvordan skal produktet se ud? Lav skitser	
19.20 - 19.40	<b>LUKKE: Produkt:</b> Kan vi komme med et bud på udformning?	Maibritt tegner en skitse Anne samler op
19.40 - 19.45	<b>LUKKE: Afrunding</b> Næste skridt: Idéen testes i Børne- og Unge afdelingen. Næste møde: Maibritt kommer med nogle skitser på udformning, vi kan ideudvikle ud fra næste gang.	

### Case 3: Borgere evaluerer og giver input til ny praksis

Denne case er en beskrivelse af, hvordan borgere evaluerer en indsats og ved samme lejlighed giver indspark til udviklingen af en ny praksis.

Baggrunden er, at Nord-KAP, Kvalitetsenheden for Almen Praksis i Nordjylland, er i gang med at udvikle tilgangen til patienter med langvarige smerter i almen praksis. Ambitionen er at nedsætte forbruget af smertestillende medicin hos denne målgruppe.

Nord-KAP samarbejder derfor med Tværfagligt Smertecenter om at udvikle området. De har blandt andet udviklet et nyt kursus for borgere med langvarige smerter. Disse borgere er visiteret af egen læge, når smerter viser sig som kroniske eller langvarige.

Dette projekt bliver koblet på, fordi Nord-KAP gerne vil have evalueret kurset. Vi udarbejder et design, hvor vi inviterer kursusedtagerne til at vurdere effekten og værdien af kurset. Samtidig spørger vi kursusedtagere om, hvorvidt de kan se en værdi i et visuelt støtteværktøj for smerteplagede borgere generelt.

Vi har nogle ideer til, hvad der kunne være brug for, men vi er meget åbne for input. Vi ved blot, at vi har midler til at gøre noget med det visuelle medie i forhold til inddragelse af patienter. Det må samtidig gerne fremme borgernes mestring af egen sundhed.

#### Peerboard til evaluering

Med peerboard-tænkning i baghovedet afholder vi 2x2 timers møde, hvor patienter, deres pårørende, en overlæge og en fysioterapeut fra Tværfagligt Smertecenter, en læge der superviserer yngre læger og Nord-KAPs projektleder deltager. Vi er to, der faciliterer processen; den ene styrer dialogen, og den anden er visuel lytter, der tager referat på et stort ark papir, vi hænger op på væggen.

Vi sidder 14 mennesker om et rundt bord for at understrege ligeværdigheden. Facilitator interviewer borgerne om deres vurdering af kurset i forhold til det liv, som de har med smerter. Skaber kurset værdi? Har det effekt? Hvad er livskvalitet, når livet er fyldt med smerter? Og hvad er der egentlig brug for, når man som borger lever et liv med smerter?

Dette interview gentager vi efter en måned for at lytte os ind på, om der er sket en læring hos patienter såvel som pårørende. For at kunne dokumentere en effekt, optager vi møderne på video. Forskningsenheden for Almen Praksis får datamaterialet og analyserer videoerne. Derfor er der en forskningsartikel på vej, der peger på, at peerboard har potentiale til at skabe adfærdsændring hos smerteplagede borgere. Borgere spejler sig i hinandens fortællinger og reflekterer deres måde at håndtere smerter på med andre, der kender til at have smerter. Det, at der er fagprofessionelle i rummet til at korrigere patienternes viden om fx brugen af smertestillende medicin, er et andet aspekt, der øger læringsværdien. Vores fornemmelse af at grupper har potentiale til at øge den enkeltes mestring af livet, bliver på den måde understøttet af forskningen.

#### Fortællinger som input til værktøj

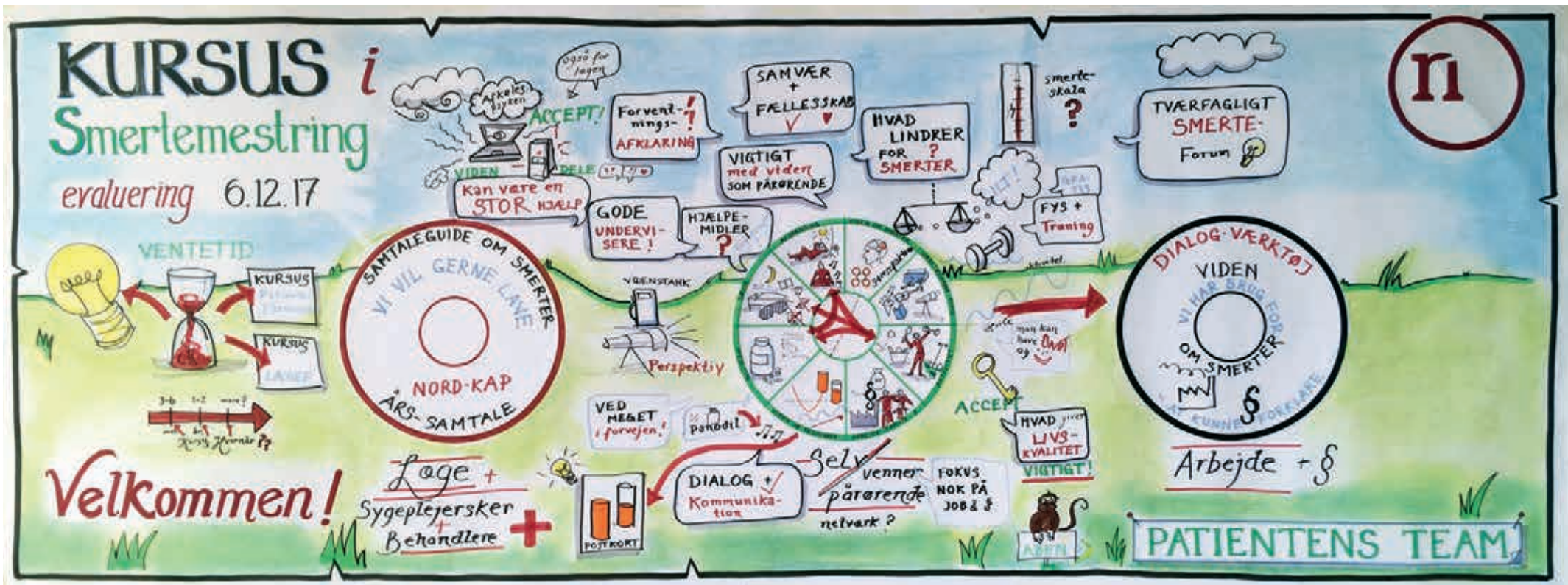
Hver enkelt borger fortæller sin historie i en runde. Da runden er slut, går vi over i dialog, hvor de fagprofessionelle også fortæller, hvilke udfordringer praktiserende læger har generelt set. Lægen beskriver, hvordan det kan være frustrerende som læge ikke at kunne hjælpe en smertepatient. Overlæge og fysioterapeut fra Tværfagligt Smertecenter bidrager med viden om smerter.

Borgere og fagprofessionelle fortsætter dialogen, alt i mens den visuelle lytter fanger tre behov, som med fordel kunne få mere opmærksomhed med et støtteværktøj:

1. Samtaleguide om smerter – evt. en årlig samtale med lægen.
2. Temaer, hvor borgere kan gøre noget selv i forhold til mestring af smerter og i relation til pårørende og venner.
3. Dialogværktøj og viden, der gør borgerne i stand til at forklare andre om deres situation, fx arbejde og jobcenter.

Lægerne vil gerne udvikle et støtteværktøj, der som en af lægerne formulerer det: ”Vi læger har brug for at komme ud af rillen med kun at tale om medicin”. Lægen, der superviserer yngre læger, ser et behov for, at praktiserende læger får værktøjer, der kan hjælpe dem med at tale om andre måder at mestre smerter på end smertestillende medicin, når de har med stærkt smerteplagede patienter at gøre. Der er behov for en mere helhedsorienteret behandling, hvor patienten kan få hjælp fra lægen til at gå nye veje til at mestre sine smerter.





Borgere med langvarige smerter er i dialog med læger og fysioterapeuter fra Nord-KAP og Tværfagligt Smertecenter om, hvad borgere såvel som læger har brug for at reducere smertestillende medicin og øge livskvaliteten hos borgere, der har smerter. De tager afsæt i en evaluering af et kursus i smertemestring.

De smerteplagede borgere kan se en ide i at få et visuelt værktøj. De fornemmer allerede til mødet, hvor der er en visuel lytter, at tegninger kan noget. De husker bedre og kan følge med i samtalen, når de kan hente hjælp fra det visuelle. Det at være plaget af smerter kan gøre noget ved hukommelsen, så idéen om et visuelt støtteværktøj giver god mening.

### Forskellighed skaber dynamik

Borgerne i peerboardet er meget forskellige. Der er borgere, der forventer at smerter kan gå væk med et ”quick fix”, hvis blot de får den rette behandling. Og der er borgere, der har erfaret, at de må arbejde med sig selv og deres måde at mestre deres liv på, hvis de skal have et godt liv trods smerter.

Denne forskellighed skaber en god dialog borgere imellem. De taler om, hvordan de selv har fundet veje til at mestre deres smerter, og hvad de savner. Accept bliver fx et nøgleord, som de finder brugbart til at mestre smerter. Regulering af aktivitetsniveau er et andet tema, der optager dem.

Borgere og fagprofessionelle finder sammen ud af, at et visuelt støtteværktøj kan gøre en forskel i samtalen med lægen. Også når de skal tale med deres pårørende om et liv med smerter.

Samtaler med jobcenteret er et helt kapitel for sig, hvor der er megen frustration, fordi smerter er et usynligt handicap. Vi taler om, at desto tydeligere, de kan kommunikere om deres handicap, desto lettere er det at blive forstået, både af jobcenter og af pårørende. Efter de to møder har vi en skitse til et samtaleværktøj.

### Skitse til design

Lægerne, tegner og projektledere går i tænkeboks. Indsatsen med at udvikle et værktøj skal ses i en større sammenhæng. Vi tager en praksiskonsulent med på holdet og fortsætter udviklingsarbejdet. Vi forsøger undervejs at invitere borgere med i gruppen, men det lykkes vi ikke helt med.

Vi vælger i stedet en proces, hvor vi kan teste værktøjet på andre borgere med langvarige smerter. Resultatet bliver en guide, praktiserende læger kan give borgere med langvarige smerter som optakt til et samtaleforløb. Guiden kan fungere som et fælles tredje i samtalerne og guide begge til at tale om borgerens vej mod at mestre sine smerter på nye måder.

Guiden hedder ”Vej til at mestre langvarige smerter”. Den indeholder gode råd om smertehåndtering og et visuelt hjul, der viser 8 temaer. Guiden skal støtte borgere med langvarige smerter til at få talt med lægen og andre fagpersoner om et liv med smerter, og hvordan den enkelte kan forbedre sin livskvalitet.

Guiden er på 12 sider, hvor midtersiden tager form som et visuelt hjul, der kan fungere som et fælles tredje i samtaler med lægen såvel som pårørende. Den enkelte borger kan også bruge guiden som et refleksionsværktøj over, hvad den enkelte borger selv kan arbejde med i forhold til at håndtere smerter.

Værktøjet skal understøtte den enkeltes læring, så det bliver muligt at bryde vaner og forstå sig selv på en anden måde – fx fortællingen om at man ikke skal kunne klare alt, men at det er ok at holde pauser.

I kan downloade guiden; ”Vej til at mestre langvarige smerter” her:  
[https://www.sundhed.dk/content/cms/55/103355\\_patientfolder.pdf](https://www.sundhed.dk/content/cms/55/103355_patientfolder.pdf)

*Tegning næste side: Bagsiden på guiden består af en tegning og spørgsmålet: Hvordan ser dine veje ud til at bedre til med smerter?*

# Guide: Veje til at mestre langvarige smerter



### Visuelle skabeloner som fælles tredje

Undervejs i udviklingsarbejdet arbejder vi med visuelle skabeloner som vores fælles tredje. Vi kombinerer en kommunikationsmodel "Bollemodellen" med en grafisk gameplan. Bollemodellen hjælper os til at få en fælles kurs om selve udformningen af værktøjet. Den grafiske gameplan hjælper os til at tale om den efterfølgende implementering. Facilitator følger den livlige debat fagprofessionelle imellem og samler op med post-it, som placeres på henholdsvis bollemodel og en grafisk gameplan.

Igen hjælper en visuel skabelon os til at få talt om proces og produkt og de udfordringer, vi ser i forankringsfasen, hvor værktøjet skal implementeres. Vi er meget opmærksomme på at skabe en fælles Kurs, Koordinering og Commitment hos de praktiserende læger i Nordjylland. Vi planlægger at teste værktøjet grundigt, inden vi vil præsentere det på Nordjysk Praksisdag, der er en stor konference for praktiserende læger i Nordjylland.

### Kurs, Koordinering og Commitment

Vi planlægger tests i forskellige delfaser af produktudviklingen. Guiden bliver testet hos praktiserende læger og deres patienter og på et nyt kursus i smertemestring. Nord-KAP sætter desuden tid af til at få feedback på materialet i forskellige faglige kredse. Guiden giver blandt andet anledning til en dialog mellem Nord-KAP, Danske Regioners projekt Værdibaseret Sundhed og IRF, som er Indsatser for Rationel Farmakoterapi i Sundhedsstyrelsen. De har blandt andet dialog om, hvad der er gang i rundt om i landet på smerteområdet, og hvordan guiden kan spredes på nationalt plan. Dansk Selskab for Almen Medicin tager fx guiden med på deres årsmøde.

Alle disse møder er med til at sikre så høj en grad af en fælles Kurs, Koordinering og Commitment som muligt. Timingen er god, fordi der nationalt er et stort fokus på at nedbringe medicinforbruget hos borgere med langvarige smerter. Men værktøjet kan kun leve, hvis de praktiserende læger tager værktøjet til sig og bruger det sammen med deres patienter.

Vi erfarer, at det at have et synligt, håndgribeligt produkt, gør det lettere at formidle budskabet om, at der er andre veje til smertemestring end medicin. Og vi håber at de praktiserende læger tager godt imod guiden, når Lægemedlenheden kommer på besøg næste gang med guiden i hånden.

*Billedet næste side er fra guiden "Veje til at mestre langvarige smerter", der skal hjælpe borgere med langvarige smerter til refleksion og samtaler med fagpersoner om non-farmakologiske veje til at mestre smerter.*

Hvad er OK for mig, og hvad vil jeg gerne ændre på?

Behandling

---

---

---

---

Kommunikation

---

---

---

---

Energi og kost

---

---

---

---

Tanker og følelser

---

---

---

---



Søvn og hvile

---

---

---

---

Aktivitet

---

---

---

---

Økonomi

---

---

---

---

Socialt liv

---

---

---

---

# Referencer

Bikablo 2.0 (2016) Visual Dictionary, Neuland.

Bjerring & Lindén (2008): Anerkendende procesøvelser – Veje til engagement og forankring, Dansk Psykologisk Forlag.

Bo, Inger Glavind et al (2016): Narrativ Forskning – tilgange og metoder, Hans Reitzels Forlag.

Bronwyn, Davies & Harré, Rom (2014): Positionering: Diskursiv produktion af selver. Forlaget Mindspace.

Carman et al (2016): Patient And Family Engagement: A Framework For Understanding The Elements And Developing Interventions And Policies, Health Affairs, vol. 32.

Digmann et al (2016): På TVÆRS – grænsekrydsende ledelse og samarbejde, Gyldendal Public.

EmotionCards 2 training tools, METALOG.

Fogsgaard, Morten Kusk & de Jongh, Monon (red.) (2018): Ledelse og samskabelse i den offentlige sektor, Dansk Psykologisk Forlag.

Fogsgaard, Kusk Morten & Quist, Martin (2018): ”Når samskabelse bliver et organisatorisk perspektiv”, i Fogsgaard & de Jongh (red.) (2018), Ledelse og Samskabelse, Dansk Psykologisk Forlag, s. 190-235.

Graphic Gameplan, Grove Tools Inc: <https://grovetools-inc.com/>

Ingemann, Bruno (2003): ”Bollemodellen – planlagt kommunikation”, i Fleming, Leslie & Ingemann, Bruno (red.) (2003) Faglig formidling, praksis og konsekvenser, Roskilde Universitetsforlag.

Jepsen, Malene Kjær & Nielsen, Anne Schødt (2018): Kærlig hilsen fru Hansen, Dansk Psykologisk Forlag: <http://land16.dk/>

Kanstrup, Anne Marie & Bertelsen, Pernille (2011): User Innovation Management: a handbook, Aalborg University Press.

Krogstrup, Hanne Kathrine (2017): Samskabelse og Capacity Building, Hans Reitzels Forlag.

Madsen, B. (2002): ”Kommunikationstrekanten – indhold, forhold og kontekst”, i Løw & Svejgaard (red.), Psykologiske grundtemaer, KvaN, s. 152-170.

Nationale mål for sundhedsvæsenet (2017), Sundheds- og Ældreministeriet.

Olsen, Thorkild & Larsen, Frederikke (2012): VIL – KAN – SKAL – ledelses- og læringsfilosofi under forandring, Dansk Psykologisk Forlag.

Ravn, Ib (2005): Bedre møder gennem facilitering, Learning Lab Denmark.

Scharmer, Carl Otto (2008): Teori U – lederskab der åbner fremtiden, Ankerhus.

Sibbet, David (2012): Visual leaders – New Tools for Visioning, Management, and Organization Change, John Wiley and Sons Inc.

Svane, Marita (2018): ”Organizational Storytelling of the Future: Ante- and Anti-Narrative in Quantum Age”, i Boje, D. & Sanchez, M. The Emerald Handbook of Management and Organization Inquiry, Emerald Publishing Limited.

Sørensen, Eva (2017): Hvad er ledelse af samskabelse?, Væksthus for ledelse.

Tortzen, Anne (2018): ”At lede samskabelse – fra ambition til praksis”, i Fogsgaard & de Jongh (red.) (2018): Ledelse og Samskabelse, Dansk Psykologisk Forlag, s.162-189.

Trillingsgaard, Anders & Poder, Karen (2013): ”Forbyd lederudvikling – brug kræfter på at udvikle ledelse”, i Ledelseidag.dk nr. 8, 2013.

Ullersted, Mette: Toolbox og grafisk facilitering: <https://metteullersted.dk/>

White, Michael (2007): Kort over narrative landskaber, Hans Reitzels Forlag.


Kompetencecenter for patientoplevelser: [www.patientinddragelsesguiden.dk](http://www.patientinddragelsesguiden.dk)

Danske Regioner: Tema om værdibaseret sundhed: <https://www.regioner.dk/sundhed/tema-vaerdibaseret-sundhed>

### Gode råd fra patientrepræsentant:

- Inddrag patienten, og tag patienten med på råd hele vejen rundt. Undlad at lave fx en pjece uden patienten.
- Indgå i en ligeværdig dialog med patienten og skab trygge rammer for patienten.
- Brug patientens oplevelser reflektivt og undgå at gå i forsvar.
- Vær villig til at ændre rutinemæssige arbejdsgange ud fra patientens behov.
- Se patienten som den vigtigste i sundhedsvæsenet.

Anette Ørtoft, ansat patientrepræsentant i Region Nordjylland.



"Samskabelse åbner for dialog mellem systemer og patienter. Vi skal blive bedre til at skabe gode løsninger på tværs af systemer og sektorer. Og for at gøre det må vi lytte til, snakke med og samskabe med borgerne. Det er ikke noget, der kan løses ved udsigten fra et skrivebord. Når vi gør det sammen, får vi mere bæredygtige løsninger og større værdi for patienten.

Jeg håber, at håndbogen bliver taget godt imod som inspiration til at udforske samskabelse som metode".

Mariane Therkelsen, direktør,  
Mennesker og Organisation, Region Nordjylland.

n