

Rapport

# Sats på Esbjerg

Vidensopsamling om Esbjerg-modellens borgerinddragende metoder



Grete Brorholt, Lea Graff og Martin Sandberg Buch

*Sats på Esbjerg – Vidensopsamling om Esbjerg-modellens  
borgerinddragende metoder*

© VIVE og forfatterne, 2017

e-ISBN: 978-87-999822-6-4

Layout: 1508

Forsidefoto: Ricky John Molloy

Projekt: 11203

**VIVE – Viden til Velfærd**

**Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd**

Købmagergade 22, 1150 København K

[www.vive.dk](http://www.vive.dk)

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer af opgaver som de to hidtidige organisationer.

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

# Forord

Der er i sundhedsvæsenet en stigende erkendelse af behovet for mere systematisk borgerinddragelse. Borgerinvolvering ses både som en metode til at skabe bedre og mere virkningsfulde forløb for borgerne og som et middel til mere effektiv ressourceudnyttelse. De praktiske erfaringer viser dog ofte, at der er langt fra ønsker og visioner om inddragelse, til reelle løsninger, implementeret og forbundet med de ønskede resultater. Det skyldes blandt andet, at en involverende indsats – som rækker ud over en afdækning af borgerens behov og ønsker – kræver organisationsudvikling, kulturændringer, nye kompetencer og ledelse. Derfor er der også en stor efterspørgsel efter viden om konkrete organisationsmodeller og ledelsestiltag, der understøtter en velfungerende borgerinddragelse.

Esbjerg Kommunes "Model for koordination med borgeren i centrum" udgør i den forbindelse en lovende løsning. Særligt for Esbjerg-modellen er, at der ud over at være udviklet *værktøjer* til individuel borgerinddragelse også er udviklet en *organisationsform*, der strukturerer og understøtter det daglige arbejde med borgerinddragelse. Esbjerg-modellen er udviklet og implementeret over flere år, hvor der er gjort mange erfaringer med, hvilken organisering og ledelse der bedst understøtter arbejdet. En undersøgelse af Esbjerg-modellen rummer derfor potentialer for at tilvejebringe ny og vigtig viden om, hvordan borgerinddragelse kan understøttes ledelsesmæssigt.

Tak til Esbjerg Kommunes ledelse, der inviterede VIVE til at foretage undersøgelsen og tak til Sundhedsstyrelsen, der inden for puljen "Vidensopsamling om metoder, implementering og udbredelse af indsatser, der understøtter patientinddragelse i sundhedsvæsenet" har finansieret undersøgelsen.

Også en særlig tak til de ledere og medarbejdere i fra Sundhed & Omsorg i Esbjerg Kommune, der har deltaget i undersøgelsen, hjulpet med at planlægge empiriindsamlingen og bidraget med validering af resultater og analyser. Endelig en stor tak til de borgere, der har deltaget i interview og observationer og delt deres erfaringer og historier med os.

Rapporten har været i eksternt review hos en forsker og en praktiker med særlig indsigt i borgerinddragelse. Herudover er rapporten kommenteret og valideret af Esbjerg Kommune, ligesom VIVEs forsknings- og analysechef Pia Kürstein Kjellberg har foretaget intern kvalitetssikring.

Forfatterne  
September 2017

# Indhold

|  |    |
|--|----|
| Sammenfatning .....  | 6  |
| 1 Baggrund og formål .....   | 10 |
| 2 Anvendte metoder og datagrundlag .....   | 12 |
| 2.1 Esbjerg-modellens baggrund, kontekst og redskaber .....  | 12 |
| 2.2 Kortlægning af danske erfaringer med kommunal borgerinddragelse .....  | 12 |
| 2.3 Observation af borgerinddragelse i praksis .....   | 13 |
| 2.4 Interview med ledere, medarbejdere og borgere .....  | 13 |
| 2.5 Workshop om foreløbige resultater .....  | 15 |
| 2.6 Overvejelser omkring undersøgelsens datagrundlag .....   | 15 |
| 2.7 Rapportens struktur .....  | 16 |
| 3 Esbjergmodellens baggrund, kontekst og redskaber .....   | 17 |
| 3.1 Introduktion til Esbjerg Kommunes sundhedsområde .....   | 17 |
| 3.2 Esbjerg Kommunes sundhedscenter og medarbejderne i Patientrettet Forebyggelse .....                              | 18 |
| 3.3 Udbuddet af rehabiliteringstilbud .....  | 19 |
| 3.4 Esbjergmodellens værdigrundlag og organisering .....   | 20 |
| 3.5 Opsamling .....  | 23 |
| 4 Ledelsen af Esbjerg-modellen .....   | 24 |
| 4.1 Oplevede resultater og fremadrettede perspektiver .....  | 24 |
| 4.2 Ledernes perspektiver på udvikling og implementering af Esbjerg-modellen i den patientrettede forebyggelse ..... | 25 |
| 4.3 Esbjerg-modellen som afsæt for en ny velfærdsmodel for Sundhed og Omsorg .....                                   | 27 |
| 4.4 Foreløbige erfaringer med udbredelse til hele sundheds- og omsorgsområdet .....                                  | 28 |
| 4.5 Opsamling .....  | 31 |
| 5 Det faglige arbejde i Esbjerg-modellen .....   | 33 |
| 5.1 Oplevede resultater og fremadrettede perspektiver .....  | 33 |
| 5.2 Mening og værdi for medarbejderne .....  | 33 |
| 5.3 Implementering baseret på involvering, synlig ledelse og nye kompetencer .....                                   | 36 |
| 5.4 Medarbejdernes anvendelse af Esbjerg-modellens redskaber .....   | 38 |
| 5.5 Opsamling .....  | 45 |
| 6 Borgernes møde med Esbjerg-modellen .....  | 47 |
| 6.1 Borgernes møde med Esbjerg-modellen .....  | 47 |
| 6.2 Borgernes oplevelse af spørgeskema og samtalehjul .....  | 51 |
| 6.3 Borgernes oplevelse af koordinatorrollen .....   | 51 |
| 6.4 Borgere ser et potentiale for at øge eksterne fagpersoners kendskab til Sundhedscenteret .....                   | 53 |
| 6.5 Opsamling .....  | 53 |
| 7 Potentialer for spredning af Esbjerg-modellen .....  | 55 |

|         |   |    |
|---------|---|----|
| 7.1     | Esbjerg-modellens ledelse og rammevilkår .....  | 55 |
| 7.2     | Opmærksomhedspunkter relateret til spredning inden for patientrettet forebyggelse ..... | 59 |
| 7.3     | Opmærksomhedspunkter ved spredning til andre driftsområder .....                        | 60 |
|         | Litteratur .....  | 62 |
| Bilag 1 | Kortlægning af danske erfaringer.....   | 65 |

# Sammenfatning

## Baggrund og formål

Esbjerg Kommunes "Model for koordination med borgeren i centrum" er udarbejdet i kommunens forvaltning for Sundhed & Omsorg med det formål at øge kvaliteten for borgerne samt forbedre deres mestring af egen sygdom. Esbjerg-modellen er udviklet over flere år, og den udmærker sig ved, at der både er udviklet *konkrete værktøjer* til individuel borgerinddragelse og en *organisering og ledelsesstrategi*, der understøtter inddragelsen.

Der er udarbejdet beskrivelser af Esbjerg-modellen, som har haft stor gennemslagskraft og blandt andet ledt til, at medarbejdere fra omkring 60 andre danske kommuner er undervist i Esbjerg-modellen, ligesom den er oversat – og aktuelt afprøves – i Holland. Interessen og den igangværende spredning af Esbjerg-modellen understøttes imidlertid ikke af systematisk viden om, hvorfor modellen er blevet succesfuld i Esbjerg, hvilke styrker og svagheder der er ved modellen, samt hvilke resultater den konkret skaber.

Esbjerg Kommune har på den baggrund fået midler fra Sundhedsstyrelsen til at beskrive de ledelsestiltag og den organisering, der har medvirket til Esbjerg-modellens succes, samt at vurdere potentialet for at udbrede modellen til den patientrettede forebyggelse i andre kommuner og til andre sektorområder.

## Resultater og ledelsestiltag

Undersøgelsen viser, at de interviewede ledere, medarbejdere og borgere alle oplever, at det er lykkedes at udvikle og implementere en velfungerende model for borgerinddragelse, som skaber de ønskede resultater. Det fremgår også, at de strategier, ledelsestiltag og udviklingsprocesser, der har understøttet arbejdet med Esbjerg-modellen i høj grad matcher – og konkretiserer – centrale anbefalinger i litteraturen om borgerinddragelse. Der har således været:

- Kontinuerlig opbakning fra den kommunale topledelse og det politiske niveau til den kulturændring Esbjerg-modellen repræsenterer. Modellen indgår således i centrale policy-dokumenter, ligesom der løbende har været oplæg og temadage om fremdriften for det politiske niveau og områdets topledelse.
- Synlig ledelse med ejerskab til værdierne om borgerinddragelse og vilje til at engagere sig i det konkrete arbejde med at indhente læring om organisationens møder med borgerne, samt kompetenceudvikling.
- Nærværende ledelse af medarbejderne, som afspejler de involverende metoder og principper, der skal være bærende for medarbejdernes samarbejde med borgerne. Tillid, involvering, kompetenceudvikling, synlighed og vedholdenhed fremstår som nøgleord, når funktionsledere og medarbejdere beskriver arbejdet med Esbjerg-modellen på operationelt niveau.
- Omfattende medarbejderinvolvering i udvikling og validering af Esbjerg-modellens konkrete redskaber, der ses som en væsentlig kilde til ejerskab og mulighed for at få Esbjerg-modellen, værdisættet og dens konkrete redskaber fuldt integreret i det daglige arbejde.
- Massiv investering i kompetenceudvikling via coachuddannelser, læringsgrupper og supervision for både ledere og medarbejdere. De nye kompetencer beskrives blandt andet som et værdisæt i mødet med borgerne såvel som kolleger og som en delvis aflæring af egen faglighed, så man bliver i stand til at træde i baggrunden og lade borgeren få plads.

- Stor fleksibilitet i forhold til, hvordan medarbejderne organiserer deres arbejde, samt en prioritering af at have tid nok til, at det kan lade sig gøre at arbejde borgerinddragende og helhedsorienteret, samtidig med at det prioriteres højt at være tilgængelig via telefon, sms og møder, når borgerne har brug for det.

Ovenstående elementer vil i efteråret 2017 danne grundlag for en skitse til et såkaldt ledelseskompas, der afprøves i Esbjerg Kommune for at guide ledere, som er involveret i arbejdet med borgerinddragelse.

### **Potentialer for spredning**

Det er en væsentlig pointe, at Esbjerg-modellen består af langt mere end de forløbsbeskrivelser og redskaber, der er designet inden for rammerne af den patientrettede forebyggelse. Den tillidsbaserede og synlige ledelse, viljen til at allokere ressourcer til udvikling, de styrende værdier og visioner, strategiske organisationsændringer, kompetenceudvikling og vedholdenhed fremstår således som nødvendige byggesten i det fundament, borgerinvolveringen hviler på. Modellen illustrerer således i højere grad, hvad det reelt kræver at udvikle og forankre en sammenhængende model for borgerinddragelse, end et quickfix, der er let at overføre til at andre kontekster. Tilstedeværelsen af en meget dedikeret ildsjæl og en usædvanlig stor personkontinuitet over tid, forstærker yderligere indtrykket af, at der er tale om en succes, som rummer mange kontekstafhængige elementer.

Det, der alligevel taler for en spredning i den patientrettede forebyggelse, er, en stor efterspørgsel på den løsning Esbjerg-modellen tilbyder, samt at der mange steder er funktionsledere og medarbejdere med kompetencer, værdier og en opgaveportefølje, der matcher modellen og dens redskaber. De forhold, der er vigtige at adressere i forbindelse med udbredelsen, er for det første, at medarbejdernes involvering i udviklingen af Esbjerg-modellen forbindes med et særligt ejerskab. Derfor vil det – i en kontekst, hvor man får redskaber og metoder foræret – være vigtigt, at en adoption understøttes aktivt ledelsesmæssigt, og at der afsættes ressourcer til oplæring, trinvis afprøvninger, kompetenceudvikling og tilpasninger i arbejdets tilrettelæggelse i det omfang, det er nødvendigt.

Det er også væsentligt at afdække, hvorvidt der på højere ledelsesniveau – og fra politisk side – er opbakning og forståelse for de bærende værdier om borgerinddragelse. Det fremstår i den forbindelse veldokumenteret, at Esbjerg-modellen skaber arbejdsglæde, mere borgerinddragelse og høj kvalitet for de borgere, den berører. Dette understøtter argumentet for at investere langsigtet i udvikling af kompetencer, organisering og styring i retning af borgerinddragelse. På den anden side udgør den manglende viden om modellens sundhedsmæssige og økonomiske effekter, en udfordring, fordi ønsket om en evidensbaseret indsats udgør idealet for prioritering af, hvilke indsatser der igangsættes. Denne udfordring understreger relevansen af den effektevaluering, der påtænkes designet og gennemført i Esbjerg Kommune i forlængelse af nærværende undersøgelse. En sådan evaluering vil bidrage med vigtig viden om det sundhedsmæssige og økonomiske potentiale, der er forbundet med en spredning af Esbjerg-modellen.

På strukturelt niveau er der også forhold, der kan påvirke mulighederne for at adoptere Esbjerg-modellen – eller stille krav om lokale tilpasninger. Det drejer sig overordnet om hvorvidt:

- kommunens geografi og borgergrundlag er stort nok til, at det er muligt at udvikle og vedligeholde et tværfagligt miljø, der arbejder med rehabilitering, samt om borgerne har mulighed for at transportere sig til kommunens tilbud. Erfaringer fra andre kommuner er, at borgerne sjældent rejser langt for at deltage i den patientrettede forebyggelse – derfor kan det være en mulighed,

at der – som i Esbjerg – oprettes satellitfunktioner i borgernes nærområder, når geografien er stor.

- hvor udviklet det lokale sundhedssamarbejde med almen praksis og hospitaler er. Fremmede faktorer er i den forbindelse, at der kommer tilstrækkeligt med henvisninger til den kommunale rehabilitering, og at der ikke er uhensigtsmæssig konkurrence mellem fx hospitalets og kommunens forskellige tilbud om patientrettet forebyggelse.

Opmærksomhedspunkterne i forhold til, om det er muligt at anvende Esbjerg-modellens borgerinvolverende metoder i andre sammenhænge end den patientrettede forebyggelse, er grundlæggende de samme som ovenfor beskrevet. Det, der overordnet taler for en spredning af de værdier, der ligger til grund for Esbjerg-modellen, er, at der de seneste år er sket massive satsninger på at anvende hverdagsrehabilitering og mestring som middel til at udvikle og inddrage borgernes egne ressourcer på det kommunale omsorgsområde. Tænkningen om rehabilitering har mange lighedspunkter med de værdier og målsætninger, der har været styrende for Esbjerg-Modellen.

Der skal dog tages det forbehold, at der er mange og væsentlige forskelle på organisation, opgaveportefølje og rammevilkår imellem området for patientrettet forebyggelse og de store driftsområder på sundheds- og ældreområdet. Derfor vil det – som det også fremgår af de foreløbige erfaringer fra Esbjerg Kommunes egne erfaringer med spredning – alt andet lige kræve en længerevarende indsats at oversætte modellen og håndtere de dilemmaer, der opstår undervejs, hvis Esbjerg-modellen skal implementeres som andet end en overordnet værdi for mødet med borgerne på disse områder.

Overvejelserne omkring en evt. adoption og oversættelse af Esbjerg-modellen til andre områder kan med fordel tage afsæt i:

- hvorvidt der er relevante fagpersoner og ledere, som kan se de relative fordele ved at introducere en ny praksis for borgerinddragelse
- i hvilket omfang modtagerorganisationen kender, forstår og deler de værdier borgerinddragelsen hviler på
- i hvilket omfang topledelse og politisk niveau ønsker at bakke op om den kursændring Esbjerg-modellen repræsenterer
- i hvilket omfang organisationens lovgrundlag, opgaveportefølje, arbejdsrutiner og ressourcer giver mulighed for at forfølge de strategier og handlinger, der har vist sig succesfulde i Esbjerg-modellen.

I jo større grad, der kan svares ja på ovenstående spørgsmål, jo mere vil tale for en spredning af Esbjerg-modellen og omvendt. Samtidig anbefales det generelt, at en introduktion af modellen planlægges trinvist, således at der er mulighed for at udvikle, teste og justere på en lille skala – fx på et distrikt i hjemmesygeplejen – forud for implementering i fuld skala. Fordelen ved en sådan udrulning er også, at den giver mulighed for at anvende resten af organisationen som sammenligningsgrundlag for indsatsens implementering og resultater. Det vil imidlertid styrke spredningspotentialet, såfremt at effektmål på økonomisk værdi, sundhedsmæssig værdi samt borgerens livskvalitet kan dokumenteres via en systematisk effektevaluering. Derfor bliver der på baggrund af denne rapport yderligere udarbejdet en protokol til Esbjerg Kommune, der beskriver et sådan studie.



### **Anvendte metoder og datagrundlag**

Undersøgelsens empiriske data er baseret på fire dages deltagerobservation, interview og workshops med i alt 20 forskellige ledere og medarbejdere, samt interview af syv borgere. Den indsamlede empiri er suppleret med skriftligt materiale relateret til Esbjerg-modellen, søgning efter litteratur, der beskriver erfaringer fra lignende danske modeller for borgerinddragelse og en selektiv gennemgang af litteratur, der på generelt niveau omhandler ledelse af borgerinddragelse og rehabilitering på sundhedsområdet.

# 1 Baggrund og formål

Sundheds- og omsorgsforvaltningen i Esbjerg Kommune har siden 2010 arbejdet med at udvikle en systematisk Model for koordination med borgeren i centrum (Esbjerg-modellen). Modellen skal understøtte en helhedsorienteret rehabiliteringsindsats, der aktivt inddrager borgerne i vurderingen af egne rehabiliteringsbehov og beslutningerne om det aktuelle rehabiliteringsforløb. Målet er således, at den enkelte borger får støtte i at mestre eget liv med afsæt i en præcis vurdering af de aktuelle behov, samt at borgeren gives ressourcer og kompetencer til at håndtere livet med funktionsnedsættelse.

Esbjerg-modellen er udviklet over flere år, og den udmærker sig ved, at der både er udviklet *konkrete værktøjer* til individuel borgerinddragelse og en *organisering og ledelsesstrategi*, der understøtter medarbejdernes daglige anvendelse af redskaberne. Sidstnævnte aspekt er interessant, fordi evalueringer af initiativer til borgerinddragelse typisk konkluderer, at der er behov for bedre ledelsesmæssig understøttelse, samt at der mangler viden om, hvordan ledere mere specifikt kan understøtte borgerinddragelse (Lange 2005, Schiøler & Dahl 2003, Jensen, Stokholm & Petersen 2007, Lægehåndbogen 2013). Derfor rummer en undersøgelse af Esbjerg-modellen potentialer for tilvejebringelse af ny og vigtig viden om, hvordan borgerinddragelse kan understøttes ledelsesmæssigt.

Esbjerg Kommune har samarbejdet med Nationalt Videnscenter for Rehabilitering, Marselisborg Centret om at udvikle og teste de konkrete redskaber, der anvendes i Esbjerg-modellen. Redskaberne er udviklet med afsæt i WHO's ICF-koder, som går på tværs af diagnoser<sup>1</sup>. De foreløbige erfaringer er dels (Terkelsen 2015, Esbjerg Kommune 2016), at de involverede medarbejdere og borgere generelt oplever Esbjerg-modellen positivt, og dels at modellen med få ændringer kan anvendes som løftestang for koordinering og borgerinddragelse i alle forvaltningsområder og sektorovergange. Med det afsæt er Esbjerg-modellen de seneste år søgt introduceret til den kommunale hjemmesygepleje, ligesom der er informeret om modellen til de øvrige forvaltninger i kommunen.

I sammenhæng med ovenstående udviklinger, blev der i 2013 udarbejdet en rapport, som beskriver baggrund, kontekst, erfaringer og de konkrete værktøjer, der arbejdes med i Esbjerg-modellen (Esbjerg Kommune 2013). Formålet var at stille erfaringer og viden til rådighed for andre kommuner, fordi der i høj grad mangler systematisk viden om borgerinddragelse i kommunal sundhed og om, hvordan ledere og ledelsestiltag kan understøtte borgerinddragelse (Holm-Petersen & Emdal 2013, Brorholt 2016, Brorholt, Ladefoged Nielsen & Kjellberg 2015). Rapporten har efterfølgende haft en stor gennemslagskraft og blandt andet ledt til, at medarbejdere fra omkring 60 andre danske kommuner er undervist i Esbjerg-modellen, ligesom den er oversat og under afprøvning i Holland. Interessen og den igangværende spredning af Esbjerg-modellen understøttes imidlertid ikke af systematisk viden om, hvorfor modellen er blevet succesfuld i Esbjerg, hvilke styrker og svagheder der er ved modellen, samt hvilke resultater den konkret skaber.

Esbjerg Kommune har på den baggrund fået midler fra Sundhedsstyrelsen<sup>2</sup> til at beskrive erfaringerne omkring tilblivelsen af Esbjerg-modellen og virkningerne af denne. Undersøgelsen tjener to overordnede formål:

- Internt i Esbjerg Kommune skal den anvendes som afsæt for at udvikle et ledelseskompas for borgerinddragelse, der kan anvendes i forbindelse med lederuddannelse<sup>3</sup>, samt som afsæt for

---

<sup>1</sup> ICF står for International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand. Redskabet er nærmere beskrevet i (Melchiorsen & Maribo 2015, Schiøler & Dahl 2003)

<sup>2</sup> Sundhedsstyrelsens pulje: Vidensopsamling om metoder, implementering og udbredelse af indsatser, der understøtter øget patientinddragelse i sundhedsvæsenet

<sup>3</sup> Og formidles eksternt til andre kommuner og relevante områder der arbejder systematisk med borgerinddragelse.

at forberede en forskningsprotokol for en evaluering, der undersøger modellens resultater og økonomi i et kontrolleret design.

- Eksternt skal undersøgelsen give indsigt i de ledelsestiltag og den organisering, der har medvirket til Esbjerg-modellens succes og de virkninger fagpersoner og borgere forbinder med modellen. Målet er at give et kvalificeret vurdering af potentialet – og evt. faldgruber – for at udbrede Esbjerg-modellen til den patientrettede forebyggelse i andre kommuner og til andre dele af den kommunale forvaltning.

## 2 Anvendte metoder og datagrundlag

Undersøgelsens datagrundlag består af deltagerobservation, observationer og interview med ledere, fagprofessionelle og borgere, gennemgang af skriftligt materiale relateret til Esbjerg-modellen, samt en selektiv søgning og gennemgang af relevant litteratur omkring lignende danske modeller for borgerinddragelse. Den etnografiske face-to-face dataindsamling blev foretaget november 2016 i form af fire dages interview, deltagerobservation og observation på Sundhedscenter Højvang. De forskellige datakilder og måden, de er anvendt på, præsenteres nedenfor sammen med de metodiske overvejelser omkring de indsamlede data.

### 2.1 Esbjerg-modellens baggrund, kontekst og redskaber

Vi har anvendt dokumenter fra Esbjerg Kommune som afsæt for at beskrive Esbjerg-modellen, antagelserne om, hvordan den virker, samt den organisering og ledelse, der er opbygget omkring arbejdet med borgerinddragelse. Endvidere beskrives den overordnede kommunale organisation og kontekst, som Esbjerg-modellen er indlejret i, samt de tanker/planer, der er om at anvende modellen på andre områder end i den patientrettede forebyggelse.

### 2.2 Kortlægning af danske erfaringer med kommunal borgerinddragelse

Som led i undersøgelsen er der gennemført en litteraturgennemgang, der omhandler danske erfaringer med implementering og ledelse af borgerinddragelse på det kommunale sundheds- og ældreområde. Der er søgt efter evalueringer og beskrivelser af tiltag, som er sammenlignelige med Esbjerg-modellen, og hvor der er et eksplicit fokus på ledelsens rolle. Formålet har dels været at afdække, hvilke andre erfaringer der findes i en dansk kontekst, dels at spejle erfaringerne fra Esbjerg i den fundne litteratur for at få en bedre forståelse for:

- hvad der udmærker Esbjerg-modellen i forhold til sammenlignelige tiltag i Danmark
- hvilke udfordringer, drivere og resultater, der typisk beskrives i relation kommunale modeller for borgerinddragelse
- hvad den afdækkede viden vurderes at betyde for ønsket om at videreudvikle og sprede Esbjerg-modellen som en generisk model for borgerinddragelse.

Litteraturgennemgangen har kun resulteret i seks kilder – som i begrænset omfang – opfylder kriteriet om at fokusere på borgerinddragelse og ledelse. Gennemgangen illustrerer således, først og fremmest, at der er tale om et område i udvikling, hvor der fortsat er et stort behov for at skabe systematisk viden. Derfor er gennemgangen også suppleret med en selektiv gennemgang af litteratur, der på generelt niveau omhandler ledelse af borgerinddragelse og rehabilitering på sundhedsområdet.

Den anvendte søgestrategi og de fundne resultater er vedlagt som bilag 1, og resultaterne inddrages løbende i rapportens beskrivelser og analyser.

## 2.3 Observation af borgerinddragelse i praksis

Undersøgelsen inkluderer observation af udvalgte begivenheder og aktiviteter, hvor Esbjerg-modellens fokus på borgerinddragelse kommer til udtryk i en konkret praksis. Programmet for observationsdagene er tilrettelagt i samarbejde med VIVEs kontaktperson på Esbjerg Sundhedscenter Højvang. Den overordnede prioritet har været at deltage i møder og aktiviteter, hvor det blev forventet, at borgerinddragelse a) spillede en rolle i dialogen mellem medarbejdere og ledere i sundhedscentrene, eller b) at borgerinddragelse indgik i mødet mellem personale og borgere i relation til konkrete aktiviteter på sundhedscentrene. Dette er sket via observation af nedenstående aktiviteter i Esbjerg Kommune<sup>4</sup>:

- En rygestopcafé for borgere, der ønsker at holde op med at ryge
- Et driftsmøde i medarbejdergruppen, der organiserer rygestopcaféer
- Patientundervisning for personer med senfølger af cancer
- Et netværksmøde for mænd, der er opereret for prostatakæft
- Holdbaserede træningsaktiviteter

Observationerne har til formål at bidrage med viden og forståelse for det usagte: alt det aktører gør med handlinger i kombination med og nogle gange uden ord, alt det aktører gør, når de interagerer med andre – i dette tilfælde ledere, medarbejdere og borgere. Målet er således at få indblik i den del af udtalte praksisser, man ikke kan interviewe sig til ved at indsamle eksempler på mødet mellem Esbjerg-modellen og de konkrete borgere. Ligeledes kan metoden give indblik i, hvordan medarbejdere og ledere taler om og indarbejder Esbjerg-modellen i deres arbejde. Samtidig har vi – i forbindelse med transport mellem aktiviteter, i frokostpauser eller som afslutning på dagens program – haft uformelle samtaler med ledere og medarbejdere om deres refleksioner omkring arbejdet med at implementere og anvende borgerinddragelse i praksis.

Noterne fra deltagerobservationen indgår i det samlede datamateriale, på linje med de gennemførte interview og workshops, der præsenteres i nedenstående afsnit.

## 2.4 Interview med ledere, medarbejdere og borgere

I forlængelse af observationerne er der foretaget interview med i alt 12 ledere og medarbejdere fra forvaltningen Sundhed & Omsorg i Esbjerg Kommune, samt syv borgere jf. Tabel 2.1 nedenfor.

**Tabel 2.1** Oversigt over undersøgelsens interviewpersoner

| Position  | Antal |
|---|-------|
| Ledere fra sundhed- og omsorg, som har været involveret i udvikling og implementering | 5     |
| Erfarne medarbejdere, der arbejder med Esbjerg-modellen i hverdagen                   | 7     |
| Borgere, der benytter sundhedscentrenes tilbud om patientrettet forebyggelse          | 7     |

Som det fremgår af tabellen, er de professionelle medarbejdere, som deltager, udvalgt strategisk i samarbejde med VIVEs kontaktperson i Esbjerg Kommune ud fra et ønske om, at deltagerne har

<sup>4</sup> Det har ikke været muligt at indgå aftaler om observation af de individuelle opstarts- og opfølgningssamtaler, hvor Esbjerg-modellens borgerinddragende redskaber anvendes i mødet med borgeren.

mest mulig viden og erfaring omkring arbejdet med Esbjerg-modellen. Borgerne er udvalgt i dialog med Esbjerg Kommunes kontaktperson, og derefter er der indhentet informeret samtykke samt indgået interviewaftaler med de enkelte borgere.

Interviewene er gennemført som en kombination af enkelt- og gruppeinterview, og varigheden varierer mellem en til to timer. Forud for interviewene er der udarbejdet semistrukturerede interviewguides med afsæt i undersøgelsens formål jf. de overordnede temaer for de forskellige typer af interview i Tabel 2.2 nedenfor.

**Tabel 2.2** Interviewtemaer fordelt på type af interviewdeltagere

| Type                 | Interviewtemaer   |
|----------------------|---|
| Lederinterview       | <p>Ledernes involvering, roller og opgaver i relation til udvikling af Esbjerg-modellen</p> <p>Hvilke ledelsestiltag der vurderes at være særligt virksomme og vigtige i relation til at fremme borgerinddragelse</p> <p>Hvilke elementer i modellen der opleves særligt velfungerende ift. borgerinddragelse</p> <p>Hvilke udfordringer der har været undervejs, og hvilke løsninger der er fundet</p> <p>Hvilke erfaringer der er gjort i relation til at udrede og anvende Esbjerg-modellen som en generisk model til borgerinddragelse og koordinering af borgerforløb</p>  |
| Medarbejderinterview | <p>Hvilken rolle ledelsen har spillet i udvikling, implementering og drift af Esbjerg-modellen, samt i hvilket omfang der er noget medarbejderne efterspørger fra ledelsen</p> <p>Hvilke ledelsestiltag der vurderes at være særligt virksomme og vigtige i relation til at fremme borgerinddragelse</p> <p>Hvilke elementer i modellen der opleves særligt velfungerende ift. borgerinddragelse</p> <p>Hvilke udfordringer der har været undervejs, og hvilke løsninger der er fundet</p> <p>I hvilket omfang medarbejderne oplever modellen – og de tilhørende redskaber – som meningsfuld, relevant og anvendelig i mødet med borgerne</p> <p>Hvordan redskaberne konkret anvendes, hvilke ressourcer det kræver og hvilke resultater der opleves at komme ud af det</p> <p>Refleksioner, gode råd etc. i forhold til ønsket om at udbrede Esbjerg-modellen samt muligheder for fortsat forbedring af model og redskaber</p> |
| Borgerinterview      | <p>I hvilket omfang borgerne oplever at blive hørt og have indflydelse i udformningen af deres forløb</p> <p>Hvilke resultater borgerne forbinder med deres forløb i sundhedscentrene</p> <p>I hvilket omfang borgerne oplever, at deres forløb i sundhedscentrene er anderledes, sammenlignet med deres øvrige kontakter med sundhedsvæsenet</p> <p>Refleksioner og forslag til fremtidige forbedringer</p>  |

Interviewene er analyseret i forlængelse af hinanden, hvor ny viden fra et interview er bragt videre til det næste interview. Samtidig er vi begyndt at interviewe og behandle ledelsens og de mest erfarne nøglepersoners erfaringer og refleksioner. Resultaterne fra analysen af disse interview er her efter spejlet i interviewene med de fagpersoner, som anvender Esbjerg-modellens redskaber i dagligdagen. Medarbejderinterviewene er således anvendt til at validere og nuancere lederne fortællinger om egne roller og modellens virkninger i daglig praksis samt til at zoome ind på de praksisnære erfaringer med at anvende modellens redskaber. Endelig er borgerinterviewene anvendt til at få indblik i borgerenes oplevelse af mødet med Esbjerg-modellen samt til at validere de fagprofessionelles vurderinger af modellens virkninger.

Alle interview er optaget på diktafon og efterfølgende transskriberet og tematiseret, sammen med de indsamlede feltnoter, hvorefter udskriverne, i anonym form, er anvendt som afsæt for citat og analyse.

## 2.5 Workshop om foreløbige resultater

Der er afholdt en workshop, hvor undersøgelsens foreløbige resultater er præsenteret og drøftet med ledere og medarbejdere fra Esbjerg Kommune. Målet har dels været at kvalificere og validere VIVEs analyser og dels at give mulighed for refleksion og læring hos de involverede i Esbjerg Kommune. Workshopen blev afholdt i februar 2017 og inkluderede nedenstående deltagere:

Del 1: Oplæg om foreløbige resultater ved VIVE og efterfølgende input fra:

- 5 medarbejdere fra Sundhedscenter Højvang, der tidligere var interviewet
- 2 ledere
- 1 administrativ medarbejder
- 2 medarbejdere, der ikke tidligere var interviewet

Del 2: Arbejdsworkshop med drøftelse af analysemuligheder med:

- 2 medarbejdere fra Sundhedscenter Højvang, der tidligere var interviewet
- 2 ledere
- 1 medarbejder, der ikke tidligere var interviewet

Workshopen gav mulighed for at inddrage medarbejderne og ledere fra Sundhedscenteret samt fra Esbjergs Kommunes administration. Der var også inviteret to borgere, som af praktiske grunde ikke havde mulighed for at deltage. Medarbejdere og ledere har således været med til at validere og kvalificere de foreløbige analyser og konklusioner.

## 2.6 Overvejelser omkring undersøgelsens datagrundlag

Undersøgelsen kombinerer forskellige metoder og datakilder med det formål at give overblik over erfaringerne med Esbjerg-modellen, en dybere forståelse for modellens anvendelse og anvendelighed i praksis samt at beskrive de strategier og erfaringer, der indtil videre er gjort med at sprede modellens tankesæt til andre områder af Sundhed & Omsorg.

Stort set alle fagpersoner og ledere, der deltager i undersøgelsen, er udvalgt, fordi de har særlige roller og særlig indsigt i arbejdet med Esbjerg-modellen på det kommunale område for patientrettet forebyggelse. Deltagerne er således ikke repræsentative for den brede gruppe af medarbejdere på det kommunale sundheds- og ældreområde, og der er kun afdækket sporadiske konkrete erfaringer omkring spredningen af modellen til fx den kommunale syge- og ældrepleje. Undersøgelsen står således umiddelbart stærkest i forhold til at vurdere potentialerne for spredning i relation til arbejdet med patientrettet forebyggelse.

På samme måde gælder det, at de syv interviewede borgere ikke nødvendigvis er repræsentative for gruppen af borgere, der anvender tilbuddene i den patientrettede forebyggelse. Borgernes perspektiver skal derfor ses som en overordnet illustration af, hvordan brugerne af den patientrettede forebyggelse oplever mødet med Esbjerg-modellen.

Med ovenstående forbehold in mente, fremstår de indsamlede data generelt konsistente på tværs af datakilder. Det er derfor VIVEs vurdering, at den indsamlede empiri tilsammen giver et dækkende og nuanceret billede af de særligt involverede ledere, fagpersoner og borgeres erfaringer med og perspektiver på Esbjerg-modellen.

## 2.7 Rapportens struktur

Rapportens struktur følger rækkefølgen i den indsamlede empiri, således:

- Kapitel 3 beskriver Esbjerg-modellens udvikling, organisering og den kommunale kontekst, den virker i.
- Kapitel 4 omhandler ledelsens perspektiver på udvikling, implementering, resultater og fremadrettede potentialer for udbredelse af Esbjerg-modellen.
- Kapitel 5 omhandler medarbejdernes perspektiver, udvikling, implementering, resultater og fremadrettede potentialer for udbredelse af Esbjerg-modellen. Samtidig går kapitlet tæt på de konkrete redskaber til beslutningsstøtte og borgerinddragelse, der er indeholdt i Esbjerg-modellen. Redskaberne – og intentionen om, hvordan de anvendes og bidrager til inddragelse– beskrives, og spejles i de involverede fagpersoners konkrete anvendelse og refleksioner omkring redskabernes funktion.
- Kapitel 6 omhandler de resultater og refleksioner borgerne har på baggrund af deres møde med Esbjerg-modellen.
- Kapitel 7 sammenfatter og diskuterer undersøgelsens resultater og vurderer på den baggrund potentialet for spredning af Esbjerg-modellen samt de opmærksomhedspunkter, der er vigtige i den sammenhæng.



## 3 Esbjergmodellens baggrund, kontekst og redskaber

Dette kapitel beskriver den kommunale kontekst, Esbjerg-modellen er udviklet i, hvordan udviklingsprocessen er grebet an, hvilke værdier og antagelser om virkninger, der er knyttet til modellen, samt hvilke redskaber der indgår i modellen. Formålet er, at give andre kommuner, der ønsker at arbejde med Esbjerg-modellen viden om indhold, organisering og implementering, da disse forhold har stor betydning for mulighederne for at sprede modellen, samt hvad der skal til for at opnå de ønskede virkninger. Kapitlet bygger på dokumentanalyse og de gennemførte interview med ledere og medarbejdere fra Esbjerg Kommune.<sup>5</sup>

### 3.1 Introduktion til Esbjerg Kommunes sundhedsområde

Esbjerg Kommune har et areal på næsten 800 km<sup>2</sup> og 116.000 indbyggere og er dermed Danmarks femte største kommune, hvad angår indbyggere og nittende største kommune, hvad angår areal.

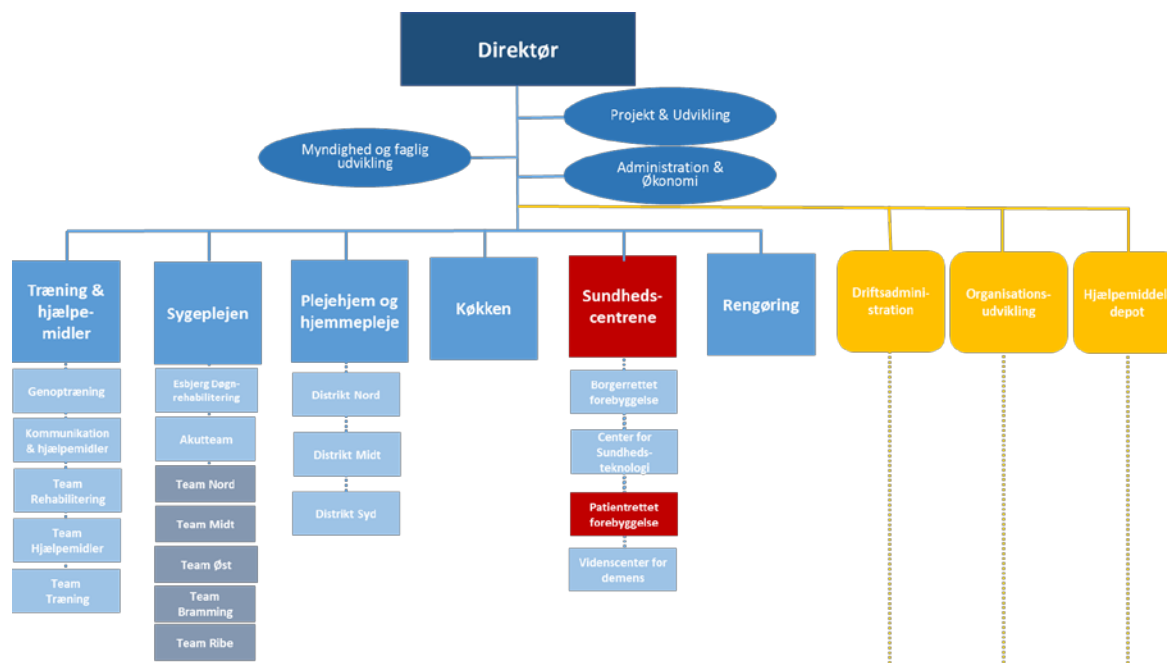
Organiseringen af de kommunale administrative funktioner afspejler kommunens geografi, hvor ca. 62 % af borgerne er bosiddende i Esbjerg. Langt hovedparten af kommunens administration, borgerservicecentre og sundhedscentre er derfor placeret i Esbjerg, mens der er oprettet satellitfunktioner, som ligger i Bramming cirka 24 kilometer øst for Esbjerg og Ribe, der ligger 32 kilometer sydøst for Esbjerg. Kommunen er opdelt i 5 forvaltningsområder: Borger & Arbejdsmarked, Børn & Kultur, Fællesforvaltning, Sundhed & Omsorg og Teknik & Miljø. Sundhed & Omsorg består af 12 afdelinger, herunder hjemmeplejen, sygeplejen, træning og hjælpemidler samt sundhedscenteret, som alle refererer til samme forvaltningsdirektør.

Figur 3.1 nedenfor viser, at Sundhed & Omsorg i Esbjerg er organiseret i søjler, hvor driften af ældre- og sygepleje, samt genoptræningsområdet udgør langt de største områder. Det fremgår samtidig, at arbejdet med borger- og patientrettet forebyggelse – og Esbjerg-modellen – er placeret i en selvstændig søjle under Esbjerg Sundhedscenter (markeret med rødt).

---

<sup>5</sup> Herunder diverse notater fra forvaltningen Sundhed & Omsorg i Esbjerg Kommune, rapporter om Esbjerg-modellen og publikationer om modellen udviklet i forbindelse med kommunens samarbejde med MarselisborgCentret om udviklingen af modellen.

**Figur 3.1** Organisationsdiagram Esbjerg Kommune Sundhed & Omsorg



Kilde: Kilde: [www.esbjerg-kommune.dk](http://www.esbjerg-kommune.dk)

Forvaltningens organisering og indplaceringen af den borger- og patientrettede forebyggelse afspejler den typiske kommunale organisering i Danmark (Hesselberg Lauritzen et al. 2017, Norman et al. 2011, Pedersen & Rank Petersen 2014). Samtidig fremgår det, at Esbjerg-Modellen er udviklet og virker inden for den patientrettede forebyggelse, der udgør et lille og afgrænset område af Sundhed & Omsorg. Som vi senere vender tilbage til, har den patientrettede forebyggelse en væsentlig anderledes opgaveportefølje og medarbejdergruppe end det der typisk kendetegner ældreområdet store driftsorganisationer.

### 3.2 Esbjerg Kommunes sundhedscenter og medarbejderne i Patientrettet Forebyggelse

Esbjerg Sundhedscenter udgør den samlede organisatoriske ramme for kommunens arbejde med sundhedsfremme og patientrettet forebyggelse. Centeret er fysisk placeret på fire matrikler (Højvang i Esbjerg by, Østerby i Esbjerg Øst, Ribe Sundhedscenter, og Bramming Sundhedscenter), der har fælles ledelse og medarbejdere. Sundhedscenter Højvang i Esbjerg er det største af de fire centre, og det er her administration, ansatte og ledelse har deres primære arbejdssted, ligesom det er her størstedelen af de holdbaserede tilbud gennemføres. I Sundhedscenter Højvang ligger, ud over den patientrettede forebyggelse, også genoptræning, Borgerrettet Forebyggelse, administrative servicefunktioner og kommunens Carecenter, der har fokus på introduktion af velfærds- og sundhedsteknologi. Den fysiske samling af funktioner er udtryk for et bevidst ønske om at skabe nærhed mellem den patientrettede forebyggelse der hører under serviceloven og genoptræningsområdet, der hører under sundhedsloven.

Tabel 3.1 nedenfor viser fordelingen af ansatte og faggrupper i den patientrettede forebyggelse.

**Tabel 3.1** Fordeling af ansatte og faggrupper i Esbjerg Sundhedscenter Patientrettet Forebyggelse

| Faggruppe                                 | Antal     |
|---|-----------|
| Leder *                                   | 1         |
| Souschef *                                | 1         |
| KOL-sygeplejerske *                       | 1         |
| Fysioterapeut *                           | 9         |
| Sygeplejerske *                           | 1         |
| Ergoterapeut *                            | 4         |
| Klinisk Diætist                           | 1         |
| Professionsbachelor i ernæring og sundhed | 1         |
| Kontinenssygeplejerske                    | 1         |
| Kontinensfysioterapeut                    | 1         |
| Praktikant cand.pub.sand.                 | 1         |
| Hjælpekoordinator på Patientuddannelserne | 1         |
| <b>I alt</b>                              | <b>23</b> |

Note: \* har modtaget eller er i gang med sundhedscoach-uddannelse

Kilde: Esbjerg Kommune n.d.

Som det fremgår af tabellen, har alle medarbejderne mellemlange videregående sundhedsfaglige uddannelser, og der er en klar overvægt af terapeutuddannede. Afdelingen har i dag 23 ansatte, og dermed er antallet af medarbejdere næsten fordoblet siden arbejdet med Esbjerg-modellen begyndte. Det betyder, at afdelingen i dag har gode muligheder for at vedligeholde og udnytte fordelene af tværfagligt miljø omkring arbejdet med forebyggelse. Endelig er det angivet, at en stor del af medarbejderne har gennemført en uddannelse som sundhedscoach, som har til formål at sætte deltagerne i stand til inspirere og motivere til sundhedsrelaterede adfærdsændringer, med afsæt i borgerinddragelse.<sup>6</sup> Uddannelsen er (som vi senere uddyber) en vigtig del af fundamentet for arbejdet med Esbjerg-modellen.

### 3.3 Udbuddet af rehabiliteringstilbud

Kommunen er den primære aktør på rehabiliteringsområdet, da ansvaret for rehabiliteringsindsatser overvejende ligger i kommunalt regi inden for Sundhed & Omsorg. I relation til patientrettet forebyggelse tilbydes (foråret 2017) følgende indsatser<sup>7</sup>:

- Individuelle samtaler – fx i forbindelse med opstart og afslutning af forløb
- Individuelle rehabiliteringsforløb målrettet borgere med diabetes, KOL og hjertekarsygdom
- Rehabiliteringsforløb for cancerpatienter
- Lær-at-tackle kurser med afsæt i Stanfordmodellen
- Undervisning, temadage og café møder

<sup>6</sup> Der udbydes mange forskellige uddannelser som sundheds- og livsstilscoach, patientvejleder, sundhedsformidler m.m. på professionshøjskoler samt af private udbydere. Esbjergs forløb er udbudt af University College Lillebælt og designet med afsæt i Bjarne Brun Jensens Sundhedspædagogiske principper: 1) Deltagelse og Involvering, 2) Et bredt sundhedsbegreb, 3) Handlekompetence, 4) Viden, 5) Kontekst. Uddannelsen er normeret til et halvt år med afsluttende eksamen og certificering.

<sup>7</sup> Kilde: www.esbjerg-kommune.dk

- Fysisk træning
- Inddragelse af pårørende
- Netværksdannelse og café møder
- Forløbskoordination i form af individuelle samtaler og udvidet støtte til koordinering
- Livsstilsintervention (ift. kost og rygning)

En del af tilbuddene er åbne for alle, forstået således at de ikke kræver en henvisning fra læge eller sygehus, mens andre tilbud kræver en lægehenvi sning. Førstnævnte er blandt andet de generelle patientuddannelser og rehabilitering af borgere med kræft, mens der fx kræves henvisning fra læge til de tilbud, som er målrettet de store kronikerdiagnoser. Rekruttering til de åbne tilbud foregår blandt andet via annoncering i de lokale dagblade samt borgere, der i øvrigt henvender sig af eget initiativ.

Det indgår i Esbjergmodellen, at hver enkelt borger, som henvises af læge til et rehabiliteringsforløb får en tovholder, som følger dem igennem forløbet. Det sker som minimum via en opstarts- og en afslutningssamtale, der afholdes på det sundhedscenter, der passer bedst til borgerens bopæl og præferencer. Samtidig har borgere med særlige behov for støtte mulighed for at få udvidet støtte (forløbskoordination) via individuelle samtaler og hjælp til at koordinere deres kontakter med sundheds- og socialområdet undervejs i forløbet (Esbjerg Kommune 2017).

### 3.4 Esbjergmodellens værdigrundlag og organisering

#### 3.4.1 Ønsket om en individbaseret og helhedsorienteret rehabilitering

Arbejdet med rehabilitering i Esbjerg Kommune har fra starten taget afsæt i definitionen af "rehabilitering", som den fremgår af den 13 år gamle Hvidbog om Rehabiliteringsbegrebet:

*Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats (MarselisborgCentret 2004).*

Hvidbogens overordnede definition er i Esbjerg videreudviklet til nedenstående borgerrettede målsætninger for rehabilitering:

- At bevare eller fremme borgerens livskvalitet
- At borgeren genvinder sit tidligere funktionsniveau eller opnår højest mulig funktionsevne
- At forebygge tilbagefald, senfølger eller yderligere reducere af borgerens funktionsevne
- At borgeren får redskaber og strategier til at kunne leve med varige funktionsevnededsættelser eller kronisk sygdom og fremme sundhed ved at kunne mestre sin situation
- At borgeren med funktionsevnededsætning opnår ligestilling i forhold til øvrige borgere med hensyn til personlig frihed i hverdagslivet og deltagelse i samfundslivet.

Som det fremgår, er der i Esbjerg-modellen et eksplicit fokus på borgerens handlekompetencer og mestringsevne som centrale værktøjer i rehabiliteringen. Denne rehabiliterende tilgang genkendes i hele forvaltningen og er blevet en del af medarbejdernes hverdag, sådan som det er dokumenteret

i "Gør borgeren til mester" (Madsen et al. 2014b). Mestring opnås, når borgeren har erhvervet de nødvendige handlekompetencer inden for et givet område og fået tilstrækkelig rutine til at kunne anvende dem i hverdagen. Det forudsættes at det i sidste ende er borgerens eget ansvar at opnå bedst mulig rehabilitering. Derfor lægges der særlig vægt på mestringskompetencer og samtale i sundhedscenterets praksis, med det mål at etablere en "bæredygtig relation" til den enkelte borger.

Disse værdier er også afspejlet i idealet for borgernes forløb, der beskrives som følger: "Fra henvendelsen kommer, til borgeren afsluttes, involveres borgeren i alle faser og opnår dermed ejerskab af aftaler, afgørelser, handleplaner og målsætninger undervejs. I de patientrettede tilbud leveres indsatserne af fagprofessionelle med sundhedspædagogiske og coachende kompetencer."

### 3.4.2 Afsættet i ICF og udvikling af koordinatorfunktionens redskabskasse

Arbejdet med Esbjerg-modellen startede i 2010, da kommunen indførte ICF som fælles sprog og begrebsramme for rehabilitering. Kernen i ICF arbejder ud fra en bio-psyko-social forståelse af sundhed og funktionsevne, hvor funktionsevnen sættes i relation til den kontekst og de omgivelser, den enkelte lever og agerer i (MarselisborgCentret 2014). Formålet var den gang – som nu – at skabe systematik i udviklingen af redskaber til borgerinddragelse og rehabilitering, samt ensartethed på tværs af involverede faggrupper og funktioner.

Det første konkrete ICF-redskab, der blev udviklet i 2011, var "Guide til opstartssamtale med mennesker med kronisk sygdom" (Esbjerg Kommune 2011). Guiden er udgivet som en samlet folder, der beskriver formål, baggrund, systematikken bag, samt de konkrete vejledninger og redskaber som anvendes. Det fremgår, at metoderne i guiden repræsenterer ønsket om at bryde med den diagnosespecifikke behandlerrolle, som traditionelt har præget sundhedsvæsenets møde med borgerne. Med afsæt i de ICF-klassifikationer, som er indeholdt i guiden, er der endvidere udarbejdet et matchende spørgeskema, som anvendes til at fremme dialogen mellem borger og medarbejder.

I forlængelse af "guide til opstartssamtale" er der udviklet et **samtalehjul**, for at få et visuelt og mere enkelt værktøj, som understøtter den ønskede borgerinvolvering i relation til opstartssamtalerne. Samtalehjulet anvendes i dialog med borgeren til at foretage en systematisk behovs- og ressourceturvurdering. Afdækningen skal bevidstgøre borgerens ressourcer og problemstillinger for både borgeren og den fagprofessionelle samt guide den fagprofessionelle til, hvorvidt- og hvordan kommunen bedst kan understøtte den enkelte borgers mestringsevne. Til det formål er der udarbejdet et hjælpekort, der repræsenterer ICF-koder ved hjælp af ikoner, som indgår i modellen. Ligesom med de andre redskaber i "værktøjskassen", er der udviklet en udførlig vejledning om anvendelsen af samtalehjulet, samt det tværfaglige skøn, der ligger til grund for den efterfølgende stratificering af borgerne.

Stratificeringen sker med afsæt i en **generisk stratificeringsmodel**, som på baggrund af funktions- og mestringsevne grupperer borgerne i fire kategorier, alt efter hvor omfattende en indsats borgeren har brug for. Stratificeringen danner på den baggrund et grundlag for et målrettet, individualiseret forløb, som borgeren tilbydes, således at indsatsen er differentieret til den enkeltes behov.

**Lyskurven** er det seneste redskab, der er lagt til værktøjskassen og afprøvet i efteråret 2016. Der er tale om et visuelt redskab til selvevaluering, som giver borgeren mulighed for at vurdere sin aktuelle situation på en farveskala (rød/gul/grøn) udformet som en lyskurve. Tanken er, at redskabet skal være enkelt at anvende undervejs i forløbet, således at borger og fagperson sammen får mulighed for at stoppe op og reflektere over, hvordan borgerens situation og behov udvikler sig henover et forløb. Lyskurvens formål er i forbindelse med stratificeringsprocessen tydeligt at inddrage borgers egen vurdering og derved skabe mere direkte borgerinddragelse.

Som det fremgår, er udviklingen af Esbjerg-modellen en kontinuerlig proces, hvor de enkelte værktøjer løbende videreudvikles og føder ind i hinanden, i takt med at der opnås nye erfaringer og læring. Modellen er således dynamisk over tid.

### 3.4.3 Strategi for implementering

Esbjerg-modellen er udviklet i den patientrettede forebyggelse, der tilkom som en ny kommunal sundhedsopgave med kommunalreformen i 2007. Arbejdet med at udvikle den patientrettede forebyggelse tog de første år efter kommunalreformen afsæt i en sundhedsfaglig logik, hvor kommunernes tilbud i relativt stort omfang kopierede metoder og virkemidler fra de eksisterende patientskoler i hospitalsregi. Området var – og er mange steder stadig – præget af udfordringer som følge af:

- vanskeligheder med at opspore og rekruttere borgere til de kommunale tilbud
- uklarhed og uhensigtsmæssig konkurrence og overlap mellem de kommunale patienttilbud og de eksisterende patientskoler i hospitalsregi
- stort fravalg og frafald undervejs i tilbuddene
- vanskeligheder med at skabe den ønskede gruppedynamik i de holdbaserede tilbud, som ofte blander deltagere på tværs af diagnoser og funktionsniveauer
- manglende fastholdelse af opnåede resultater efter endt tilbud.

Ovenstående udfordringer gjorde sig også gældende i Esbjerg Kommune, hvorfor arbejdet med Esbjerg-modellen blev igangsat som en udviklingsproces i retning af ny og mere involverende kurs for den patientrettede forebyggelse. Implementeringen af Esbjerg-modellen repræsenterer en langsigtet innovations- og udviklingsproces, hvor svarene ikke var givet på forhånd. De bærende elementer i implementeringsprocessen har været:

1. en grundlæggende værdi om, at kommunens indsatser skal være bæredygtige og understøtte borgerne, så de kan leve et aktivt liv med mest mulig livskvalitet og klare sig selv længst muligt.
2. omfattende medarbejderinddragelse og systematisk kompetenceudvikling.
3. Ekstern ekspertbistand og systematik i udvikling og afprøvning af konkrete værktøjer.
4. ledelsesmæssig og politisk opmærksomhed – bl.a. i form af gentagne oplæg og temadrøftelser i byrådet.
5. en grundlæggende tillidsbaseret værdi om at ledelse og medarbejdere i den patientrettede forebyggelse har frihed under ansvar til at innovere og udvikle modellen.
6. ildsjæle og personkontinuitet, der har sikret momentum og sammenhængskraft i udviklingsprocessen.

For at understøtte udviklingen, er der desuden gennemført en række organisatoriske ændringer. For det første er der etableret en enkel og enstrengt henvisningspraksis, som indebærer, at praktiserende læger og hospitaler kun skal lave en overordnet henvisning til rehabilitering. Herefter afdekkes de specifikke behov og målsætninger (jf. ønsket om brugerinvolvering) i samarbejde mellem borger og tovholder. Målet med forenklingen er at gøre det lettere for henviserne, at få flere borgere henvist og ikke mindst at få matchet borgerne bedst muligt med paletten af tilgængelige tilbud. For det andet er der oprettet en række tilbud, som ikke kræver henvisning, og som annonceres i lokalavisen, så borgerne i højere grad selv kan henvende sig til sundhedscenteret. For det tredje er genoptræningsområdet fysisk placeret sammen med den patientrettede forebyggelse, samtidig med at det prioriteres, at terapeuterne på genoptræningsområdet er vidende om de tilbud der ligger i den

patientrettede forebyggelse. Målet er således, at terapeuterne er opmærksomme på borgernes øvrige sundhedsrelaterede problematikker og aktivt informerer om muligheden for rygestop, afklarende samtaler m.m.

Der foreligger ikke systematiske proces- og projektbeskrivelser eller evalueringer, der beskriver fremgangsmåder og resultater fra udviklingsarbejdet. Derfor vender vi i de kommende kapitler blikket mod de kontekstspecifikke forhold der – ifølge ledere og medarbejdere – har haft betydning for implementeringen, og som kan forventes at påvirke muligheden for at sprede erfaringerne med Esbjerg-modellen.

### 3.5 Opsamling

Kapitlets beskrivelse af den patientrettede forebyggelse og Esbjerg-modellen viser, at modellen som i de fleste andre kommuner, virker inden for et mindre og afgrænset område af den kommunale organisation, hvor der på mange måder er andre vilkår for opgavevaretagelsen end de øvrige driftsområder på sundheds- og ældreområdet. Det fremgår også, at organiseringen af arbejdet med patientrettet forebyggelse, værdierne i tilgangen til rehabilitering, sammensætningen af ansatte, udbuddet af tilbud og adgangsvejen til disse langt hen ad vejen er sammenlignelige med andre danske kommuner. Alle disse forhold peger på at der i relation til patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme er et godt potentiale for at sprede Esbjerg-modellen til andre kommuner.

Til gengæld er der også beskrevet en række forhold, som potentielt er særlige for Esbjerg Kommune og derfor udgør vigtige opmærksomhedspunkter for andre kommuner. Det fremgår for det første, at Esbjerg-modellen er udviklet i en stor kommune med en geografi, der giver mulighed for at skabe og vedligeholde et bæredygtigt og tværfagligt fagligt miljø omkring den patientrettede forebyggelse. Samtidig er det prioriteret at give de ansatte et fælles fagligt afsæt for arbejdet med borgerinddragelse via uddannelsen som sundhedscoach. Værdierne omkring borgerinddragelse og ønsket om en kursændring i det forebyggende arbejde er tydeligt beskrevet og fremstår konsekvent på tværs af formelle målsætninger, konkrete vejledninger og de redskaber, som anvendes.

Det fremgår også, at der i en længere årrække er arbejdet systematisk med at definere, videreudvikle og tydeliggøre borgerinddragelsen som det bærende element i rehabiliteringen. Udviklingen er sket med afsæt i ICF, der over en årrække er operationaliseret til konkrete borgerinddragende redskaber i samarbejde med MarselisborgCentret/DEFACTUM. Det fremgår af det skriftlige materiale, at afsættet i ICF har givet et fælles sprog og en systematik i udviklingen af rehabiliteringsområdet, som har været meget nyttig – ikke mindst i relation til at skabe en rød tråd på tværs af de udviklede redskaber og over tid.

I forhold til implementering fremgår det, at udviklingen af Esbjerg-modellen i højere grad har været båret af værdier, tillid under ansvar og frihed til at innovere, end konkrete strategier, planer, projektbeskrivelser og evalueringer. På den baggrund kan det være vanskeligt for andre, der ønsker at arbejde med modellen at få en dybere forståelse for, hvordan modellen er udviklet, samt de kontekstspecifikke forhold (fx ildsjæle, konkrete ledelsestiltag, kulturforandringer o.l.) der har haft betydning for processen. Derfor vender vi i de næste kapitler blikket mod, ledere og fagpersoners fortællinger om processen, hvordan modellens værdier kommer til udtryk i praksis, samt hvilke resultater og virkninger de forbinder med Esbjerg-modellen.

## 4 Ledelsen af Esbjerg-modellen

Dette kapitel belyser de interviewede lederes erfaringer fra arbejdet med borgerinddragelse i Esbjerg-modellen samt deres refleksioner omkring modellens fremadrettede betydning for udviklingen af sundheds- og omsorgsområdet. Fokuspunkterne for kapitlet er de værdier, organisatoriske tiltag og handlinger, der har understøttet udviklingen af modellen i den patientrettede forebyggelse, samt de handlinger og strategier, der fremadrettet skal sikre modellens udbredelse på sundheds- og omsorgsområdet som helhed.

### 4.1 Oplevede resultater og fremadrettede perspektiver

Arbejdet med ICF-koderne, de tilhørende redskaber og den tilgang til at involvere borgerne, som de repræsenterer, er, ifølge lederne, fuldt integreret i mødet – og den løbende dialog med borgere, som henvises til den patientrettede forebyggelse. De direkte involverede ledere oplever også, at modellen indfrier ønsket om en mere helhedsorienteret og involverende vurdering af borgernes faktiske behov og ønsker, som (inden for rammerne af den patientrettede forebyggelse) går hånd i hånd med en mere individuel og fleksibel tilrettelæggelse af den enkelte borgers forløb.

Som illustreret i nedenstående citater, er der en tro på, at tilgangen også er økonomisk bæredygtig, fordi fokus er flyttet fra at tilbyde flest mulige borgere standardiserede kommunale tilbud, til et fokus på, at borgerne tilbydes de tilbud, der er relevante, og som de reelt er motiverede for:

*Og det har vi så udviklet Esbjerg-modellen til, at man kan tage den samtale og den dialog med borgerne, om hvordan er det vi kommer igennem verdenen med det her. Og jeg tror, de ude i centeret har sorteret 40 % af dem, der kommer fra, hvor de så er hjulpet ud i et andet tilbud, og så har medarbejderne haft kraft og overskud til at tage sig af de borgere, der har brug for tilbuddene. Og det har vi brugt meget med den her samtale, man starter op. (Leder, Esbjerg Kommune)*

*Jeg har sagt, at vi kan omfordele måden, vi bruger vores ressourcer, fra at vi førhen måske gav rigtig mange noget, som egentlig ikke gjorde en forskel, til at vi i stedet gør noget for færre, som så til gengæld gør en større forskel. (Leder, Esbjerg Kommune)*

Det fremstår således som et centralt element, at det i den patientrettede forebyggelse er blevet legitimt at viderehenvise nye borgere til fx at benytte kommercielle eller foreningsbaserede tilbud. Samtidig vurderes det, at de borgere, der tilbydes et forløb i sundhedscenteret, i højere grad gennemfører tilbuddene og opnår/fastholder positive resultater. Lederne fremhæver endvidere – med afsæt i de tilfredshedsmålinger, der laves for Sundhed & Omsorg og den løbende dialog med kommunens ældreråd – at borgernes tilfredshed ikke er påvirket negativt. Tværtimod fremgår det, at borgerne er mere tilfredse, fordi de i højere grad oplever at blive mødt og inddraget på egne præmisser, samt at de tilbud, de får er meningsfulde. De involverede ledere vurderer på den baggrund, at modellen har givet mulighed for at skabe bedre faglige resultater, samtidig med at der frigøres medarbejderressourcer til at tage sig af de mindre ressourcestærke borgere, der har brug for Sundhedscentrets tilbud.

I forlængelse af ovenstående positive erfaringer, er der enighed om, at Esbjerg-modellen og de værdier, der bærer denne, udgør et grundlæggende og vigtigt omdrejningspunkt for sundheds- og ældreområdet fremadrettet. Det fremhæves i den forbindelse, at der – i de bagudrettede processer



såvel som de aktuelle – er stor politisk bevågenhed og kontinuerlig opbakning fra områdets topledelse til de igangsatte processer. Flere fremhæver dette som en stærkt medvirkende faktor til, at modellen – inden for den patientrettede forebyggelse – har fået plads til at blive udfoldet i så høj grad, som den er. Interviewpersonerne tillægger det samtidig en stor værdi, at de har haft mulighed for at udfolde modellen, uden at skulle ”dokumentere hvert et skridt”. I det hele taget oplever de forskellige ledere, at der er vist dem og medarbejderne stor tillid fra topledelsens side, til at de formår at løfte det ansvar, de har fået overdraget.

## 4.2 Ledernes perspektiver på udvikling og implementering af Esbjerg-modellen i den patientrettede forebyggelse

### 4.2.1 Udviklingen er funderet i frie rammer og båret af en ildsjæl

Udviklingsarbejdet i den patientrettede forebyggelse har, ifølge de involverede ledere, været båret af tillid og videregivelse af frihed under ansvar. Der har således ikke været en tæt styring af udviklingsarbejdet fra topledelsen, hvilket ses som et vigtigt element i forhold til at understøtte ejerskabet til den udviklings- og innovationsproces, det har krævet at udvikle og forankre model og redskaber i praksis i Patientrettet Forebyggelse.

Som illustreret i nedenstående citater, tillægges det også stor betydning, at der har været en dedikeret ildsjæl, som qua den ledelsesmæssige opbakning, ressourcer og relativt frie rammer, har formået at indholdsudfylde den overordnede ramme:

*Vi har haft en virkelig kompetent leder, som satte sig ind i det og prøvede at arbejde inde i det felt, og også har udviklet den til i hvert fald at omfatte alle borgere i sundhedscenterdelen. (Kommunal leder)*

*Den ansvarlige leder har virkelig kunnet nørde ned i udviklingsarbejdet og har formået at tage de redskaber, der tidligere lå i organisationen, og skabe en syntese, der løfter det til et helt nyt niveau. Det er sådan samtalehjulet, modellen for koordination med borgerne, er opstået. (Kommunal leder)*

Den leder, der har været ansvarlig for udviklingsarbejdet, startede selv med at arbejde i den patientrettede forebyggelse, som underviser på de daværende patientuddannelser. Lederen fortæller, at patientuddannelserne i udgangspunktet var lavet som kopier af de eksisterende hospitalsbase-rede patientuddannelser, samt at der var et stort fokus på at fremvise aktivitet for at bevise områdets berettigelse:

*Jeg sad jo selv ude i praksis og havde borgerne lige ved hånden, og jeg kunne bare se, at der var et eller andet her, der slet ikke spillede. Og når jeg adresserede det til den ledelse, der var på det tidspunkt, jamen så var det jo vigtigt at vi viste vores berettigelse – altså at vi havde nok at lave og kunne fremvise så og så meget travlhed. [...] samtidig kunne vi se på de evalueringer, vi fik lavet, at de løft vi fx gav vores KOL-patienter, de holdt ikke, så det var ikke en bæredygtig indsats. (Kommunal leder)*

Den lokale ledelses ønske om at skabe en bæredygtig indsats med fokus på virkninger frem for aktivitet udgør derfor den grundlæggende motivation, der har drevet det lokale udviklingsarbejde. Arbejdet er samtidig båret af en erkendelse af, at en virksom indsats er nødt til at være båret af inddragelse og ejerskab blandt både medarbejdere og borgere.

#### 4.2.2 Medarbejderinvolvering og kompetenceudvikling som fundament for udvikling

Første trin på vejen mod Esbjerg-modellen har været at skabe ejerskab, kompetencer og redskaber som fundament for det faglige arbejde. Pejlemærket for udvikling og implementering afspejler de arbejdsvilkår, den lokale ledelse selv er givet, således at strategien for at skabe ejerskab og udvikling har handlet om:

*...at skabe rammer, der ikke er bundet af kontrol, men bygger på tillid til medarbejderne [...] det handler om at afvige kontrollen, og så bygge på de ressourcer, der er i forvejen. (Kommunal leder)*

Den tillidsbaserede tilgang til arbejdets organisering og ledelse afspejler samtidig de værdier, der er centrale i Esbjerg-modellens tilgang til mødet med borgerne. Samtidig understreges det, at tillid, frie rammer og fleksibilitet ikke betyder, at medarbejderne og udviklingen har været overladt til sig selv. Tværtimod beskrives en klar strategi, hvor udviklingsprocessen har taget afsæt i omfattende medarbejderinvolvering og en kontinuerlig satsning på kompetenceudvikling og løbende afprøvninger i hverdagen.

Medarbejderne har således fra starten – og ad mange ombæring – arbejdet med at omsætte de overordnede ICF-kriterier til konkrete redskaber, der efterfølgende er afprøvet og justeret i hverdagen. I udviklingsfasen var der også faste arbejds møder hver 14. dag, som samlede op på fremdrift og resultater, ligesom det var her i det samarbejde, som blev etableret med MarselisborgCentret.

Inddragelsen er gået hånd i hånd med et kompetenceløft, der ses som et vigtigt element i Esbjerg-modellen. Det er således prioriteret at give alle medarbejdere den samme coachuddannelse, som sundhedscenterets leder og to nøglemedarbejdere (der har været med i hele processen) gennemførte i 2010:

*Borgerinddragelsen kommer for alvor til her i projektet i 2010, hvor jeg har været igennem coachuddannelse, hvor man får lært simpelthen at kigge på sin rolle, hvordan man parerer sin egen faglighed for at få borgeren i centrum. (Kommunal leder)*

Som illustreret i citatet, tillægges coachuddannelsen stor værdi, fordi den udgør fundamentet for, at medarbejderne er i stand til reflektere over egen rolle og tage et reelt ejerskab til ICF-redskaberne. På den måde oplever de involverede ledere en positiv synergi mellem coachuddannelsen og ICF-redskabernes helhedsorienterede fokus på at afdække og inddrage den enkelte borgers ressourcer. Udbyttet af uddannelsen ses både i relation til medarbejdergruppen og i relationen mellem den enkelte medarbejder og de borgere, der kommer i sundhedscenteret. Det understreges således, at coachuddannelsen – der ikke er bundet op på en profession – repræsenterer en generisk kompetence, der understøtter gensidig forståelse og en fælles retning på tværs af de fagligheder, der er samlet i sundhedscenteret. I relationen til den enkelte borger er oplevelsen blandt medarbejderne at kompetenceudviklingen har rustet dem til at arbejde coachende, påtage sig nye professionelle roller samt anvende de specifikke værktøjer (stratificeringsredskab, samtalehjulet, spørgeskemaer og lyskurve), der indgår i Esbjergmodellen.

Det indgår derfor også i det løbende vedligeholdelsesarbejde, at man enten rekrutterer medarbejdere, der har en coachuddannelse, eller sørger for, at nye medarbejdere får den.

### 4.2.3 Frie rammer for arbejdstilrettelæggelse og løbende dialog

Takket være opbakningen fra topledelse og fra et politisk niveau, har den patientrettede forebyggelse i et vist omfang været sat fri for de dokumentations- og økonomikrav, der bruges til at dokumentere aktiviteter og økonomi på de store driftsområder i ældreplejen. Friheden er også afspejlet i de rammevilkår, som internt er styrende for medarbejdernes arbejdsorganisering og fokus i mødet med borgerne således:

- Medarbejderne skal afsætte den tid (typisk en time), der er nødvendig for at komme godt igennem de individuelle samtaler, der gennemføres med borgerne.
- Medarbejderne har frihed til at prioritere imellem deres opgaver og tilrettelægge opfølgninger med borgerne fleksibelt for at fremme en effektiv ressourceudnyttelse – opfølgning på borgernes forløb, som ofte foregår telefonisk, frem for ved personligt fremmøde for at spare tid og give fleksibilitet i planlægningen for borgere og fagpersoner.
- Borgerens deltagelse i aktiviteter aftales individuelt, og der er ikke (inden for rammerne af sundhedscenterets tilbud) nogen begrænsninger for, hvilke aktiviteter borgeren kan deltage i, hvis det er begrundet i borgerens behov og den ICF-udredning, der er lavet. Omvendt er der også åbenhed overfor at afslutte borgere hurtigere, hvis det fx viser sig, at de er parat til fx at træne videre i foreningsregi.
- Der er åbenhed overfor at coache borgerne i relation til sociale problemstillinger, samt for at guide borgerne de rette steder hen i de tilfælde, hvor det viser sig, at disse forhold er vigtige/står i vejen for, at borgeren kan profitere af sundhedscenterets tilbud.

Det fremgår også, at medarbejderne løbende drøfter borgernes forløb og eventuelle udfordringer uformelt med hinanden. Det betones i den forbindelse, at afdelingen for Patientrettet Forebyggelse i Sundhedscenter er en lille enhed, hvor man er tryk og kan gå til hinanden, fordi åbenhed og dialog vægtes som en del af samarbejdskulturen.

## 4.3 Esbjerg-modellen som afsæt for en ny velfærdsmodel for Sundhed og Omsorg

### 4.3.1 En kursændring for sundheds- og ældreområdet

De positive resultater med Esbjerg-modellen i den patientrettede forebyggelse, har de seneste år haft stor betydning for de strategier og værdier, der fremadrettet skal sætte kursen for sundheds- og omsorgsområdet i Esbjerg. Udviklingen af Esbjerg-modellen beskrives således som begyndelsen på en overordnet *kursændring* for hele det kommunale sundheds- og ældreområde. Målet er, via systematisk inddragelse af borgernes ressourcer, deres viden og ønsker, at der i alle led skabes en indsats, som inddrager og aktiverer borgernes egne ressourcer. Som det opleves i den patientrettede forebyggelse, er forventningen, at inddragelsen vil kunne gøre en række borgere selvhjulpne, således at kommunens ressourcer kan udnyttes mere effektivt og målrettes hos de borgere, der har mest brug for hjælp.

Startskuddet for den overordnede kulturændring kom i 2015, hvor Sundhed og Omsorg, på baggrund af en analyse af kommunens omkostningsniveau (Madsen et al. 2014a), skulle realisere en besparelse på ca. 12 % af det samlede budget. Resultatet blev, at der skulle udarbejdes et omfattende sparekatalog, men i stedet for kun at udmønte generelle besparelser blev det jf. nedenstående citat besluttet:

*Nu tager vi det helt store skridt og siger, nu går vi ud i dialog med borgeren, hvad er det borgeren rent faktisk har brug for? Hvad er det for måder, vi kan arbejde med borgeren på, eller hvordan kan vi lave borgerinvolvering? Og så udvikle velfærdsydelserne med henblik på at flest muligt borgere klarer sig længst muligt aktivt i eget liv. (Leder Esbjerg Kommune)*

Grundfilosofien for sparekataloget, og den fremadrettede kurs, der er beskrevet heri, er, at alle borgers møde med ældre- og omsorgsområdet skal tage afsæt en individuel afklaring, der tager afsæt i ICF-modellens tankesæt. Fokus skal i alle led og handlinger være på at afdække og realisere borgernes egne ressourcer, og den individuelle afklaring skal samtidig hånd i hånd med en større frihed til at de udførende medarbejdere fokuserer på de indsatser, der giver kvalitet for borgeren:

*Fx i ældreplejen, hvor borgerne visiteres til en pakke lavet ud fra ICF-vurderingen. Pakken beskriver, hvad borgeren har brug for, og den kan så pakkes ud derude. Hvis borgeren fx ikke vil have gjort rent i dag, men hellere have en tår kaffe og få redt seng, så kan de i yderste led gøre det – bare det passer til den ICF-plan, der er lavet. (Kommunal leder)*

Målene om borgerinddragelse og fleksibilitet i indsatsen går hånd i hånd med en målsætning om at gøre så mange borgere som muligt selvhjulpne, således at kommunen kan spare ressourcer og målrette indsatsen til de borgere, der har det største behov. Denne tilgang er allerede implementeret i hjemmeplejen, der i en årrække har arbejdet med at implementere rehabilitering (Gør borgeren til mester) som afsæt for arbejdet i hjemmeplejen. Fokus er, at borgere, som visiteres til hjemmehjælp, i udgangspunktet får et rehabiliteringsforløb der skal gøre dem selvhjulpne i stedet for at få varig hjemmehjælp.

#### 4.3.2 Strategien for oversættelse og udbredelse

Efter at dataindsamlingen til nærværende undersøgelse blev afsluttet, er den leder som har været ansvarlig for Esbjerg-modellen, flyttet fra Sundhedscenteret til en strategisk stilling i sundheds- og omsorgsforvaltningen. Den nye stilling skal udvikle de fremadrettede rammer for den videre oversættelse af modellens værdier, tankesæt og redskaber til andre dele af organisationen.

Det fremgår i forlængelse heraf, at de interviewede ledere overordnet ser sig selv som ambassadører for modellen og de værdier, den repræsenterer, og at de prioriterer at være tydelige og synlige i arbejdet med modellen. Det sker, fx når topledelsen flere gange om ugen besøger borgere, der har klaget over mødet med Sundhed & Omsorg og anvender disse som afsæt for læringscases om arbejdet med borgerinddragelse sammen med chefgruppen, eller når cheferne deltager og underviser på kompetenceudviklingsforløb for medarbejderne.

De konkrete spor for videre udbredelse og implementering er endnu under udvikling. Der er dog også gjort en række foreløbige erfaringer som præsenteres nedenfor.

#### 4.4 Foreløbige erfaringer med udbredelse til hele sundheds- og omsorgsområdet

Hjemmesygeplejen og den del af myndighedsafdelingen, der visiterer borgere til hjemmepleje, er udset til at være de første driftsområder, hvortil Esbjerg-modellen skal udbredes. Strategier for udbredelse og foreløbige erfaringer fra de to områder er sammenfattet nedenfor.

#### 4.4.1 Esbjerg-modellens møde med hjemmesygeplejen

Introduktionen af Esbjerg-modellen i hjemmesygeplejen skal ses i sammenhæng med en række organisationsændringer, der har til hensigt at understøtte en effektiv ressourceanvendelse:

- Sygeplejen er udskilt fra hjemmeplejen og organiseret i fem teams med egen faglig ledelse. Målet er at understøtte en klar sygeplejeprofil med de nødvendige specialistkompetencer til at varetage og koordinere plejen for det stigende antal borgere med behov for kompleks sygepleje.
- Centraliseringen af sygeplejen følges af et mål om, at sygeplejen i mindre grad skal være uddelegeret til andre faggrupper. Det skal ske ved, at det i højere grad er sygeplejersker, der starter nye borgere op, samt at opstarten i sygeplejen efter de principper om rehabilitering, som de seneste år er implementeret i hjemmeplejen. Målet er således, at flere borgere kan oplæres i at udføre simple sygeplejeydelser, medicindosering o.l. selv, således at de efter en periode bliver helt eller delvist selvhjulpne.
- Der er oprettet fem sygeplejeklinikker, som hører under hjemmesygeplejen, samtidig med at de fysisk er placeret på de sundhedscentre, hvor borgerne i forvejen kommer for at træne og deltage i sociale tilbud. Klinikkerne skal betjene de borgere, der selv kan transportere sig til klinikken. Målene for sygeplejen er at spare transporttid og at kunne levere ydelserne (fx sårskift) mere effektivt, med øget kvalitet i sterile omgivelser. For borgerne er målet at tilbyde en mere fleksibel adgang til sygeplejen, hvor man slipper for at sidde hjemme og vente, samt at aktivere borgerens egne ressourcer via transporten.

Baggrunden for at sætte fokus på hjemmesygeplejen er blandt andet en KORA-evaluering af projektet "Gør Borgeren til Mester" i hjemmeplejen, som konkluderede, at hjemmesygeplejerskerne i mindre grad havde taget den rehabiliterende tilgang til sig. En af de involverede ledere fortæller i den forbindelse at:

*Jeg kan godt huske, at man så det rigtigt meget som et terapeut projekt – det var en sådan terapeutterminologi, som jeg ikke helt forstod, og jeg fornemmede også, at sygeplejen aldrig rigtigt blev budt ind. Så det er først efter at have fået et nærmere kendskab til konceptet – jeg har flere gange haft lejlighed til at deltage i undervisningen i samtalehjulet og hele bredden i konceptet – og der tænkte jeg, okay – der er godt nok noget i det her, vi som sygeplejersker vil have gavn af at få ind i vores horisont. Helhedsperspektivet i at forstå rehabiliteringen langt bredere end bare det, der er relateret til træning i at kunne selv. (Kommunal leder)*

Citatet illustrerer vigtigheden af, at de enkelte hjemmesygeplejersker har et reelt kendskab, forståelse og ejerskab for de værdier og redskaber, der ligger til grund for Esbjerg-modellen, hvis implementeringen skal lykkes. I den forbindelse fremstår det særligt vigtigt at skabe en forståelse for, hvordan ICF-tilgangen supplerer de teorier om egenomsorg, der indgår i værdigrundlaget for sygeplejen. Målet i Esbjerg-modellen er således, at ICF-tilgangen – og særligt anvendelsen af samtalehjulet – integreres i sygeplejens tilgang til borgerne således at:

*Man tager skridtet videre, og har fokus på at finde borgerens egen motivation – for at være med i det her, så man, så vidt det overhovedet er muligt, kan understøtte borgeren i selv at kunne varetage sine sundhedsudfordringer. (Kommunal leder)*

Selvom sygeplejen i stort omfang har som ideal at gøre borgerne selvhjulpne, er der alligevel tale om et markant ændring, i en hverdag hvor sygeplejen oftest møder borgerne, fordi der er en læge

der har ordineret en behandling – fx hjælp til støttestrømper eller medicinadministration – som sygeplejen så udfører, så længe det er påkrævet. En af de involverede ledere fortæller i den forbindelse, at:

*Sygeplejerskerne kan jo godt se lidt forkerte ud i ansigtet ved tanken om, at de fx skal ud og give nye borgere støttestrømper på. Men der er den ledelsesmæssige opgave jo, at sætte den ramme, der hedder: du kommer for det første for fagligt at se, om borgerens ben afvander, som det skal, om borger har tegn på sår, om støttestrømpen passer, og når først alt det er på plads, så vurderer du borgerens evne til – ud fra den velfærdsteknologi vi har på markedet, selv at tage strømpen af og på, i stedet for at der automatisk sker det, at en hjælper kommer morgen og aften i årevis og tager strømpen af og på.*

Strategien for udbredelse i hjemmesygeplejen, tager derfor afsæt i erfaringerne fra den patientrettede forebyggelse, således at der er investeret i at give alle sygeplejersker og teamledere et kompetenceløft, via et lokalt tilpasset diplom modul i "Mestring og Medborgerskab". Kurset introducerer ICF-redskaberne og de værdier om inddragelse, der ligger bag, og det veksler mellem undervisning og praktiske øvelser, supervision og læringsgrupper i det daglige arbejde. Samtidig er der indgået aftale med en coach, der følger teamlederne og superviserer dem i forhold til deres arbejde med at facilitere implementeringen hos medarbejderne.

På interviewtidspunktet var undervisningen gennemført, og oplevelsen var, at sygeplejerskerne havde taget meget positivt imod værdier og redskaber. Det fremgik endvidere, at arbejdet i læringsgrupperne var godt i gang, men at der endnu kun var sporadiske konkrete erfaringer med at anvende den rehabiliterende tilgang i den daglige pleje.

Oplevelsen er således, at implementeringen er godt i gang, men langt fra afsluttet. En grundlæggende udfordring er i den forbindelse at skabe en forståelse blandt de brede medarbejdergrupper og kommunens borgere om, at der ikke bare er tale om en spareøvelse. Samtidig er der i den videre proces en række forhold og dilemmaer, som der skal gøres erfaringer med, og som skal håndteres og opretholde den rette balance mellem ønsket om inddragelse – og kravet til, at borgerne skal blive mere selvhjulpne, hvis investeringen i indsatsen skal blive bæredygtig – over for at der er tale om ydelser efter sundhedsloven. De forhold, der skal arbejdes med, er, fx at sygeplejen i arbejdet med Esbjerg-modellen:

- ikke fratager borgerne muligheden for at få hjælp, selvom de ikke er motiverede eller mangler overskud til at blive inddraget.
- ikke giver borgerne mere ansvar, end de kan magte – fx i forhold til deres kognitive funktion eller netværk.
- investerer den tid, der er lagt op til i opstartssamtalerne med borgerne og tør indgå i en ligeværdig relation med borgerne, således at borgerne får mulighed for at løfte de opgaver, de selv kan.

#### 4.4.2 Esbjerg-modellens møde med den kommunale visitation

Myndighedsafdelingen i Esbjerg Kommune udgør borgernes indgang til stort set alle ydelser inden for sundheds- og omsorgsområdet. Det er således her, fundamentet for det videre arbejde med borgerinddragelse og rehabilitering skal lægges, hvorfor det er helt centralt, at medarbejdere og ledere kender og anvender de principper og redskaber, der indgår i Esbjerg-modellen.

Det fremgår i den forbindelse, at myndighedsområdet i udgangspunktet har mange erfaringer med at udrede borgernes behov med afsæt i ICF-tilgangen. Dels er de redskaber, der allerede arbejdes med, når borgerne skal visiteres til hjælp, udarbejdet med afsæt i ICF-systematikken, og dels har

visitationen indgået som en vigtig part i arbejdet med at introducere den rehabiliterende tilgang, som afsæt for arbejdet i hjemmeplejen. Visitationen har således i mange år haft fokus på:

*Hvordan vi får lavet den gode helhedsorienterede udredning, der beskriver borgerens funktionsniveau og motivation og potentiale for at blive selvhjulpne. (Kommunal leder)*

Det fremgår samtidig, at visitatorerne oplever et godt udbytte af at anvende deres eget samtalehjul og prioriteringskort, der også har en rehabiliterende tilgang, som afsæt for at opstille de mål, der er vigtigst for borgeren at nå. Disse redskaber er udviklet i relation til hverdagsrehabilitering i projektet "Gør borgeren til mester" (Madsen et al. 2014b). Det fremgår, at de redskaber, der anvendes i myndighedsafdelingen, er baseret på færre ICF-standarder, som til gengæld går mere i dybden inden for de områder (fx personlig pleje), hvor der kan visiteres hjælp, sammenlignet med de standarder, der anvendes i den patientrettede forebyggelse:

*Metoderne og tankegange er jo kendte, og vi har kigget på, om vi kunne bruge den fulde Esbjerg-model og sat nogle af vores bedste terapeuter til at teste det. Men de kommer så tilbage og siger, at det kan vi godt, men det giver bare ikke mening at bruge tiden på det, fordi det er et andet sted, fokus ligger, når borgeren ikke kan komme på toilettet, eller når borgeren ikke kan komme hjem fra sygehuset. (Kommunal leder)*

Det fremgår samtidig, at der på interviewtidspunktet endnu ikke var en endelig afklaring på om – og hvordan – udformningen af visitationens ICF-redskaber skal udformes og anvendes fremadrettet. Det fremgår dog, at der i udgangspunktet er gode erfaringer fra indsatsen "Gør borgeren til mester".

I udgangspunktet fokuserede "Gør borgeren til mester" i hjemmeplejen på nye borgere. Men i takt med at indsatsen er konsolideret, er fokus udvidet til også at omfatte de borgere, der skal have revurderet deres behov. Disse borgere kan således også tilbydes et rehabiliteringsforløb med henblik på at gøre dem selvhjulpne, hvilket leder til, at borgere bliver afsluttet, når rehabiliteringen lykkes. Det sker oftest med borgernes accept, men der er også eksempler på både fagpersoner og borgere, der oplever det som et ensidigt fokus på at spare penge på bekostning af borgere, der ikke længere får de ydelser, de er berettiget til. Dilemmaerne, som opleves i den forbindelse, er grundlæggende de samme, som er gennemgået i det foregående afsnit om erfaringerne fra sygeplejen, men derudover er der en særlig udfordring i forhold til at løfte kompetenceniveauet hos den brede gruppe af medarbejdere på omsorgsområdet.

Som det også er afspejlet i kommunens visioner for de kommende år (Esbjerg Kommune 2017) understreges det derfor, at arbejdet med Esbjerg-modellen er en langsigtet proces, som involverer mange aktører. I denne proces indgår det blandt andet at etablere et tæt samarbejde med de uddannelsesinstitutioner, som uddanner social- og sundhedsfagligt personale, samt at have en løbende involvering af civilsamfund, ældreråd og lignende.

## 4.5 Opsamling

For de interviewede ledere repræsenterer Esbjerg-modellen overordnet en værdi om systematisk borgerinddragelse som middel til at skabe bedre resultater for de borgere, der har brug for kommunens tilbud, samtidig med at ressourcerne rækker længere. Selvom det endnu ikke er dokumenteret systematisk, er der også en oplevelse af, at det inden for den patientrettede forebyggelse er lykkedes at indfri disse mål, samt at der er en grundlæggende tro på, at det samme kan lade sig gøre for de øvrige dele af sundheds- og omsorgsområdet.

Vejen til succesfuld udvikling og implementering er drevet af en tydelig og kontinuerlig opbakning og opmærksomhed i kommunens politiske niveau og topledelse, samtidig med at lederne på det udførende niveau har haft stor frihed til at indholdsudfylde processen. Det fremhæves således som et vigtigt rammevilkår, at den patientrettede forebyggelse i et vist omfang har været sat fri for den dokumentation og aktivitetsstyring, der traditionelt anvendes på de store driftsområder i ældreplejen. Tilstedeværelsen af en dedikeret ildsjæl og en stor grad af personkontinuitet blandt ledere og personale fremhæves ligeledes som en vigtig forklaring på, at det har været muligt at fastholde momentum undervejs. Processen har nemlig været lang og har krævet et målrettet fokus på at forankre modellens værdier, værktøjer og tilgang hos de involverede medarbejdere.

Strategien for udvikling og implementering i den patientrettede forebyggelse har lagt stor vægt på at involvere medarbejderne i processen med at udvikle og kvalitetssikre modellen. Involvering og oplæring er således sket med afsæt i de samme involverende metoder og principper, som det er målet, at de sundhedsprofessionelle selv skal anvende sammen med borgerne. Erfaringen er, at denne tilgang har givet mening for de involverede og understøttet den overordnede kursændring, Esbjerg-modellen repræsenterer. Samtidig er der, i erkendelse af at processer tager tid, samt at det er svært at fastholde nye handlemønstre i travle situationer, lagt et stort arbejde i at udvikle en fælles tværfaglig forståelse og specifikke kompetencer til borgerinddragelse. Dette fundament søges også vedligeholdt i relation til introduktion og oplæring af nye medarbejdere. Coachuddannelsen fremhæves således som et afgørende element i den proces, der skal gøre det muligt for medarbejderne at optage mindsettet og lære at tilsidesætte deres faglighed i mødet med borgerne.

Principperne, der har drevet udviklingen i den patientrettede forebyggelse, er i vidt omfang overført til den igangværende udrulning i Sundhed & Omsorg som helhed. Processen understøttes overordnet af, at der er oprettet en strategisk stilling til den leder, der har haft ansvaret for den patientrettede forebyggelse og dels af en massiv investering i kompetenceudvikling af hjemmesygeplejerskerne. På det operationelle niveau er der endvidere gennemført en række ændringer i hjemmesygeplejens organisation, der skal understøtte den ønskede udvikling.

De foreløbige erfaringer er positive, hvilket for de involverede ledere bekræfter dem i antagelsen om, at Esbjerg-modellen kan vise vejen til en mere involverende, målrettet effektiv indsats over for borgerne. Det fremgår dog også, at implementeringen endnu er i et tidligt stadie, når det kommer til det daglige borgerrettede arbejde. Det står også klart, at opgaveportefølje, lovgrundlag og organiseringen af det daglige arbejde adskiller sig væsentligt fra arbejdet i den patientrettede forebyggelse. Der er således en række forhold, som skal håndteres i oversættelsen fra den patientrettede forebyggelse til de øvrige driftsområder. Det fremstår i den forbindelse særligt vigtigt at:

- finde og opretholde den rette balance mellem inddragelse og motivation i forhold til borgerens behov og ret til hjælp.
- forankre ejerskab og forståelse for værdierne bag modellen hos den brede gruppe af involverede medarbejdere og borgere.
- dokumentere, hvordan udrulningen af Esbjerg-modellen påvirker ressourceforbruget på de involverede områder, samt i hvilket omfang modellen leder til de ønskede resultater.

Vi vender tilbage til disse punkter i den afsluttende diskussion, og næste kapitel præsenterer medarbejdernes perspektiver på Esbjerg-modellens betydning i den patientrettede forebyggelse.



## 5 Det faglige arbejde i Esbjerg-modellen

Dette kapitel belyser medarbejdernes perspektiver på arbejdet med Esbjerg-modellen og de tilhørende redskaber. Medarbejdernes erfaringer er afdækket i forlængelse af ledernes fortællinger om de værdier, den organisering og den ledelsesstøtte, der understøtter arbejdet med Esbjerg-modellen. Kapitlet beskriver også medarbejdernes arbejde med modellens redskaber samt deres perspektiver på, hvorvidt modellen leder til en bæredygtig indsats – jf. målsætningerne om borgerinddragelse, øget sundhed og mestring samt effektiv ressourceudnyttelse.

### 5.1 Oplevede resultater og fremadrettede perspektiver

Medarbejderne vurderer, at tankesættet i Esbjerg-modellen og de faglige kompetencer, den introducerer, er fuldt integreret i den daglige interaktion med borgerne i den patientrettede forebyggelse. Indsatsen i Esbjerg-modellen opleves også mere involverende, fleksibel og målrettet den enkelte borgers behov sammenlignet med tidligere. Medarbejderne bekræfter i den forbindelse, at flere borgere afsluttes. Det sker fx ved opstartssamtalen, når det viser sig, at sundhedscenterets tilbud ikke imødekommer borgerens motivation og/eller behov eller efter endt forløb, når borgerne udsluses til foreningsliv, fitnesscentre og lignende. Resultatet er, ifølge medarbejderne, at gruppen af borgere, der deltager i sundhedscenterets tilbud, er mere mangfoldig, fordi det i højere grad lykkes at engagere borgere, der tidligere blev anset som for svage til at deltage.

Medarbejderne fortæller også, at borgerne fastholdes over længere tid, samt at frafald og fravalg undervejs i forløbet er mindsket. I en forbindelse fremhæves, at der (fx i cancer- og KOL-forløb) opstår langvarige personlige men professionelle relationer, fordi "vi kender dem jo", og fordi forløbet tilrettelægges fleksibelt og har en bred indgang til borgernes sundhed. Det spiller samtidig ind, at medarbejderne oplever at have god tid til dialog med borgeren, som betyder, at de kan "komme hele vejen rundt". Samtidig understøtter den fleksible arbejdstilrettelæggelse muligheden for at være tilgængelig for borgerne, når de har brug for det.

Medarbejderne oplever, at afdelingen for Patientrettet Forebyggelse er et fristed, hvor det er deres faglighed og hensynet til det, der skaber værdi og kvalitet for borgerne, der er styrende for deres arbejde. Samtidig mærker de – og anerkender – at behovet for dokumentation er stigende. De efterspørger i den forbindelse mål, der i tråd med kursændringen, er meningsfulde, således at der kan måles på kvalitet fremfor på aktivitet, samt at arbejdet med dokumentation tilrettelægges på en måde, der fortsat muliggør en fleksibel indsats til borgerne.

### 5.2 Mening og værdi for medarbejderne

Som afspejlet i de oplevede resultater, er medarbejderne enige i, at Esbjerg-modellen udgør et nødvendigt opgør med den "ikke bæredygtige" tilgang, der tidligere prægede kommunens tilbud om patientrettet forebyggelse. På baggrund af medarbejdernes egne erfaringer fremhæves især tre faktorer, som er tilført via arbejdet med Esbjerg-modellen: 1) Et eksplicit fokus på, at viden uden motivation ikke hjælper borgerne; 2) at borgerne ofte har andre (fx sociale, økonomiske eller psykiske) udfordringer, som der skal tages hensyn; 3) Borgernes vanskeligheder ved at fastholde nye rutiner i hverdagen.

*Og det tænker jeg også, nu med vores svage borgere der... de ved det jo godt, også selvom de ryger og drikker, som de gør. Og de gider simpelthen ikke at møde et sundhedsvæsen, som har fokus på det, fordi de ved godt de der ting. De ved godt, at det er usundt, de vil også gerne mødes som menneske, tænker jeg. Der er måske problemer, der er endnu større for dem, altså økonomi, og det der med sundhed, det har aldrig nogensinde interesseret dem. Det står måske nede på en 8.-10. plads ift. alle mulige andre problemer, de har i deres liv. (Kommunal medarbejder)*

*Vi opdagede jo også, at selvom vi giver dem viden og træning og det der, så er det jo ikke sikkert, de når i mål. Altså de forstår ikke at bruge den viden, og det er ikke altid viden, de heller søger. De søger måske nærmere handlekompetencer og strategier til mestring, fordi at det sådan set ikke var viden, de manglede. (Kommunal medarbejder)*

Bæredygtighed i indsatsen er således en nøgleværdi for medarbejderne, og referencerammen handler (som for lederne) om at: Borgeren skal kunne bygge videre på den indsats, kommunen tilbyder, samt at kommunen kun tilbyder noget, som borgeren er motiveret for at gribe og arbejde med. Medarbejderne forklarer videre, at accepten af denne enkelte borgers livsvalg betyder, at der er indsatser, de ikke tilbyder. I tråd med forståelsen af, at Esbjerg-modellen handler det også om at vælge aktiviteter fra og udsluse borgere, der enten kan klare sig selv, eller borgere, der ikke er motiverede for de aktiviteter, der udbydes i sundhedscenteret. Der er således stor overensstemmelse mellem de værdier og rammevilkår, de interviewede ledere og medarbejdere lægger vægt på, om end der er variation i fortolkningen af værdierne. Medarbejderne har således ikke fokus på rationalet om at inddragelse og bedre kvalitet for borgeren kan gå hånd i hånd med økonomiske besparelser, i samme grad som lederne.

Når medarbejderne skal forklare det særlige ved Esbjerg-modellen – og hvorfor den er meningsfuld og anvendelig i det daglige arbejde – refererer de i højere grad til nedenstående værdier og rammer:

- Tillid og tryghed
- Fokus på "det hele menneske"
- Lægge faglighed til side
- Fleksibilitet

Værdierne – der beskrives som "bløde" – fungerer både som pejlemærker for, hvordan medarbejderne ønsker interaktionen med sundhedscenterets borgere samt forhold relateret til medarbejderens arbejdsliv og arbejdets organisering, der anses som væsentlige for at lykkes i mødet med borgerne.

I relation til borgerne handler tryghed og tillid om at møde dem, hvor de er, at være opmærksom på hele den enkelte borgers situation og om at have respekt for den enkeltes valg af livsstil – også når den ud fra et fagligt udgangspunkt er u hensigtsmæssig. Det giver tillid og tryghed i relationen, som medarbejderne mener skaber grobund for motivation for forandring ud fra borgerens perspektiv. Således bliver indsatserne relevante i forhold til den enkelte borger. En medarbejder forklarer:

*Vi har kæmpe accept og respekt for den måde, de også lever deres liv på. Det syntes jeg understøttes med det her redskab. At jeg har jo ikke den eneste sandhed for, hvordan det er at leve det rigtige liv. Altså, hvad er livskvalitet? Det er jo et meget, meget vidt begreb. (Kommunal medarbejder)*

I relation til medarbejderne handler tryghed og tillid om, at deres ledelse arbejder tillidsbaseret, ligesom der altid er mulighed for at få sparring og coaching om arbejdsmetoder, konkrete borgerforløb og lignende. Dette er ikke mindst vigtigt, når indsatsen er ny, og man som fagperson skal bevæge sig ud på det, der kan føles som dybt vand:

*Før havde vi rigtig meget den her sygeplejerskerolle. Og det kan man jo sige på en eller anden måde, det er også en tryk rolle at være i, fordi vi er eksperterne, og vi ved jo bedst. (Kommunal medarbejder).*

*Det er en anden måde at arbejde på. Jeg skulle vænne mig til, at den første samtale, det er udelukkende en koordinatorsamtale. Jeg skulle lige holde lidt igen med at være [min egen faglighed]. Og det skulle jeg lige lære. Men ret hurtigt kunne jeg godt se, at det gav god mening. Og jeg oplevede også det der med, som I andre siger, at folk synes, det er fantastisk at kunne komme og fortælle om alle deres udfordringer. Fordi de er forberedte i forhold til, at de har fået det her spørgeskema og har tænkt nogle tanker derhjemme, og så er der en, der sidder og lytter. Og de kan komme med alle deres problematikker. (Kommunal medarbejder).*

Medarbejderne har afhængig af deres arbejdsområde og baggrunden for borgerens henvendelse forskellige tidshorisonter for samarbejdet med borgeren. Det fælles pejlemærke er, at det skal gå så hurtigt som muligt fra den første henvendelse eller henvisning vedr. en borger, til der er etableret kontakt, men herudover planlægges forløbet fleksibelt.

Tilstrækkelig tid ses som en forudsætning og et overordnet pejlemærke for borgerkontakten. De interviewede medarbejdere peger alle på, at det er nødvendigt at have tid nok sammen med borgerne under samtalerne, hvilket deres leder har været med til at sikre ved overgangen til Esbjergmodellen. Medarbejderne oplever derfor, at de har den nødvendige tid til samtalerne med borgerne på sundhedscentrene i kommunen, ligesom de har mulighed for at være fleksible og lettilgængelige. Der peges i den forbindelse på, at det har noget at gøre med arbejdsopgaver og kultur, som illustreret i nedenstående citat:

*På sygehuset, der har de en anden opgave. Det er en anden kultur. Det herude [på Sundhedscenter Højvang], det er en anden kultur. Sygehusene har deres kultur og fokus, det er behandling. De skal bruge deres ekspertrolle. De fokuserer så jo ikke på hele mennesket, fordi det har de ikke tiden til. Det er der ikke engang afsat tid til nede ved praktiserende læge. Men rehabilitering er det hele menneske, og derfor har vi en time afsat til de her samtaler. (Kommunal medarbejder).*

Medarbejderne lægger således vægt på, at arbejdet med patientrettet forebyggelse og brugerinvolvering kræver en større fleksibilitet, end det der typisk er kendetegnende i sundhedsvæsenet. Et eksempel på, hvordan denne fleksibilitet forvaltes, er gengivet i nedenstående case. Casen er udarbejdet med afsæt i observation af et træningshold for kræftpatienter, og den beskriver ifølge det deltagende personale en typisk træningssession:

#### **Case**

Da træningen er ved at gå i gang, smutter kræftkoordinatoren også ind i træningslokalet. Det virker uformelt, og i løbet af et øjeblik er hun i snak med en borger. En anden borger snakker også med hende, og efterfølgende forklarer kræftkoordinatoren, at hun prioriterer "lige at komme forbi et kvarters tid", når borgerne træner, og at der ved denne snak "ordnes mange ting" og "spares meget tid". I dag blev der fx aftalt en opfølgningssamtale og en anden borger får vejledning om sin sagsbehandler i arbejdsmarkedsforvaltningen.

Træningen foregår på en måde, som ligner træning i et fitnesscenter eller lokal gymnastikklub. Deltagerne varmer op på cykler eller går på gangbånd med instruktion af en træner (fysioterapeut), senere går de ud til styrketræningsmaskinerne og fortsætter, mens fysioterapeuten går rundt og instruerer de enkelte. Afslutningsvis er der fælles øvelser på måtter på gulvet, stræk og afspænding.

Da træningen er i gang, er der imidlertid også andre samtaler end om vægt og øgning af intensitet rundt omkring i dialogen mellem instruktører og borgere. Der bliver drøftet kontrolbesøg og sager i kommunen midt i mellem konfirmationsplanlægninger og weekendture. Der fornemmes en vis skrøbelighed hos nogle borgere, såvel som stålfasthed hos andre. En fysioterapeut går lidt væk og snakker længe med en enkelt ca. 45-årig borger. Senere fortæller fysioterapeuten, at denne kvinde egentlig havde tænkt sig at stoppe sin træning og begynde i det rigtige fitnesscenter, men på grund af en indtruffen familiær krise ønsker hun at fortsætte. Borgeren fortæller mig, at træningen under den indtrufne akutte krise er holdepunktet, selvom hun egentlig er begyndt på arbejde efter sin sygdom. Aftalen bliver derfor, at borgeren bliver på holdet lidt endnu.

Andre borgere, jeg taler med, der stadig er sygemeldte eller pensionerede, fortæller, at træningen er et holdepunkt og en struktur. De fortæller om at kunne være der med deres sygdom samt have mod til og en tryghed i forhold til at genopbygge en krop, som de efter behandling "ikke kender", eller som ligner "en tønde".

Træningscasen illustrerer, dels hvordan fagpersonerne forvalter tovholderrollen, og dels at medarbejderne har kompetencer til og tid til at påbegynde, videreformidle eller tage svære eller motive-rende samtaler under træningsaktiviteten. Der foregår en uformel men alligevel strategisk rettet kommunikation, når kræftkoordinatoren "tilfældigt" kommer ind som tredje person under træning, for at følge op på borgerne sådan som det beskrives i casen.

### 5.3 Implementering baseret på involvering, synlig ledelse og nye kompetencer

Esbjerg-modellen er baseret på 27 ICF-koder, der dækker over problemområder, hvor borgerne oftest føler sig udfordret. Processen med at udvælge og kvalificere disse 27 koder – og det efterfølgende arbejde med at designe Esbjerg-modellens konkrete redskaber – er foregået i tæt samarbejde med medarbejderne i den patientrettede forebyggelse.

Medarbejdere forholder sig langt overvejende positivt til deres involvering i udviklingsarbejdet, der forbindes med ejerskab, "omskoling" som grobund for en gnidningsfri implementering:

*Jeg føler, at vi har været med hele vejen, så derfor har vi ikke haft den store modstand på det. Jeg synes ikke, jeg har ikke haft så meget modstand på det, fordi der ikke noget, der er kommet som en overraskelse. Fordi hun [leder] løbende har sendt skemaer ud, har sendt breve ud: "I kan lige kigge det igennem og sige, hvad I tænker". (Kommunal medarbejder)*

Som illustreret i nedenstående citat, har udviklingsarbejdet til tider har været udfordrende, detaljeret og krævet tid. Til gengæld er det også den kontinuerlige proces, der betyder, at de involverede medarbejdere "har modellen og redskaberne på ryggen":

*Det kan jeg i hvert fald huske, da jeg skulle sidde med, jeg ved ikke hvor mange ICF-koder og prøve på og sortere i dem. Hvor jeg tænkte hellige bim-bam, altså hvad er det, vi skal med alt det her. Men det kunne jeg godt se senere hen, men altså at man... jeg*

*synes virkelig det krævede noget. Det krævede noget tid at sætte sig ind i, hvad er tankegangen bag det her. (Kommunal medarbejder).*

Udviklingsarbejdet, som blev faciliteret af den ansvarlige leder (der ved opstarten var ansat som konsulent), og den nye tænkning i Esbjerg-modellen, blev således i et vist omfang "en måde at vi skulle tage vores egen medicin" i form af at tænke nyt og gøre noget andet. Det fremgår samtidig, at flere nøglemedarbejdere har været med hele vejen igennem udviklingsarbejdet, samt at disse medarbejdere i dagligdagen spiller en vigtig rolle i den løbende vedligeholdelse af Esbjerg-modellen, når der fx starter nye medarbejdere.

Det fremgår dog også, at der til tider også har været for meget ekstra arbejde forbundet med udviklingsarbejdet, ligesom det kontinuerlige fokus på videreudvikling af model og redskaber kan være en kilde til "udviklingsmæthed":

*Altså, jeg vil også sige: nogle gange kan jeg godt mangle, det er rigtig fint at sætte så mange ting i værk, men det kræver også noget opfølgning og evaluering. Og jeg synes også nogle gange, når vi så har evalueret tingene, så bliver der ikke fulgt helt til dørs med de oplevelser, vi har. Og jeg skal også være ærlig at sige, da den der lyskurve kom, der tænkte jeg "ej nu stopper vi simpelthen. Vi har spørgeskemaer, vi har samtalehjul, vi har lyskryds. Hvornår er det, jeg skal snakke med borgeren?... Altså det er mange ting at byde borgeren. (Kommunal medarbejder)*

Som illustreret i citatet kan det give frustration at, den tid, det tager at udvikle nye redskaber, tager tid fra det borgerrettede arbejde. Som vi senere vender tilbage til, er der også en oplevelse af, at der i dag er så mange redskaber til samtalerne med borgerne, at det hæmmer udbyttet af samtalen, hvis redskaberne følges slavisk. Samtidig er der – selvom den lokale ledelse gør meget for at understøtte medarbejderne – nogle gange en oplevelse af, at der ikke altid bliver fulgt nok op på de udviklingstiltag, der er igangsat.

Den dominerende oplevelse er dog, at ledelsen meget aktivt har støttet op om både brugen af værktøjerne og den overordnede "kursændring" i Esbjerg-modellen. Oplevelsen er også, at ledelsen lægger vægt på, at det skal være muligt at differentiere indsatserne, såvel som anvendelsen af redskaber i det konkrete forløb. Det er således ikke usædvanligt at to borgere med samme alder og diagnose får forskellige forløb afhængig af deres individuelle behov og ressourcer. Det indgår også i den fleksible arbejdstilrettelæggelse, at medarbejderne har indlagt ledige tidsblokke i deres kalender, som er forbeholdt ad hoc-opgaver og fleksible aftaler med borgerne.

Medarbejderne oplever generelt også en stor lydhørhed over for deres tilbagemeldinger på, hvordan modellen og redskaberne fungerer i praksis, samt at der er forståelse for, at redskaberne anvendes fleksibelt, alt efter hvilken borger og hvilket behov der er i fokus:

*Vores leder er også sådan en, og det synes jeg har været fedt i det her samarbejde, hvis man kommer ind og siger: "Det her det fungerer ikke. Det fungerer simpelthen ikke, det skal laves om". Nå fluks, så går hun i gang med det! Altså hun lytter til de tilbagemeldinger, man kommer med. [...] Men vi får også lov til at være os. Vi får lov til at prøve tingene af og vi får lov til: "Jamen så prøv og gør det på en anden måde og vend tilbage med nogle evalueringer". (Kommunal medarbejder)*

Det fremhæves samtidig om lederen, at:

*Hun har dyb, dyb respekt for det praktiske. Og det der bliver oplevet i praksis. Jeg tror faktisk det lige præcis er derfor, det er så solidt et redskab, for hun har ikke kunnet gøre det her uden praksis bag. (Kommunal medarbejder)*

Medarbejderne peger således også på, at udviklingen i høj grad har været drevet af en ildsjæl, samt at ildsjælens afsæt i den konkrete praksis har været en stor fordel.

### 5.3.1 Kompetenceudvikling og løbende sparring

Størstedelen af medarbejderne i den patientrettede forebyggelse har en sundhedscoach-uddannelse på diplomniveau og som lederne, anser de uddannelsen som en væsentlig del af fundamentet for at kunne realisere Esbjerg-modellen. Derfor ses det også som en vigtig del af vedligeholdelsen af modellen, at man ud over et todages introduktionskursus, sparring og sidemandsoplæring – fortsat prioriterer at give uddannelsen til nye medarbejdere.

Det fremgår også, at medarbejderne løbende bruger hinanden til refleksion og sparring. Fra starten var der indlagt formaliserede sparringsmøder en gang om måneden for at give medarbejderne rutine i at give hinanden sparring. Men som det fremgår af nedenstående citat, er denne praksis ophørt til fordel for en løbende og mere uformel sparring, fordi denne opleves mere anvendelig, når man står med et borgerforløb:

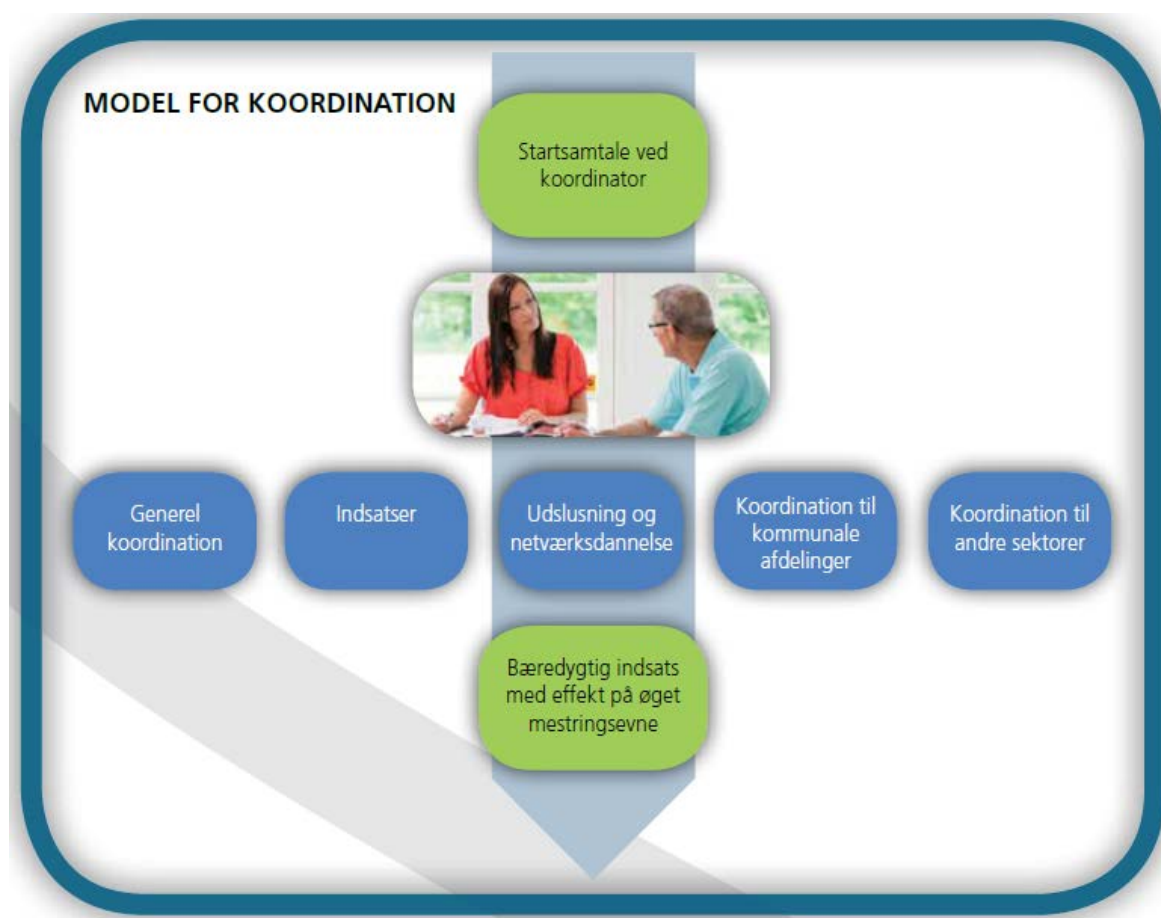
*Det der med at spare sammen til en gang om måneden, og så kunne man tage en sag op, ikke? Det fungerede ikke helt for os, fordi når vi står med en borger, og der er noget, der skal løses, så venter vi jo ikke en måned, til vi har haft dem oppe på supervision. [...] Men det er også guld værd, at vi bor dør om dør. (Kommunal medarbejder)*

Som det fremgår, fungerer den uformelle sparring ifølge medarbejderne godt – fordi de prioriterer at være tilgængelige for hinanden samt oplever, at dette støttes af den lokale ledelse. Samtidig fremgår det, at sparringen både sker i relation til mestringsstrategier og i relation til medarbejdernes forskellige specifikke sundhedsfaglige kompetencer i forhold til borgernes individuelle behov.

## 5.4 Medarbejdernes anvendelse af Esbjerg-modellens redskaber

Nedenstående figur "Model for koordination med borgeren i centrum" illustrerer den overordnede ramme for borgerens forløb og de mulige ydelser i den patientrettede forebyggelse. Som det fremgår af figuren, starter forløbet med en opstartssamtale hos den fagperson, der efterfølgende fungerer som tovholder og koordinator for borgerens forløb:

Figur 5.1 Model for koordination



Note: Model for koordination indgår i folderen med informationsmateriale.

Opstartssamtalen skal klarlægge borgerens motivation, ressourcer og behov for hjælp eller støtte ved hjælp af modellens redskaber (uddybes i de kommende afsnit). Samtalen bruges også til at vurdere, om borgeren har et udvidet behov for koordination, og hvis det er tilfældet, får borgeren typisk tildelt en forløbskoordinator, der følger vedkommende under forløbet og fx hjælper med koordination i forhold til andre kommunale afdelinger og sektorer.

Opstartssamtalen gennemføres med afsæt i et spørgeskema og et samtalehjul, der begge er baseret på ICF-standarder, samt et stratificeringsredskab, som hjælper koordinatoren med at vurdere borgerens behov for udvidet koordination. De tre redskaber – og medarbejdernes perspektiver på dem – gennemgås nedenfor.

#### 5.4.1 ICF-baseret spørgeskema som forberedelse til opstartssamtale

Alle borgere, der henvises til den patientrettede forebyggelse, får tilsendt nedenstående spørgeskema sammen med øvrigt informationsmateriale forud for deres første fremmøde i sundhedscenteret. Spørgeskemaet har til hensigt at afspejle borgerens oplevelse af helbredtstand og mestringskompetencer. Meningen er, at spørgeskemaet skal give et indledende billede af disse forhold, som så kan udforskes nærmere med afsæt i det "samtalehjul", der også indgår i Esbjerg-modellen.

Figur 5.2 ICF-skema til systematisk afdækning af personlige faktorer

Sæt kryds (X) på skalaen fra 0 til 10 ud fra hvor enig du er i hvert udsagn. Du må kun markere 1 tal. Eksempel: 0 1 2 3 4 X 6 7 8 9 10

**Krop og energi**

|   | Helt uenig             | Helt enig | Ej relevant              | Ved ikke                 |
|---|------------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|
| 1 <sup>a</sup> Jeg oplever at være fuld af energi                             | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 <sup>b</sup> Jeg reagerer som jeg plejer i følelsesmæssige situationer      | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 <sup>c</sup> Jeg har ingen smerter eller ubehag                             | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 <sup>d</sup> Jeg har kræfter til at lave de ting, der betyder noget for mig | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 <sup>e</sup> Jeg sover godt om natten                                       | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Aktiviteter i hverdagen**

|   | Helt uenig             | Helt enig | Ej relevant              | Ved ikke                 |
|---|------------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|
| 2 <sup>a</sup> Jeg har ingen problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter  | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 <sup>b</sup> Jeg er god til at klare stressede situationer i hverdagen  | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 <sup>c</sup> Jeg har ingen problemer med at løfte eller bære dagligvarer  | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 <sup>d</sup> Jeg har ingen problemer med at gå omkring  | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 <sup>e</sup> Jeg gør hver dag noget aktivt for at leve sundt (motionerer, ryger og/eller drikker mindre, spiser sund mad) | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Socialt liv og arbejdsliv**

|   | Helt uenig             | Helt enig | Ej relevant              | Ved ikke                 |
|---|------------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|
| 3 <sup>a</sup> Jeg har ingen problemer med at passe mit arbejde                 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 <sup>b</sup> Jeg deltager i aktiviteter, der gør mig glad og giver mig energi | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 <sup>c</sup> Jeg har ingen problemer med at være intim i et forhold           | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Støtte og kontakt**

|   | Helt uenig             | Helt enig | Ej relevant              | Ved ikke                 |
|---|------------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|
| 4 <sup>a</sup> Jeg oplever god støtte og kontakt fra mine omgivelser (familie, nabo)  | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 <sup>b</sup> Jeg oplever god støtte og kontakt til min egen læge                    | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 <sup>c</sup> Jeg oplever god støtte og kontakt til kommunen ift. hele min situation | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Livsstil og trivsel**

|   | Helt uenig             | Helt enig | Ej relevant              | Ved ikke                 |
|---|------------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|
| 5 <sup>a</sup> Jeg er god til at passe på/drage omsorg for mig selv | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 <sup>b</sup> Jeg er god til at sige fra overfor andre             | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 <sup>c</sup> Jeg har gode tanker om mig selv                      | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 <sup>d</sup> Jeg trives/har det godt i hverdagen                  | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Generic Brief Core Set 2011 (GBCS 2011) og systematisk afdækning af personlige faktorer

17

Det fremgår af de gennemførte interview, at borgerne, som udfylder spørgeskemaet, finder det relevant og anvendeligt (se næste afsnit). Medarbejderne kan bruge det som et afsæt for borgerens koordinerende opstartssamtale.

De fleste medarbejdere omtaler dog ikke spørgeskemaet som et aktivt redskab, de løbende kan komme tilbage til og illustrere fremgang med. Ligeledes fremgår det, at spørgeskemaet ikke indgår i nogen database eller på anden måde dokumenteres elektronisk. Dette skyldes, at Marselisborg-



Centret i 2014 konkluderede, at spørgeskemaet kun kunne anvendes som et behovsvurderingsredskab og ikke som et effektmålingsinstrument. Derfor anvendes spørgeskemaet ikke længere som afsæt for den tiltænkte opfølgning og dokumentation af indsatsens resultater.

#### 5.4.2 Samtalehjulet

Spørgeskemaet er udformet, så det matcher kategorierne – og de tilhørende hjælpekort – i det nedenstående *samtalehjul*. Udgangspunktet i modellen er således, at samtalehjulet under opstartssamtalen bruges til at gå i dybden med de behov, der på overordnet niveau afdækkes via det udfyldte spørgeskema.

**Figur 5.3** Samtalehjulet



De interviewede medarbejdere beskriver, at de oplever samtalehjulet, som det anvendes under de koordinerende samtaler, positivt. De fremhæver, at redskabet systematiserer samtalen og understøtter et helhedssyn og den samtaleteknik, som de er skolet i via sundhedscoach-uddannelsen. Den generelle vurdering er således, at samtalehjulet, når det bruges, medvirker til, at man spørger ind til andre ting, samt at opstartssamtalerne forløber mere ens på tværs af medarbejdernes faglige baggrund:

*Altså, jeg synes ikke, at det altid er noget, jeg har gjort. For der er nogle ting, som jeg spørger ind til nu, som jeg ikke tidligere har spurgt ind til [...] Der tror jeg, vi nu gør det mere ens til den der koordinatorsamtale. Og det er også det, der er meningen, at det skal gerne være den samme oplevelse, uanset hvem der er koordinator. (Medarbejder D)*

Samtalehjulet og hjælpekortene betyder også, at det er mere legalt at stille spørgsmål til emner (fx seksualitet og alkohol), som medarbejderne fornemmer, at borgerne har vanskeligt ved at tale om.

Ifølge de interviewede medarbejdere er noget af det mest essentielle ved samtalehjulet, at det ligger ansvaret hos borgeren. Dette udfordrer den tidligere praksis, hvor medarbejderne, qua deres faglighed, havde en rolle som ekspert. Med samtalehjulet er det borgeren selv, der definerer, hvad der er vigtig at tale om, og hvad det er vigtigt at gøre noget ved. Og dette er, med medarbejdernes ord, en "øjenåbner" for nogle borgere:

*Borgeren har faktisk et valg i forhold til nogle situationer, og det er sådan set også borgerens ansvar, hvad han vælger at gøre i sit liv. Også hvis det så skulle være og ryge eller drikke osv. Men det er stadigvæk det valg, man vælger at tage. Og så har man mod på at gøre noget andet! (Medarbejder)*

Samtalehjulet illustrerer en forskydning af ansvaret for egen sundhed til borgeren selv. Medarbejdere fortæller, at de tilsvarende oplever, at ansvar fjernes fra dem i deres arbejde. For medarbejderne sker der således en ansvarsfrigørelse, der er i modsætning til deres tidligere erfaringer i faget, ved at de ikke længere føler, at de har hele ansvaret, når en samtale eller indsats ikke lykkedes:

*Så er det ikke, fordi at jeg ikke har gjort det godt nok. Den synes jeg egentlig, jeg nogen gange godt kan blive fyldt op af, og det kan jeg indimellem stadigvæk, men ikke så tit. (Medarbejder)*

Selvom samtalehjulet fremhæves som en kilde til dybere og mere nuancerede samtaler, fremgår det også, at det langt fra er ved alle opstartssamtaler, at samtalehjulet tages i anvendelse. Det skyldes for det første, at resourcesvage borgere, ifølge medarbejderne, ofte ikke har eller anerkender den systematik, som hjulet kræver, hvorfor det ikke giver mening at bruge hjulet i sådanne samtaler. Når hjulet kommer i anvendelse, sker det ofte også først hen imod samtalens afslutning. Dels når der samtalen går trægt/hvis der er emner, som er svære at få borgeren til at tale om, eller som en opsamling, der sikrer, at de er "nået hele vejen rundt". De interviewede medarbejdere, der har arbejdet længe med Esbjerg-modellen og samtalehjulet, forklarer dette med, at Esbjerg-modellen og samtalehjulet med tiden er internaliseret i deres tankegang og praksis:

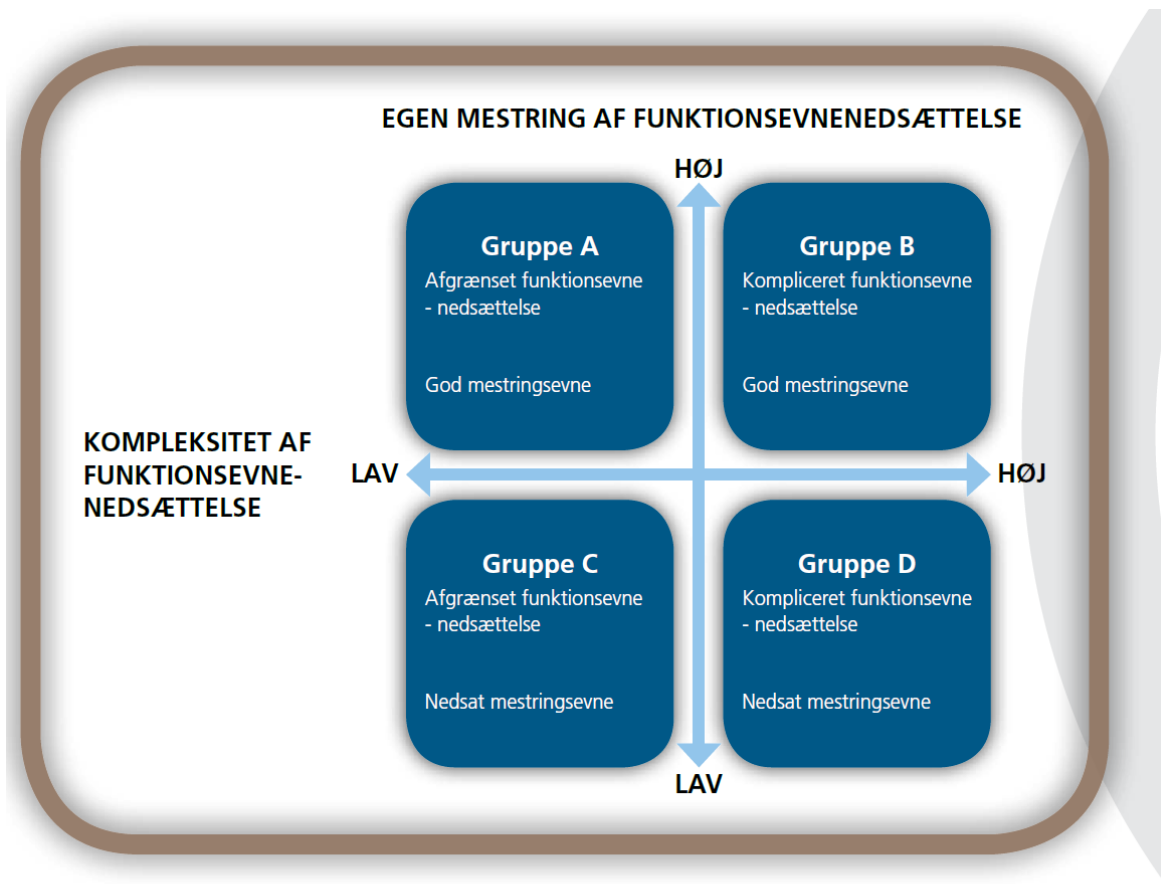
*Jeg bruger det ikke i praksis, jeg tror det er tankegangen, og Det hjul, det ligger jo simpelthen så indgroet i os, så nogle gange hiver vi det ikke frem, for vi kan det jo udenad. (Kommunal medarbejder)*

Det betyder, at de ikke har behov for at have samtalehjulet fremme ved hver samtale, fordi spørgeskemaet ofte er tilstrækkeligt. Samtalehjulet har således – i takt med at medarbejderne har opnået rutine – skiftet position fra at være et redskab, der styrer opstartssamtalen, til at være et redskab der mere ad hoc-baseret anvendes til at understøtte fremdrift og systematik i samtalen.

### 5.4.3 Stratificeringsmodel på mestrings- og funktionsevne

Stratificeringsredskabet bliver ligeledes omtalt af medarbejderne som en støtte til systematisk at inddrage borgerne og skabe bæredygtige forløb. Redskabet anvendes som afsæt for at differentiere indsatserne til de enkelte borgere, ved at inddele dem i overordnede kategorier på baggrund af kompleksiteten i deres funktionsnedsættelse og borgerens mestringssevne, som illustreret nedenfor.

**Figur 5.4** Stratificeringsredskabet



Hver gruppe skitserer en borgerprofil med hver sit indsatsniveau:

**Gruppe A** ingen indsats udover generel koordinering

**Gruppe B** let indsats (selvkørende)

**Gruppe C** moderat indsats (behov for erhvervelse af handlekompetencer med moderat støtte undervejs.

**Gruppe D** udvidet indsats med behov for forløbskoordination  
ofte et kompleks borgerforløb med inddragelse af et tværgående koordinerende beredskab, da der er leverancer fra flere forvaltninger.

Gruppe C er den store indsatsgruppe i Sundhedscenteret og inddeles i yderligere 3 undergrupper:

**C1** = let til moderat understøttende indsats  
(1 samtale ved coach eller 1 undervisningsmodul)

**C2** = Målgruppe for de generelle patientuddannelser, hvor der ikke er behov for professionel støtte

**C3** = Tyngde og behov for professionel støtte er større

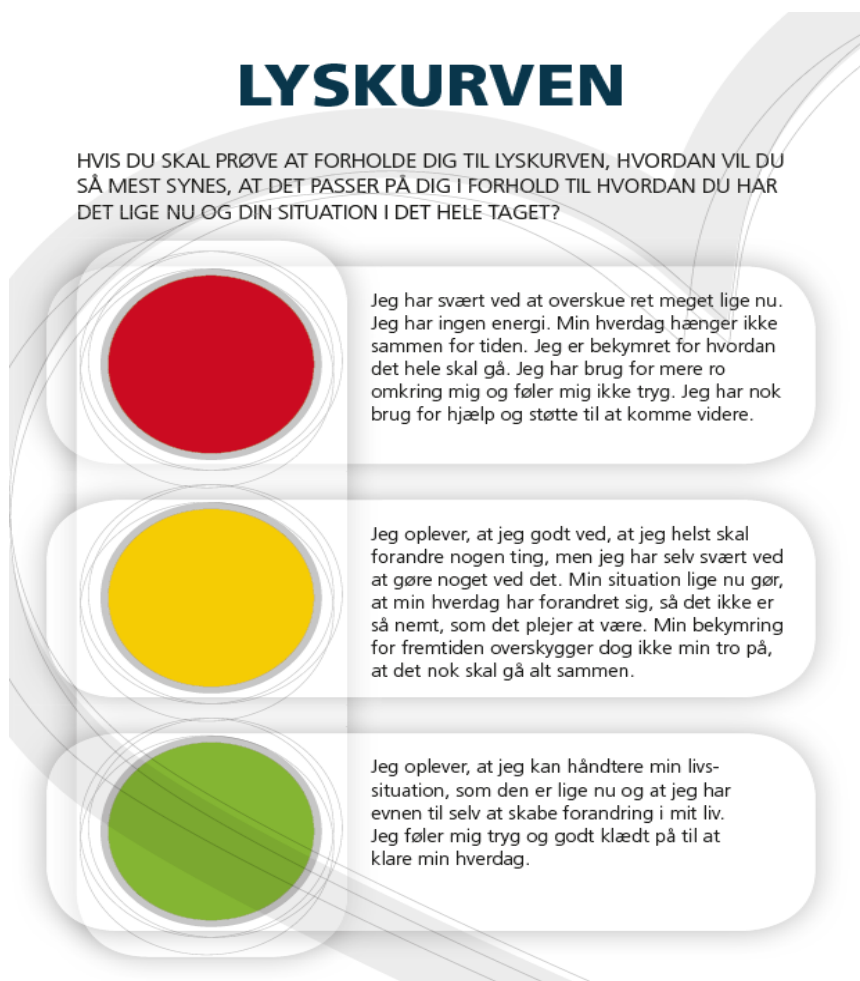
Medarbejderne har selv været med til at udvikle stratificeringsmodellens borgerprofiler, hvilket forbindes med et godt ejerskab. Modellen fremstår således relevant for medarbejderne, og den beskrives som et redskab, de har på ryggen og anvender med afsæt i det helhedsbillede, der træder

frem på baggrund af opstartssamtalen med borgeren. Det understreges, at der ikke er tale om et redskab, der er synligt for borgeren, og resultatet dokumenteres ikke – ud over den dokumentation der ligger i beskrivelsen af det forløb og de ydelser, borgeren tilbydes. Medarbejderne peger i forlængelse heraf på, at der kan være et potentiale for at forbedre udbyttet af stratificeringen, hvis den i højere grad dokumenteres. Dels internt, hvor stratificeringen kan anvendes til at følge op på, hvordan borgerens situation udvikler sig og dels eksternt til at tydeliggøre borgerens situation og ressourcer over for relevante samarbejdspartnere i komplekse borgerforløb. Det er på den baggrund, at det seneste redskab lyskurven er udviklet.

#### 5.4.4 Et nyt redskab: Lyskurven

De redskaber, der er gennemgået ovenfor, er alle udviklet til at understøtte opstarts- og i et vist omfang afsluttende samtaler, hvor der er god tid til at komme omkring borgerens situation. Redskaberne er dog ikke særligt operationelle i den løbende kontakt med borgeren, og som det fremgår, er der også en række forhold i relation til de formelle samtaler, der gør, at samtalehjulet ofte ikke anvendes. På den baggrund og for at inddrage borgerens egen vurdering mere direkte er der udviklet et nyt redskab – lyskurven. Redskabet er gengivet nedenfor, og som det fremgår, er der tale om et visuelt værktøj, som borgeren skal bruge til at vurdere sin aktuelle situation.

**Figur 5.5** Lyskurven – det seneste redskab til brugerinvolvering i Esbjerg-modellen



Formålet med lyskurven er at introducere et mere åbent og operationelt redskab, der er direkte inddragende, og som kan anvendes til at belyse borgerens vurdering af egen situation i stratificeringsprocessen og henover forløbsperioden. Tanken er, at lyskurven "tager temperaturen" på borgerens situation og danner afsæt for den løbende dialog om behovet for støtte og progressionen i forløbet. Samtidig er det det mål, at lyskurven kan bruges som afsæt for at tydeliggøre udvikling og opmærksomhedspunkter for borger og fagperson.

Lyskurven var på tidspunktet for de gennemførte interview, endnu ikke afprøvet og implementeret i det daglige arbejde og derfor havde medarbejderne kun sporadiske konkrete erfaringer med at anvende redskabet. Det fremgik i den forbindelse, at der var en del usikkerhed omkring redskabets formål og anvendelighed, samt en vis skepsis overfor at skulle introducere endnu et redskab i samtalerne med borgerne. Flere medarbejdere nævner således, at der er en hvis "redskabstræthed" hos medarbejderne i forhold til den kontinuerlige udvikling og afprøvning af nye redskaber.

## 5.5 Opsamling

Gennemgangen viser, at der er stor overensstemmelse mellem medarbejdernes og de interviewede lederes vurderinger af Esbjerg-modellens virkninger, værdier og fremadrettede potentialer. Det fremgår dog også, at det planlagte arbejde med at dokumentere de faktiske virkninger af Esbjerg-modellen endnu ikke er kommet rigtigt i gang. Det skyldes i et vist omfang, at den kontinuerlige udvikling af modellen og det borgerrettede arbejde er prioriteret højere end aktiviteter relateret til dokumentation, men også at det har været vanskeligt at finde validerede redskaber, som det var muligt at operationalisere i det daglige arbejde. Ligeledes hersker en bekymring om tilpasning af relevante mål, der kan rumme effekten i kvalitet fremfor i aktivitet.

Medarbejderne bekræfter ledelsens fortælling om de særlige rammer for den patientrettede forebyggelse, der har understøttet udviklingen af model og tilhørende redskaber. De særlige forhold knytter sig ifølge medarbejderne til at:

- der har været en meget dedikeret ildsjæl, som har igangsat og drevet udviklingen sammen med nøglemedarbejdere, der har været ansat i hele perioden.
- der har været en synlig, involverende og lydhør ledelse i gennem hele udviklingsforløbet.
- den massive satsning på kompetenceudvikling og medarbejderinvolvering har sikret ejerskab, kompetencer og et fælles udgangspunkt for det brugerinvolverende arbejde.
- der er en fleksibel organisering af arbejdet og tid nok til, at det kan lade sig gøre at arbejde borgerinddragende og helhedsorienteret.

De redskaber, som er udviklet til at understøtte Esbjerg-modellens "model for koordination med borgeren i centrum" opleves generelt meningsfulde af medarbejderne, og de har positive erfaringer med at anvende dem. Det fremgår i forlængelse heraf, at borgernes forløb i den patientrettede forebyggelse i høj grad planlægges og gennemføres med afsæt i de principper, der er beskrevet i det skriftlige materiale om Esbjerg-modellen (Esbjerg Kommune 2013).

Det fremgår dog også, at medarbejdernes anvendelse af redskaberne over tid har udviklet sig i retning af en mere ad hoc-baseret tilgang, end det der formelt set er beskrevet i Esbjerg-modellen. Udviklingen er sket i takt med, at medarbejdernes kompetencer og erfaring med modellen er modnet, og det er i særlig grad anvendelsen af samtalehjulet, der er ændret. Samtalehjulet har således skiftet karakter fra at være et redskab, der styrer borgernes opstartssamtaler, til at være et redskab, der understøtter samtalen, når det er nødvendigt – og som et redskab til opsummering og afrunding.

I forlængelse heraf, udgør det også en væsentlig pointe, at de formaliserede redskaber, der guider samtalen og dermed guider borger og medarbejder til også at berøre ubehagelige emner som alkoholforbrug og seksualitet, ikke passer godt til de svageste borgere, der kommer i sundhedscenteret. Det skyldes, ifølge medarbejderne, at disse borgere sjældent har den systematik og anerkendelse af metoderne, som det kræver at få det ønskede udbytte. Derfor vælger medarbejderne at tilpasse samtalen og formen på samtalen til den enkelte borgers ressourcer.

Værdierne, mindsettet og tilgangen til mødet med borgeren fremstår således vigtigere for medarbejderne end selve modellen og de tilhørende redskaber. Denne praksis er på den ene side i overensstemmelse med de værdier, der er styrende for Esbjerg-modellen, men på den anden side kan der stilles spørgsmålstegn ved, om borgerinddragelsen – uden de tiltænkte redskaber – har den systematik, som sikrer, at man ”også kommer omkring de ting, der er svære at snakke om”. Nærværende undersøgelse giver ikke mulighed for at vurdere, hvilken betydning medarbejdernes praksis har i forhold til de opstillede mål om systematisk borgerinddragelse.<sup>8</sup> Til gengæld giver næste kapitel, hvor vi vender blikket mod borgernes oplevelse af deres forløb i sundhedscenteret, et indblik i, hvorvidt borgerne deler oplevelsen af at være medinddraget.

---

<sup>8</sup> Da det som tidligere nævnt ikke har været muligt at observere individuelle opstartssamtaler inden for rammerne af undersøgelsen.

## 6 Borgernes møde med Esbjerg-modellen

Dette kapitel præsenterer borgernes perspektiver på deres møde med den patientrettede forebyggelse i Esbjerg-modellen. Kapitlet er disponeret, så det berører de resultater, rammevilkår, værdier, og redskaber, som er præsenteret af ledelse og medarbejdere i de foregående kapitler.

### 6.1 Borgerens møde med Esbjerg-modellen

#### 6.1.1 Overordnet stor tilfredshed

De interviewede borgere har alle et aktivt forløb i den patientrettede forebyggelse, men de skelner typisk ikke mellem de forskellige afdelinger inden for sundhedscenteret (genoptræning eller patientrettet forebyggelse). Til gengæld skelner borgerne i høj grad mellem sundhedscenteret og deres øvrige erfaringer fra jobcenteret eller hospitalsvæsenet, når de skal tydeliggøre, hvorfor de oplever mødet med Esbjerg Sundhedscenter som noget særligt positivt.

Overordnet lægger borgerne vægt på, at de føler sig *velkomne* og føler sig *set* af medarbejderne i den patientrettede forebyggelse, og som det fremgår nedenfor, gives der mange eksempler på, hvordan medarbejderne gør et indtryk og gør en forskel:

- "Jamen altså, man kommer ind her, og man føler sig bare velkommen"
- "Det er lidt den der kærlige, moderlige hånd"
- "De er bare storsmilende"
- "De tager lidt hånd om en"
- "Ja, og man føler sig godt tilpas"
- "De virker heller ikke fordømmende"
- "De tager sgu vare om patienterne, hvis man kan sige det sådan. Det er jo fantastisk et eller andet sted, ikke også?"
- "Det er en livsforlænger"
- "Man har det godt hver gang, man har været der"
- "Jeg var aldrig kommet så langt, hvis jeg ikke kom herud"
- "De ser mig som en hel person"
- "De spørger til min familie, om de vil med".

Helt overordnet er disse udsagn udtryk for, at borgerne er meget tilfredse med deres forløb i den patientrettede forebyggelse, og de nedenstående afsnit uddyber, hvorfor dette er tilfældet.

#### 6.1.2 God tid, fleksibilitet og flerfaglighed ses som en god investering

Borgerne lægger vægt på, at der altid er tid nok i de enkelte samtaler, samt at aldrig ser medarbejderne fremstå fortravlede eller stressede. Denne tilgang til tid på Sundhedscentret, beskrives som en klar kontrast til, hvad de normalt oplever i andre dele af kommunen eller det øvrige sundhedsvæsen:

*Ja, til de der samtaler, man en gang i mellem har, opfølgningssamtaler, eller som jeg i hvert fald har, jamen er der kommet et eller andet nyt, så er der tid nok til, at man når at*

*komme forbi det, hvis der er kommet et eller andet nyt, der bekymrer en. Og så bliver der sat noget i værk. Og det er jo den store forskel, at der er tiden til reelt at spørge ind og være nysgerrig på den anden person. Så det er forebyggende, det er ikke kun sundhedsfremmende. (Borger)*

Det samme gælder i forhold til borgernes forløb, hvor de oplever det som noget nyt, at der ikke nødvendigvis er sat et tidspunkt for forløbsophør, som beskrevet af denne borger:

*Jeg tror, det var, da jeg var til den anden samtale, med [navn] hvor jeg sagde: "Hvor mange samtaler har jeg?" Fordi, et eller andet sted så ligger det jo i baghovedet, det er man jo lidt vant til, nå men så kan man få fem gange eller et eller andet. Hvor hun [medarbejderen] var sådan "Jamen altså, lige nu har jeg ikke nogen bagstopper på, så det tager vi hen ad vejen". Det var jo også bare rart, at det ikke er sådan, okay... ikke... "til jul, og så er du ude", og så står du ligesom selv og skal fedte med resten. (Borger)*

De interviewede borgere er enige om, at den oplevelse af tid, som de har på Sundhedscentret, må hænge sammen med en bevidst ledelsesprioritering af at medarbejderne har de ressourcer der skal til at levere en god indsats:

*Jeg tror det har meget med ledelse at gøre... Fordi det er heller ikke forhastet, når du kommer ind til noget... Det virker virkeligt, som om at de har tiden til at vise den omsorg, der er behov for. Om det er, fordi ledelsesmæssigt at man laver nogle realistiske arbejdsplaner, der ikke bliver presset mere end højst nødvendigt eller... Ja, jeg tænker, det må være sådan noget. (Borger)*

Borgerne fremstår også meget opmærksomme på, at den tid, de oplever på centret, hænger sammen med økonomi. De understreger, at de ser den investering, det kræver at muliggøre *tid nok*, bør ses i et langsigtet og forebyggende perspektiv. Som en af de interviewede borgere formulerer det:

*Lige præcis det her med økonomien: Jeg er 100 % sikker på, at på den lange bane, så vil du spare en pokkers masse penge ved at arbejde på denne her måde med folk. Fremfor, som man generelt gør det, hvor der ikke er tid til at tage sig af det hele menneske, alle de her problemstillinger, der er. For egentlig, så får du måske aldrig måske folk ud af det sundhedssystem! Det gør du her, fordi der bliver taget hånd om alle de problemstillinger, der nu er i dit liv. Og det kan godt være, at du ikke kommer ud af det, men det kan også godt være, at du forebygger en hel masse...*

Borgerne deler således de vurderinger fra ledelse og medarbejdere, som blev præsenteret i de foregående kapitler. Samtidig lægger borgerne vægt på, at muligheden for at "tage hånd om det hele menneske og alle de problemstillinger, der nu er", understøttes af, at der er så mange forskellige professioner og tilbud samlet under et tag – og at medarbejderne kender til og trækker på hinandens specifikke kompetencer.

### 6.1.3 En nærværende og helhedsorienteret indsats

Nærvær fremstår som et andet gennemgående positivt element for mange af borgerne, når de skal karakterisere deres relation til medarbejderne i sundhedscenteret. De lægger fx vægt på, at medarbejderne hilser ordentligt og med navn på hver især, når de kommer i centeret. Borgerne fortæller videre, at medarbejdere også, når det er længe siden, de sidst har været i sundhedscenteret hilser ved navn. Denne nærhed betegnes som betydningsfuld og giver borgerne en oplevelse af, at medarbejderne er "oprigtigt interesserede" i og opmærksomme på dem.



Borgerne oplever også en stor kontinuitet i deres forløb, som understøttes af, at medarbejderne løbende spørger ind – og husker, hvad borgerne siger om, hvordan de har det. Som en borger siger det:

*Det, jeg også synes har været helt vildt vigtigt, det er, at når du kommer til et møde, at det er, som at man får skabt en relation til dem, mere end bare at du kommer ind til en sundhedsfaglig [person]. De virker som om, at enten så husker de rigtigt godt, hvad du snakkede om sidste gang, eller også er de virkelig godt forberedte. De kommer ikke og først skal til at læse nogle papirer og bruge det halve af tiden og sidde "åh, hvad var det nu lige". (Borger)*

En af de interviewede kvinder, der i udgangspunktet kun skulle tilknyttes Sundhedscentret for at træne på grund af et dårligt knæ fortæller:

*Så da jeg så kom herud, så var det jo fantastisk, at de lige pludselig havde fokus på mig som en hel person, ikke bare mit knæ, men også at jeg gerne vil tale mig og gerne vil motionere. Og jeg er kommet på de her "Lær at tackle angst og depressions-kurser", og jamen, jeg har simpelthen fået så meget tilbudt, at jeg har det lidt... altså det er bare fantastisk. Hold da op en forskel, det har gjort! (Borger)*

Citatet illustrerer, hvordan borgeren oplever at blive mødt ud fra et helhedsperspektiv, hvor det ikke kun er den isolerede henvisning, men de egentlige behov, der afdækkes i mødet med medarbejderen. Borgerne understreger, at det er positivt, at medarbejderne ikke kun fokuserer "på det dårlige knæ" eller cancerdiagnosen men ser *hele* borgerens livssituation.

Nedenstående citat, fra en borger der ikke længere var berettiget til økonomisk støtte til psykolog-samtaler, illustrerer, hvordan medarbejderne kan være behjælpelige med at finde frem til tilbud, der ikke er direkte relateret til sundhedscenteret:

*Jamen, [navn på medarbejder] var der jo med det samme: "Prøv lige at se den her: der er noget, der hedder internetpsykologi, eller noget i den stil, og det er gratis, og det kan du...". ... Og det var jo ikke kun på det punkt. Det har været på flere punkter, hvor de måske ikke har noget her, men "jeg finder en løsning til dig alligevel", så man ikke selv står med den. Altså, det er virkelig en stor hjælp!*

Dette eksempel illustrerer, hvad undersøgelsens ledere og fagpersoner også er optaget af, at det kan understøtte borgerens egen mestring at støtte dem i at finde selvadministrerede løsninger. Samtidig illustrerer eksemplet, at borgeren oplever det som positivt, at fortsætte i et tilbud uden kommunens støtte. Hun oplever, at hun bliver taget hånd om.

#### 6.1.4 Inddragelse af pårørende i komplekse sygdomsforløb

Esbjerg-modellens borgerspørgeskema og samtalehjul indeholder en række spørgsmål, som er relateret til borgerens familiesituation og netværk. Flere borgere med kompleks sygdom fortæller i den forbindelse, at medarbejderne har fokus på, hvordan deres pårørende har det, og hvordan de kan støttes og inddrages i forløbet. Denne pointe er illustreret i nedenstående citat, hvor en kræftramt borger fortæller, hvordan terapeuten under en af deres samtaler foreslog, at hans hustru kom med til den næste samtale:

*Og siger [fysioterapeuten]: "tror du ikke, at din kone vil med herud en dag? (...)". Så var vi herude, så kom der en hel masse, som jeg aldrig nogensinde har haft kendskab til, som [fysioterapeuten] fik ud af hende. (Borger)*

Som borgeren videre fortalte, gjorde medarbejdernes inddragelse af hans hustru – og efterfølgende hans børn – at han fik øje for, hvad hans sygdom betød for hans familie, hvilket har haft positiv betydning for hans rehabilitering.

De borgere, der berører pårørendeinddragelse, sætter pris på at medarbejderne har blik for, at de ikke er alene, og at det støtter dem at få øje på disse nære relationer. Samtidig skal det understreges, at der ikke er afdækket eksempler på, at de pårørende er overdraget omsorgsopgaver i forbindelse med rehabiliteringen.

### 6.1.5 Positivt at mødes med ligesindede

De interviewede borgere ser det som en fordel, at de i sundhedscenteret møder ligesindede, der også er sårbare på grund af mental eller fysisk sygdom. Dette kan være i forhold til den fysiske træning, hvor det, pga. borgernes forskellige udfordringer, kan udgøre en uoverstigelig barriere at skulle træne i et almindeligt træningscenter. Borgerne fortæller i den forbindelse, at de føler sig bedre tilpas og opbygger sikkerhed i forhold til hvordan andre ser dem, hvilket forbindes med øget lyst og motivation til at træne og til at (gen)opbygge et socialt liv:

*Jeg synes også at en stor forskel for mig har været, at ... dem du møder her, det er nogen der har været præcis det samme sted som dig selv. At det der med, at man bliver lige pludselig ligesindede i stedet for, at der bare sidder en fagperson, som har læst det hele i sine bøger. Altså det der med, at de selv har haft det inde på livet, det synes jeg gør en stor forskel. (Borger)*

Mødet med ligesindede handler også om de frivillige, der underviser på de udbudte "Lær at tackle kurser", samt borgere, der er med til at drive netværksbaserede tilbud efter endt forløb i sundhedscenteret:

*Dem der har Lær at tackle-kurserne, det er alle sammen nogle, som selv har haft det, kurset nu handler om, og det betyder, at det der med, at man føler sig velkommen, at man føler sig ikke dømt, at man er ligesindet... der er ikke nogen, der sidder og siger "nej, så må du også tage dig sammen" ... de ved præcis, hvad det handler om. (Borger)*

Borgerinddragelsen i den patientrettede forebyggelse inkluderer således også peer-peer aktiviteter, der opleves som en kilde til forståelse og genkendelse af borgerens problematikker. Flere borgere forbinder også deres succesoplevelser Sundhedscentret som et skridt på vejen til en dag at være så selvhjulpne, at aktiviteten kan fortsætte i foreningsliv eller i et almindeligt træningscenter. De pågældende borgere lægger i den forbindelse vægt på, at den pædagogiske tilgang om "de små skridt" kan adopteres til andre områder end den konkrete træning:

*Borger 1: Jeg synes jo netop, at det handler om, at man får de redskaber, der skal til, for at man selv... for eksempel ved diætisten, som siger "jamen, nu er det de små skridt", i stedet for at sige, "nu skal du på den der vilde kur, og du skal tabe 40 kilo, og det er nu, altså du har et halvt år, værsgo". Det er ikke det, det handler om. Det handler om at se, hvad er håndgribeligt, hvad kan du selv gøre, hvad er realistisk. Og den kan jeg jo tage med videre, at det er jo ikke kun på kostområdet, det er på mange områder, hvor jeg kan*

*tage det der: I stedet for at tage det store mål, jamen så tager vi bare lige helt små og realistiske mål, som er til at håndtere...*

Borger 2: *Som du også kan opnå?*

Borger 1: *Ja, lige præcis, så man får en succesoplevelse. Så jeg synes da, man kan bruge det hele, altså, meget forskelligt, og det synes jeg, de er rigtig gode til at formidle videre.*

Dialogen mellem de to borgere matcher medarbejdere og lederes målsætninger om at indsatserne skal være mulige at forankre i den hverdag der ligger uden for sundhedscenteret, samt at selve mestrings strategien er et vigtigt udbytte.

## 6.2 Borgernes oplevelse af spørgeskema og samtalehjul

Esbjerg-modellens redskaber fylder relativt lidt i borgernes fortælling om deres møde med den patientrettede forebyggelse. Alle de interviewede borgere har dog stiftet bekendtskab med det spørgeskema (se evt. afsnit 5.4.1 for detaljer), der udsendes forud for første samtale i sundhedscenteret, mens enkelte også har set samtalehjulet i brug. Borgerne forholder sig positivt til begge redskaber. Spørgeskemaet opleves således – selvom der er mange spørgsmål – som nemt at svare på, samt en relevant forberedelse på opstartssamtalen:

*Det gør det da nemmere, når man forholder sig til enten et stykke papir eller en tegning. Men ellers vil jeg da sige, spørgsmålene er gode, jeg ved ikke lige med den her... [samtalehjulet] ..., men spørgsmålene er da udmærkede... det må for den, der modtager det, give vejvisning af: hvad er det jeg sidder med her? (Borger)*

De interviewede borgere er på den baggrund enige om, at spørgeskemaet udgør et godt redskab som hjælper både borger og fagperson til at være forberedte til den første samtale. Borgerne bekræftede samtidig fagpersonernes vurdering af, at spørgeskema og samtalehjul hjælper med at "komme hele vejen rundt" om også de svære emner, samt at dette er vigtigt:

*Samtalehjulet blev ved den første samtale i Sundhedscentret anvendt til at afklare, hvilke handleområder, som der... ligesom er med til at gøre, at jeg har det svært. Altså, alle de svære ting i min hverdag faktisk. (Borger)*

Borgerne oplever således, at spørgeskemaet og samtalehjulet medvirker til en helhedsorienteret afdækning af deres situation og støttebehov. Samtidig blev der ikke givet eksempler på, at borgerne følte sig utrygge eller pressede af anvendelsen af spørgeskemaet eller samtalehjulet. Til gengæld er der flere borgere der, som fagpersonerne vurderer, at Samtalehjulet ikke altid er nødvendigt at anvende, idet at de oplever, at medarbejderne er kompetente til "at komme hele vejen rundt", samt at de kender hinanden godt.

## 6.3 Borgernes oplevelse af koordinatorrollen

Som indikeret i ovenstående afsnit, lægger borgerne vægt på, at deres koordinator løbende følger op på, hvordan det går, er hurtig til at adressere eventuelle problemer og er lettilgængelig, hvis der er behov for en samtale. Som en borger fortæller:

*Hvis jeg har problemer, så er [sygeplejersken] der hver gang [til træning]. Og så siger jeg [til sygeplejerske], "jeg skal lige snakke med dig", og så løser vi problemet, mens jeg måske går på et gå-bånd, eller jeg cykler, eller hvad jeg nu kan finde på, at jeg har lyst til den dag. Så kører vi den vej igennem. Og ellers, så kan jeg godt finde på at sige til hende: jeg har sgu lige brug for en samtale", så finder vi en dag, og så kommer hun med et stor ark, og så går vi ellers alle punkter igennem.*

Et andet punkt, hvor borgerne oplever, at koordinatoren har fokus på dem, er den telefoniske kontakt. Dette både i form af, at borgerne kan ringe til medarbejderne ved behov, og at medarbejderen løbende følger op på borgerne via telefonen. Det giver tryghed for borgerne, at denne mulighed er til stede, selvom de ikke nødvendigvis bruger den. Men medarbejderne ringer også til borgerne, hvis de eksempelvis udebliver fra aftaler i Sundhedscentret. Dette opfattes entydigt positivt af alle borgerne, hvilket kommer til udtryk i dette citat:

*Jeg føler egentligt, at når de ringer... jeg har prøvet det en enkelt gang, og det var en fortællelse, at vi var gået forbi af hinanden, men at det var mere bekymring egentlig, altså sådan oprigtig bekymring: "Er du ok? Jeg skal bare lige være sikker på, at det ikke er fordi, at vi kan gøre noget anderledes". Altså, det er hele tiden, at de ligger det i deres ansvar og sørger for, at vi har det godt. Det lyder helt vildt åndssvagt, for vi er jo selv herre over os selv, men det virker bare som om, at... det er lidt den der kærlige, moderlige hånd. (Borger)*

Som citatet viser, opfattes disse opkald som et udtryk for bekymring, snarere som kontrol eller irettesættelse. Samtidig indeholder citatet et eksempel på Esbjerg-modellens ressourceperspektiv i og med, at medarbejderen beder borgeren fortælle, hvorvidt der er noget, de på Sundhedscentret skal gøre anderledes for at støtte borgeren, samt at borgeren godt kender sit ansvar for egen omsorg.

En anden borger fortæller, at forværring i hans sygdom gjorde, at han havde opgivet at holde sig i live og derfor holdt op med at komme på Sundhedscenteret. Det løbende opkald fik ham dog i gang igen.

*Jeg fik så en ny omgang kemo, og den tog jeg heller ikke imod, og så tænkte jeg "nu kan det fandeme være lige meget med det hele, nu gider jeg sgu da ikke mere, så lad mig da for helvede komme op til min far". Så lige pludselig ringer [navn] "Hvor fanden bliver du af [navn], nu har du ikke været herude i otte uger!... Kom nu ud!" Og det gjorde jeg. Og snakkede med [navn]... Jeg var aldrig kommet herud [hvis ikke hun havde ringet], jeg var heller aldrig begyndt at arbejde, hvis jeg ikke kom her mere, det er stort! [tydeligt rørt]. (Borger)*

Endelig fortæller flere af de interviewede borgere, at medarbejdere, der under en samtale opdager et behov for at inddrage en anden faggruppe, handler hurtigt og fleksibelt i forhold til at koordinere kontakten, fordi medarbejderne i Sundhedscenteret er tæt på hinanden. Det viste sig, da en borger med KOL måtte aflyse en træning på grund af en sygehusaftale. Det viste sig, at han havde fået prostatakræft, hvilket han fortalte den terapeut, der stod for hans træning:

*Og med det samme, siger hun: "Jeg har en kollega, der ved rigtig meget om kræft, vil du have en samtale med hende? Du må gerne tage din kone med"... Jeg fik en samtale med [medarbejder] ... en kanon god samtale om, hvad det egentligt var for noget, og hun ved noget om sagen... både sygdommen, men også det psykiske i forløbet, ikke også? Og det synes jeg, at de [medarbejderne] skal have enormt meget ros for! (Borger)*

Borgerne fortæller således, at de oplever, at der foregår en let glidende kommunikation og samarbejde på tværs af tilbud og faggrupper i Sundhedscentret.

## 6.4 Borgerne ser et potentiale for at øge eksterne fagpersoners kendskab til Sundhedscenteret

De interviewede borgere er kommet til afdelingen for Patientrettet Forebyggelse ad forskellige veje. Enten via henvisning fra sygehuset, egen læge eller via notits i lokalavisen eller via opfordring fra bekendte. Flere af de interviewede borgere er – set i lyset af, hvor positive de selv er over for deres forløb i den patientrettede forebyggelse – overrasket over, at deres praktiserende læge ikke har et bedre kendskab til sundhedscenterets tilbud:

*Altså, jeg er lidt overrasket over at høre, hvordan [min læge] har skullet arbejde for at finde ud af at det eksisterede. (Borger 1)*

*Jeg kom her ved, at jeg selv rendte det op, og det var faktisk rimeligt svært. For det hele startede egentligt med, at man ser en notits i ugeavisen, og så spurgte jeg egentligt folk rundt omkring, både oppe i lægehuset og... Og der var sgu ingen, der vidste det. Det var lidt pudsigt... Så det var sådan lidt, det [Sundhedscentret] er lidt svært at komme i kontakt med. (Borger 2)*

*Altså jeg spurgte min læge: "Kan jeg ikke få en henvisning til det her sundhedscenter? ", "jo da, sagde han, hvad er det for noget?" Så siger jeg, jamen der er noget, der hedder Sundhedscenter Højvang, "nå" siger han, "det kender jeg sgu ikke" siger han. (Borger 3).*

Endvidere gives der et enkelt eksempel på, at kommunens egne medarbejdere har fejlinformeret en borger, fordi medarbejderen ikke var opmærksom på den forenklede indgang til den patientrettede forebyggelse, der (jf. afsnit 3.4.3) er aftalt med almen praksis. Borgerne vurderer på den baggrund, at der er et potentiale for at forbedre eksterne fagpersonernes kendskab – og opmærksomhed – på de tilbud, der er tilgængelige i sundhedscenteret.

## 6.5 Opsamling

Undersøgelsens borgere evaluerer deres forløb i sundhedscenteret meget positivt. De har således en udpræget oplevelse af at blive modtaget godt, og det fremgår, at følelsen holder ved i det efterfølgende forløb. Den løbende opfølgning og den interesse borgerne oplever, at fagpersonerne har i dem, ses derfor som en kilde til kontinuitet og til, at man i højere grad bliver i de tilbud, der er aftalt. Borgerne oplever også den patientrettede forebyggelse og dens medarbejdere som et meget anderledes sted end deres øvrige kontakter med sundheds- og socialvæsenet. Forskellene knytter sig særligt til:

- **En anderledes tid:** Medarbejderne har god tid til samtalerne med borgerne, de opleves aldrig stressede, og de opleves lettilgængelige, når borgerne har behov for samtaler.
- **Et nærvær og en helhedsorientering:** Medarbejderne handler ikke bare på den henvisning eller første henvendelse, borgeren kommer med. I stedet foretages en grundig helhedsvurdering af borgerens behov og ressourcer, som det efterfølgende forløb tager afsæt i.
- **Opmærksomhed på borgerens pårørende og netværk:** Borgerens pårørende og netværk inviteres med til samtaler, når det vurderes relevant og involveres som en ressource i komplekse

sygdomsforløb. De borgere, der har oplevet dette, oplever et godt udbytte og nævner ingen eksempler på, at deres pårørende ikke har fået overdraget ansvar for omsorgsopgaver på en uhensigtsmæssig måde.

- **Netværksdannelse og møder med ligesindede:** Borgerne oplever mødet med andre i samme situation positivt, når de deltager i de holdbaserede tilbud. Den patientrettede forebyggelse ses i forlængelse heraf, som et trygt sted at være, og flere beskriver, at fællesskabsfølelsen på deres hold motiverer dem og understøtter deres rehabilitering. Borgerne fremhæver samtidig involveringen af borgere som medundervisere som et eksempel på borgerinvolvering, der giver en oplevelse af at blive set og forstået.

Esbjerg-modellens redskaber fylder ikke meget for borgerne, sammenlignet med ovenstående forhold og de relationer de har til medarbejderne i den patientrettede forebyggelse. Der er dog enighed om, at spørgeskema og samtalehjul er relevante redskaber, der understøtter en god opstart af borgerens forløb. Redskaberne forbindes således med afklaring, overblik, og det, at man kommer hele vejen rundt om også de svære emner. I en forbindelse spiller borgernes koordinator – som følger dem igennem forløbet – en vigtig rolle. Borgerne lægger således vægt på, at koordinatorene er dygtige til at involvere borgerne, grundige i deres udredning og opfølgning samt fleksible, når der er behov for det. Det gælder også i relation til at involvere andre fagligheder, når det er nødvendigt.

Borgernes perspektiver på den patientrettede forebyggelse afspejler i meget høj grad det ideal, som tidligere er beskrevet af undersøgelsens ledere og medarbejdere. Borgernes vurdering bekræfter således, at Esbjerg-modellen lever som en kultur og en væremåde over for borgeren. De værdier, som der i kommunalt regi er blevet arbejdet med, mærkes hos borgerne, og de forbinder i høj grad indsatsen med de ønskede resultater.

Set i det lys, peger flere borgere på, at der er et potentiale for at øge eksterne fagpersoners viden om tilbud og indgangsveje til den patientrettede forebyggelse. Dette knytter sig særligt til praktiserende læger, der ifølge flere borgere har et mangelfuldt kendskab til de tilgængelige tilbud, selvom de har den primære rolle som henviser.

## 7 Potentialer for spredning af Esbjerg-modellen

Dette afsluttende kapitel diskuterer og perspektiverer de strategier, initiativer og handlinger, der har været centrale i udvikling og drift af Esbjerg-modellen. Formålet er at udlede de erfaringer og resultater, der er relevante for ønsket om at udbrede Esbjerg-modellen inden for den patientrettede forebyggelse, såvel som i relation til arbejdet med borgerinvolvering på det kommunale sundheds- og omsorgsområde mere generelt.

Kapitlet ser først på den ledelse og de rammevilkår, der har understøttet arbejdet med Esbjerg-modellen. Resultaterne spejles løbende i anbefalingerne fra den litteratur, der er fundet omkring ledelse af borgerinddragelse. Med dette afsæt diskuterer vi efterfølgende potentialer og opmærksomhedspunkter for spredning, herunder:

- Hvilke forudsætninger skal være til stede for at fremme muligheder for vellykket overførsel?
- Hvilke settings kan modellen forventes at overføres til?

### 7.1 Esbjerg-modellens ledelse og rammevilkår

Litteraturen om borgerinddragelse beskriver (jf. litteraturen i bilag 1) mange faktorer, der er centrale for at skabe de rette forudsætninger for inddragelse. De vigtigste er sammenfattet nedenfor, samtidig med at de sættes i relation til de strategier og handlinger, der er fulgt i udvikling, forankring og spredning af Esbjerg-modellen:

**En synlig ledelse, der går på tværs af organisationens niveauer** (Swensen et al. 2009). Behovet for en synlig ledelse er (også når det gælder borgerinddragelse) en central anbefaling i litteraturen. Anbefalingen er oftest udtrykt som en efterlysning af ledere, der sætter mål og understøtter kulturarbejdet, tilvejebringer organisatoriske rammer, der understøtter den ønskede inddragelse, og ikke mindst en ledelse, der er nærværende og bruger sin tid i den praksis, der skal udvikles.

I forlængelse heraf udmærker udviklingen af Esbjerg-modellen sig ved, at der igennem hele processen har været en tydelig opbakning fra den kommunale topledelse og det politiske niveau. Det ses for det første ved at arbejdet med modellen og den "kulturændring", den repræsenterer, er beskrevet i centrale policy-dokumenter, ligesom der har været afholdt en række oplæg og temadage for det politiske niveau og områdets topledelse. For det andet italesætter undersøgelsens ledere tydeligt og konsistent de værdier om inddragelse, som Esbjerg-modellen hviler på – og at de ser sig selv som bannerførere for den kulturændring, arbejdet med modellen repræsenterer. Denne opgave indebærer også, at lederne på direktør- og chefniveau prioriterer at deltage i konkrete aktiviteter for at fremme borgerinddragelse. Det sker fx, når topledelsen i en periode ugentligt besøger borgere, der har klaget over deres møde med Sundhed & Omsorg, og bruger borgernes fortællinger som læringscases sammen med chefgruppen, eller når lederne på chefniveau selv deltager – og underviser – på kompetenceudviklingsforløb om borgerinddragelse. Disse aktiviteter fremstår strategisk vigtige, fordi de synliggør ledelsens engagement i arbejdet med borgerinddragelse over for medarbejdere og funktionsledere. Endvidere resulterer aktiviteterne i konkret læring og handling, ligesom lederne ved at "tage sin egen medicin" selv får arbejdet med borgerinddragelse ind under huden.

For det tredje fremstår tillid, involvering, kompetenceudvikling, synlighed og vedholdenhed som nøgleord – for både ledere og medarbejdere, når de beskriver arbejdet med Esbjerg-modellen på operationelt niveau. Tilgangen til ledelse afspejler i høj grad de involverende metoder og principper, som medarbejderne selv skal anvende i samarbejdet med borgerne. Det spiller således også en

central rolle, at de funktionsledere, der er tæt på det daglige arbejde, er trådt i karakter, udvist interesse for og stillet krav til arbejdet med borgerinddragelse. Involveringen har været tidskrævende og på tidspunkter udfordret de involverede medarbejdere, men den udpeges også som en væsentlig kilde til medarbejdernes ejerskab og mulighed for at få Esbjerg-modellen, værdisættet og dens konkrete redskaber fuldt integreret i det daglige arbejde.

**Skabe arbejdsvilkår og arbejdsorganisering, der understøtter involvering af borgerne** (Bredahl Jacobsen & Louring Nielsen 2012): Mange gode intentioner om borgerinddragelse er strandet på mødet med en travl hverdag, hvor der ikke har været afsat beskyttet tid til arbejdet med at udvikle, teste og fastholde arbejdet med borgerinddragelse. Hverdagens travlhed og rutiner – især hvis den er stærkt reguleret – udgør således ofte en af de væsentligste årsager til, at det er svært at fastholde et fokus på borgerinddragelse over tid (Holm-Petersen & Emdal 2013).

I forlængelse heraf, fremstår det centralt, at satsningen på at udvikle – og udbrede – Esbjerg-modellen, er forankret i en langsigtet strategi, hvor der investeres i borgerinddragelse. Det ses på det politiske og strategiske niveau, hvor arbejdet med Esbjerg-modellen og den kursændring, den repræsenterer, indgår som et centralt pejlemærke i kommunens budgetplaner og fremadrettede visioner. Siden opstarten i 2010 er der i den patientrettede forebyggelse investeret i at a) øge udbud og tilgængelighed til tilbud, b) fordoble antallet af medarbejdere og c) skabe beskyttet tid til at involvere medarbejderne i udvikling og afprøvning.

Det fremgår samtidig, at medarbejderne er givet stor fleksibilitet i forhold til, hvordan de organiserer deres arbejdsuge, og at de har tid nok til a) at det kan lade sig gøre at arbejde borgerinddragende og helhedsorienteret, og b) at de kan være tilgængelige via telefon, sms og møder, når borgerne har brug for det. Medarbejderne beskriver også, at der er et godt, tillidsfuldt og tværfagligt arbejdsmiljø, hvor borgerinddragelsen og kompetencerne, relateret til denne beskrives som en form for generisk faglighed er, binder medarbejderne sammen på tværs af deres sundhedsfaglige baggrund.

**Et systematisk afsæt for arbejdet med borgerinddragelse** (Coulter 1997): Beslutningsstøtteredskaber og rutiner, der strukturerer samarbejdet mellem borger og fagperson, udgør et væsentligt element i litteraturen om borgerinddragelse. Det samme gælder rutiner, redskaber og fælles begrebsrammer som afsæt for at systematisere fagpersonernes samarbejde på tværs af fagligheder. De forskellige redskaber ses som en vigtig kilde til at mindske u hensigtsmæssig variation samt til at sikre en helhedsorienteret afdækning af borgernes situation, ressourcer og behov.

Arbejdet med Esbjerg-modellen har taget afsæt i WHO's ICF-klassifikation som fælles sprog og begrebsramme for arbejdet med rehabilitering. Samtidig har der fra starten været et systematisk samarbejde med MarselisborgCentret om at omsætte den overordnede ICF-klassifikation til et valideret sæt standarder, der dækker områder med særlig relevans for den patientrettede forebyggelse. Med det afsæt er der endvidere udviklet og afprøvet konkrete spørgeskemaer og beslutningsstøtteredskaber med tilhørende vejledninger, som anvendes i det borgerrettede arbejde. Endelig er redskaberne understøttet af organisatoriske rutiner, som beskriver, hvornår og hvordan de skal anvendes, samt formaliserede koordinatorroller, der følger borgeren undervejs i forløbet.

Resultaterne af det systematiske udviklingsarbejde fremstår som en kilde til ensartethed på tværs af de involverede medarbejdere og faggrupper. Det fremgår også at redskaberne – når de anvendes – bidrager til en helhedsorienteret og afdækning af borgernes behov, ressourcer og motivation, samt at forløbene i høj grad planlægges og gennemføres med afsæt i de principper, der er udviklet.

Det fremgår samtidig som en vigtig pointe, at redskaberne – i henhold til princippet om, at man skal møde borgerne, hvor de er – ikke altid følges slavisk. Dels er der over tid etableret en praksis, hvor



de erfarne medarbejdere anvender redskaberne som støtteredskab, frem for noget, der styrer samtalerne med borgerne. Dels er der en gruppe – der typisk udgøres af "svage" borgere - som ikke ønsker eller magter at anvende redskaberne. Denne tilgang kan både ses som en potentiel svaghed og en styrke; en potentiel svaghed, idet der åbnes for, at medarbejderne træffer beslutninger ud fra en ufuldstændig viden om borgernes reelle ønsker, ressourcer og behov, samt at borgerne ikke sættes i en position, hvor de kan styre samtalen via det neutrale redskab; en styrke, fordi en rigid anvendelse af redskaber kan resultere i, at man skubber borgerne fra sig, samt at fleksibiliteten i brugen af redskabet understøtter modellens ideal om individuel tilpasning fra situation til situation.

**Borgerinddragelse indgår som et synligt kvalitetsmål** (Holm-Petersen & Emdal 2013): Styringen af sundheds- og omsorgsområdet sker traditionelt med afsæt i aktivitets-, økonomi- og kvalitetsmål, som indebærer et stort fokus på effektivisering og optimering af tidsanvendelsen. I denne sammenhæng sker det let, at "bløde" og svært dokumenterbare kvalitetsmål om fx tværgående samarbejde og borgerinddragelse udkonkurreres af "hårde" og let dokumenterbare mål om aktiviteter, ventetider, budgetoverholdelse m.m. Samtidig er der en udpræget mangel på viden om effekterne af borgerinddragelse, når det kommer til borgernes forbrug af sundhedsydelser, sundhedstilstand og livskvalitet på mellemlang til lang sigt.

Det kræver således et eksplicit fokus at fastholde og styre borgerinddragelse som et prioriteret mål. Samtidig opstår der let modsætninger mellem fx ønsket om meraktivitet på den korte bane og den tid, der skal investeres i at gennemføre en helhedsorienteret udredning og realisere et forløb, der aktivt involverer borgeren (Petersen et al. 2017, Kjellberg & Graff 2017).

Ovenstående forhold fremtræder også tydeligt i relation til Esbjerg-modellen, hvor modsætningen indtil videre har været håndteret ved at frisætte den patientrettede forebyggelse for de aktivitetsmål og dokumentationskrav, der tidligere var gældende. Det er dels sket ud fra en tillid til, at ledere og medarbejdere arbejder ansvarligt inden for de rammer, de har, og dels ud fra en overbevisning om, at Esbjerg-modellen giver bedre resultater end den tidligere indsats. Frisættelsen for dokumentation repræsenterer overordnet en risikovillighed i forhold til at investere i en langsigtet udvikling af en indsats, der er økonomisk og fagligt bæredygtig. På det operationelle niveau fungerer frisættelsen som en anerkendelse af, at udviklingsarbejdet og de borgerrettede indsatser i den patientrettede forebyggelse adskiller sig fra de øvrige driftsområder.

Det er også afspejlet i den styringskæde, der er etableret i arbejdet med Esbjerg-modellen, hvor der sker en forskydning af ansvar fra topledelse til chefer, fra chefer til funktionsledere, fra funktionsledere til medarbejdere og fra medarbejdere til borgere. Styringsfilosofien i organisationen afspejler således de samme værdier om indflydelse, tillid og ansvar, som er bærende for det borgerrettede arbejde. Oplevelsen er også – på tværs af undersøgelsens ledere, medarbejdere og borgere – at det er lykkedes at skabe en velfungerende Esbjerg-model for borgerinddragelse, der er fuldt udbygget, implementeret og skaber de ønskede resultater.

Den tillidsbaserede styring af området for patientrettet forebyggelse rummer imidlertid også udfordringer, som knytter sig til, at der mangler systematisk dokumentation for, om indsatsen har en længerevarende effekt på borgernes funktionsevne og sundhedstilstand, samt hvordan borgernes forbrug af sundheds- og omsorgsydelser påvirkes. Så længe denne viden ikke findes, er indsatsen sårbar over for de økonomiske og demografiske udfordringer, kommunen står overfor. Derfor fremstår der fremadrettet et ønske om at foretage en effektevaluering, der undersøger disse forhold, og er særdeles relevant i relation til den patientrettede forebyggelse. Vigtigheden af en sådan dokumentation understreges af de erfaringer, der tidligere er gjort med introduktionen af hverdagsrehabilitering i hjemmeplejen i forskellige kommuner. For eksempel viste KORAs evaluering af Esbjergs

egit "Gør borgeren til mester" projekt, at den rehabiliterende tilgang let går i glemmebogen i medarbejdernes hverdag, at det kan opleves udfordrende at anvende samtalehjul i mødet med borgeren, ligesom det – til trods for kendskab og opbakning – var meget forskelligt, hvor meget den rehabiliterende tilgang slog igennem i praksis (Madsen et al. 2014b).

**Ansætte, efteruddanne og belønne medarbejdere, der bærer værdier om borgerinddragelse** (Coulter 2012b, Bredahl Jacobsen & Lourcing Nielsen 2012). Sat på spidsen repræsenterer bevægelsen i retning af borgerinddragelse et opgør med den traditionelle faglighed i sundhedsvæsenet, hvor borgeren møder en faglig ekspert, der på baggrund af sygdomsbilledet ordinerer en behandling og støtter borgeren i at følge denne. Skiftet til et partnerskab mellem borger og fagperson, hvor borgerens egen motivation, oplevede behov og ressourcer indgår som afgørende parametre for, hvilket forløb der skal igangsættes, stiller medarbejderne over for krav om nye kompetencer og dilemmaer, som skal håndteres. For eksempel når der er forskel på fagpersonens og borgerens vurdering af, hvad der er vigtigst, eller når ønsket om inddragelse skal afvejes med borgerens faktiske ressourcer, eller hvad der er muligt at tilbyde inden for de gældende rammer for opgavevaretagelsen.

Erhvervelsen af nye kompetencer – via coachuddannelser, læringsgrupper og supervision for både ledere og medarbejdere spiller en helt afgørende rolle for arbejdet med borgerinddragelse i Esbjerg Kommune. De nye kompetencer, som tilegnes, beskrives blandt andet som et værdisæt i mødet med borgerne såvel som kolleger, og som en delvis aflæring af ekspertrollen, så man bliver i stand til at træde i baggrunden og lade borgeren få plads. Derfor er der investeret mange ressourcer i kompetenceudvikling og oplæring de steder, hvor modellen introduceres. Samtidig lægges der i afdelingen for Patientrettet Forebyggelse vægt på at ansætte medarbejdere, der har kompetencer og motivation til borgerinddragelse, ligesom der ydes fastholdelsestillæg til nøglemedarbejdere med særlige kompetencer.

### 7.1.1 Esbjerg-modellens ledelse og rammevilkår afspejler anbefalinger fra litteraturen

Ovenstående gennemgang, viser at de strategier, handlinger og rammevilkår, der har understøttet udviklingen af Esbjerg-modellen, i høj grad matcher – og konkretiserer – centrale anbefalinger i litteraturen om borgerinddragelse<sup>9</sup>. Beskrivelserne giver også et sammenhængende billede af, hvorfor arbejdet med Esbjerg-modellen er lykkedes, og hvordan modellen opleves at bidrage til de ønskede resultater. Det fremstår i den forbindelse som en væsentlig pointe, at Esbjerg-modellen består af langt mere end de forløbsbeskrivelser og redskaber, som er designet i relation til arbejdet med patientrettet forebyggelse. Den tillidsbaserede og synlige ledelse, viljen til at allokere ressourcer til udvikling, de styrende værdier og visioner, strategiske organisationsændringer, kompetenceudvikling og vedholdenhed fremstår således som nødvendige byggesten i det fundament, borgerinvolveringen hviler på.

De fleste af disse forhold fremstår – når man ser dem hver for sig – som generiske elementer, det er muligt at adressere i arbejdet med at implementere Esbjerg-modellen i andre sammenhænge. På den anden side indikerer omfanget og systematikken i de aktiviteter og forandringer, der har givet succes i Esbjerg, hvor stort og langsigtet arbejde det har været at realisere Esbjerg-modellen. Tilstedeværelsen af en meget dedikeret ildsjæl og en usædvanlig stor personkontinuitet over tid udgør også to forhold, der er kontekstafhængige. Det kan således typisk ikke forventes, at der er samme forhold i andre organisationer, hvor Esbjerg-modellen søges implementeret.

---

<sup>9</sup> Esbjerg Kommune vil i efteråret 2017 samarbejde med VIVE om at designe en skitse til et ledelseskompass, der kan guide kommunens ledere i det videre arbejde med borgerinddragelse. Formålet er at beskrive centrale parametre i arbejdet med borgerinddragelse og give mulighed for refleksion omkring ledelsens egen rolle og muligheder for at understøtte arbejdet.

Med dette afsæt vender vi i de næste afsnit blikket mod de opmærksomhedspunkter, der er vigtige at have for øje i det videre arbejde med at sprede Esbjerg-modellen.

## 7.2 Opmærksomhedspunkter relateret til spredning inden for patientrettet forebyggelse

Den store interesse, der allerede er for Esbjerg-modellen i relation til kommunernes arbejde med patientrettet forebyggelse og genoptræning, taler i sig selv for, at det er relevant og muligt at udbrede modellen til andre kommuner. For det første kæmper mange kommuner fortsat med de problemer, Esbjerg-modellen adresserer og opleves at tilbyde en løsning på (Buch , Holm-Petersen & Boll Hansen 2016, Buch & Christina Holm-Petersen og Eigil Boll Hansen 2017, Buch & Pernille Skovbo Rasmussen, Louise Borst og Susanne Reindahl Rasmussen 2013, Emdal , Borst & Buch 2013) For det andet er der i dag mange medarbejdere og funktionsledere i den patientrettede forebyggelse, der er uddannet i mestring og involverende metoder og derved har en forståelse for, hvorfor involvering og ansvarliggørelse er en nødvendighed for at kunne skabe varige forbedringer for borgerne. For det tredje skal det understreges, at udbuddet af tilbud, samt tilbuddenes opbygning, indhold og målsætninger, ikke adskiller sig væsentligt fra de tilbud, der generelt udbydes i andre kommuner.

I de fleste kommuner vil der således være fagpersoner og funktionsledere, der kan se de relative fordele ved at adoptere Esbjerg-modellen, og som deler modellens grundlæggende værdier – hvilket er to vigtige elementer i relation til spredning (Rogers 2003). Det fremstår også som en fordel, at der i Esbjerg-modellen er udviklet velbeskrevne redskaber, metoder og vejledninger, som – alt andet lige – er målrettet en opgaveportefølje og forløbstænkning, der er velkendt for den patientrettede forebyggelse i mange andre kommuner. Derved vil der være store dele af den ressourcekrævende innovations- og udviklingsproces, som kan springes over. Der skal dog være opmærksomhed på, at det netop er involveringen i udvikling, der forbindes med et særligt ejerskab til Esbjerg-modellen. Derfor vil det være vigtigt, at en evt. adoption af Esbjerg-modellens redskaber understøttes aktivt ledelsesmæssigt, og at der afsættes ressourcer til oplæring, trinvis afprøvninger og kompetenceudvikling i det omfang, det er nødvendigt.

På strukturelt niveau er der også forhold, der kan påvirke mulighederne for at adoptere Esbjerg-modellen – eller stille krav om lokale tilpasninger. Det drejer sig overordnet om,

- hvorvidt kommunens geografi og borgergrundlag er stort nok til, at det er muligt at udvikle og vedligeholde et tværfagligt miljø, der arbejder med rehabilitering, samt om borgerne har mulighed for at transportere sig til kommunens tilbud. Erfaringer fra andre kommuner er, at borgerne sjældent rejser langt for at deltage i den patientrettede forebyggelse – derfor kan det være en mulighed, at der – som i Esbjerg – oprettes satellitfunktioner i borgernes nærområder, når geografien er stor
- hvor udviklet det lokale sundhedssamarbejde med almen praksis og hospitaler er. Fremmede faktorer er i den forbindelse, at der kommer nok henvisninger til den kommunale rehabilitering, og at der ikke er uhensigtsmæssig konkurrence mellem fx hospitalets og kommunens forskellige tilbud om patientrettet forebyggelse.

Et relevant spørgsmål for modtagerorganisationen vil også være, hvorvidt der på højere ledelsesniveau – og fra politisk side – er opbakning og forståelse for de bærende værdier om borgerinddragelse. Det fremstår i den forbindelse veldokumenteret, at Esbjerg-modellen skaber arbejdsglæde, mere borgerinddragelse og høj kvalitet for de borgere, den berører. Dette styrker argumentet for at

investere langsigtet i udvikling af kompetencer, organisering og styring, der understøtter en bevægelse i retning af borgerinddragelse. Til gengæld udgør den manglende viden om modellens sundhedsmæssige og økonomiske effekter en barriere, fordi ønsket om en evidensbaseret indsats udgør idealet for prioritering af, hvilke indsatser der igangsættes. Dette understreger relevansen af den effektevaluering, der påtænkes gennemført i Esbjerg Kommune. I den påtænkte evaluering, vil det blandt andet være relevant at sammenligne borgere, som er tilknyttet Esbjerg-modellen, med en gruppe af sammenlignelige borgere for at undersøge indsatsens betydning for borgernes

- livskvalitet, funktionsniveau og selvvurderede helbred over tid
- forbrug af regionale og kommunale sundhedsydelser
- forbrug af øvrige kommunale ydelser.

Endvidere vil det være relevant at dokumentere

- antal og karakteristika ved de borgere, der starter i den patientrettede forebyggelse
- frafald, fravalg og gennemførelse af forløb, samt om der er mønstre i disse forhold.

Med afsæt i ovenstående vidensbehov, udarbejder VIVE i efteråret 2017 en protokol for et effektstudie til Esbjerg Kommune.

### 7.3 Opmærksomhedspunkter ved spredning til andre driftsområder

Opmærksomhedspunkterne i forhold til muligheden for at anvende Esbjerg-modellens borgerinvolverende metoder i andre dele af det kommunale sundheds- og omsorgsområde, såvel som på andre forvaltningsområder, er grundlæggende de samme som for den patientrettede forebyggelse. Det, der overordnet taler for en spredning, er den massive satsning på at anvende hverdagsrehabilitering og mestring som middel til at udvikle og inddrage borgernes egne ressourcer på det kommunale omsorgsområde. Denne udvikling har mange lighedspunkter med de værdier og målsætninger, der har været styrende for Esbjerg-modellen.

Der skal dog tages det forbehold, at der er mange og væsentlige forskelle på organisation, opgaveportefølje og rammevilkår imellem området for patientrettet forebyggelse og de store driftsområder på sundheds- og ældreområdet. Derfor vil det – som det også fremgår af de foreløbige erfaringer fra Esbjerg Kommunes egen spredning – alt andet lige kræve et større oversættelsesarbejde, en længerevarende indsats og vilje til at håndtere de dilemmaer, der opstår undervejs, hvis Esbjerg-modellen skal implementeres som andet end en overordnet værdi for mødet med borgerne på disse områder.

Overvejelserne omkring en evt. adoption og oversættelse af Esbjerg-modellen til andre områder kan med fordel tage afsæt i:

- Hvorvidt der er relevante fagpersoner og ledere, som kan se de relative fordele ved at introducere en ny praksis for borgerinddragelse.
- I hvilket omfang modtagerorganisationen kender, forstår og deler de værdier, borgerinddragelsen hviler på.
- I hvilket omfang topledelse og politisk niveau ønsker at bakke op om den kursændring, Esbjerg-modellen repræsenterer.

- I hvilket omfang organisationens lovgrundlag, opgaveportefølje, arbejdsrutiner og ressourcer giver mulighed for at forfølge de strategier og handlinger, der har vist sig succesfulde i Esbjerg-modellen.

I jo større grad, der kan svares ja på ovenstående spørgsmål, jo lettere vil det være at adoptere elementer fra Esbjerg-modellen og omvendt. Samtidig anbefales det generelt, at en introduktion af modellen planlægges trinvist, således at der er mulighed for at udvikle, teste og justere på en lille skala – fx på et distrikt i hjemmesygeplejen – forud for implementering i fuld skala. Fordelen ved en sådan udrulning er også, at den giver mulighed for at anvende resten af organisationen som sammenligningsgrundlag for indsatsens økonomiske konsekvenser.

# Litteratur

- Bredahl Jacobsen, C. & Louring Nielsen, S. 2012, *Udvikling mod mere brugerinddragelse. En procesevaluering af et udviklingsprojekt på Glostrup Hospital*, KORA, København.
- Brorholt, G. 2016, "Bedre brugerinddragelse kræver mere end gode intentioner", *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*, vol. 92, no. 2, pp. 4-15.
- Brorholt, G., Ladefoged Nielsen, K.V. & Kjellberg, P.K. 2015, *Borgernes sundhedsvæsen: frontpersonalets perspektiv*, KORA, København.
- Buch, M.S. & Christina Holm-Petersen og Eigil Boll Hansen 2017, *Evaluering af Region Hovedstadens implementering af forløbsprogram for lænderyglidelser*, KORA, København.
- Buch, M.S., Holm-Petersen, C. & Boll Hansen, E. 2016, *Evaluering af Region Hovedstadens forløbsprogram for hjerte-kar-sygdomme*, KORA, København.
- Buch, M.S. & Pernille Skovbo Rasmussen, Louise Borst og Susanne Reindahl Rasmussen 2013, *Evaluering af Næstved Sundhedscenters KOL-rehabilitering*, KORA, København.
- Coulter, A. 2012a, *Leadership for patient engagement*, The King's Fund, London.
- Coulter, A. 1997, "Partnerships with patients: the pros and cons of shared clinical decision-making", *Journal of Health Services Research and Policy*, vol. 2, no. 2, pp. 112-121.
- Coulter, A. 2012b, "Patient engagement--what works?", *The Journal of ambulatory care management*, vol. 35, no. 2, pp. 80-89.
- Emdal, L., Borst, L. & Buch, M.S. 2013, *Forløbskoordination og diagnoserettede tilbud til borgere med KOL, hjertesygdom og type 2-diabetes i Slagelse Kommune 2010-2012: evaluering af projekt*, KORA, København.
- Esbjerg Kommune 2017, *Din Sundhed*. Available: [www.dinsundhed.esbjergkommune.dk](http://www.dinsundhed.esbjergkommune.dk) [2017, 3. marts].
- Esbjerg Kommune 2016, *Patientuddannelse på tværs af diagnoser*. Available: <http://dinsundhed.esbjergkommune.dk/om-sundhed/projekter/patientuddannelse-paa-tvaers-af-diagnoser.aspx> [2016, 23. sept.].
- Esbjerg Kommune 2013, *Model for koordination med borgeren i centrum - en Esbjerg-model*, Esbjerg Kommune, Sundhed & Omsorg, Esbjerg.
- Esbjerg Kommune 2011, *Guide til startsamtale med mennesker med kronisk sygdom. Udviklet af Esbjerg Kommune 2011*, Esbjerg Kommune, Esbjerg.
- Faxe Kommune 2013, *Godt Liv - Hver Dag. Evaluering. Projekt Hverdagsrehabilitering i Faxe Midt*, Faxe Kommune, Center for Sundhed & Pleje, [U.st.].
- Frandsen, T.F., Christensen, J.B. & Ølholm, A.M. 2016, "Systematisk søgning efter kvalitativ litteratur kan styrkes", *Ugeskrift for læger*, vol. 178, no. V06160384, pp. 2-5.
- Frederikssund Kommune 2012, *Evaluering af Projekt Hverdagsrehabilitering*, Frederikssund Kommune, Frederikssund.

- Hastrup, K. (ed) 2003, *Ind i Verden. En grundbog i antropologisk metode*, 1st edn, Hans Reitzels Forlag.
- Hesselberg Lauritzen, H., Bjerre, M., Graff, L., Rostgaard, T., Casier, F. & Fridberg, T. 2017, *Rehabilitering på ældreområdet. Afprøvning af en model for rehabiliteringsforløb i to kommuner*, SFI. Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, København.
- Holm Ivarsson, B. 2016, *MI - motiverande samtal: praktisk handbok för hälso-och sjukvården*, 3rd edn, Gothia utbildning, Stockholm.
- Holm-Petersen, C. & Emdal, L. 2013, *Ledelse af brugerinddragelse: tre casebaserede eksempler*, KORA, København.
- Jensen, L., Stokholm, G. & Petersen, L. 2007, *Rehabilitering: teori & praksis*, 1st edn, FADL's Forlag, København.
- Kjær, P. & Reff, A. 2010, *Ledelse gennem patienten: nye styringsformer i sundhedsvæsenet*, Handelshøjskolens Forlag, København.
- Kjellberg, P.K. & Graff, L. 2017, *Sygeplejerskernes rolle i rehabilitering i ældreplejen. Hvad kan vi lære af danske studier?* KORA, København.
- Lægehåndbogen 2013, 4. juli-last update, *Funktionsevne vurdering og ICF*. Available: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/socialmedicin/funktionsevne/funktionsevne-vurdering-og-icf/> [2016, 16. sept.].
- Lange, L. 2005, *ICF - den danske vejledning og eksempler fra praksis. International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand*, MarselisborgCentret, Århus.
- Madsen, M.H., Christensen, I.E., Kjellberg, P.K., Kjellberg, J. & Ibsen, R. 2014a, *Gør borgeren til mester i Esbjerg Kommune. Organisations- og økonomianalyse*, KORA, København.
- Madsen, M.H., Christensen, I.E., Kjellberg, P.K. & Kjellberg, J., Rikke 2014b, *Gør borgeren til mester i Esbjerg Kommune. Organisations- og økonomianalyse*, KORA, København.
- MarselisborgCentret 2014, *ICF baseret redskab til beskrivelse af den samlede helbredstilstand og rehabiliteringsbehov hos patienter og borgere med kronisk sygdom: notat*, MarselisborgCentret, [Århus].
- MarselisborgCentret 2004, *Rehabilitering i Danmark: hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*, Rehabiliteringsforum Danmark; Marselisborgcentret, Århus.
- Martin, H.M., Bredahl Jacobsen, C., Nørrekjær, K.M.S., Dali, E.I., Hamburger, M. & Kallede Søe, S. 2009, *Dialogstøtteredskaber: Konkrete veje til patientinddragelse*, Dansk Sundhedsinstitut, København.
- Melchiorson, H. & Maribo, T. 2015, *ICF-baseret Fælles Sprog III (FSIII): subset til faglig vurdering af behov for personlig hjælp, omsorg, pleje, træning og rehabilitering i kommunalt regi: notat*, MarselisborgCentret, Aarhus.
- Norman, K., Bergman, M., Mikkelsen, M., Due, T.D. & Blom, A. 2011, *Patientrettet forebyggelse i kommunerne. En kortlægning af patientrettede forebyggelsestilbud (rehabilitering) til borgere med type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdom og kronisk obstruktiv lungesygdom i alle danske kommuner*, 1st edn, Trygfondens Forebyggelsescenter, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet., København.

- Pedersen, B.M. & Rank Petersen, S. (eds) 2014, *Det kommunale sundhedsvæsen*, Hans Reitzels Forlag, København.
- Petersen, A., Graff, L., Rostgaard, T., Kjellberg, J. & Kjellberg, P.K. 2017, *Rehabilitering på ældreområdet. Hvad fortæller danske undersøgelser os om kommunernes arbejde med rehabilitering i hjemmeplejen?* Sundhedsstyrelsen/KORA, København.
- Rogers, E.M. 2003, *Diffusion of Innovations*, 5th edn, Free Press, New York.
- Schiøler, G. & Dahl, T. 2003, *ICF - international klassifikation af funktionsevne, funktionsevneændsættelse og helbredstilstand*, 1st edn, Munksgaard Danmark, København.
- Swensen, S.J., Dilling, J.A., Milliner, D.S., Zimmerman, R.S., Maples, W.J., Lindsay, M.E. & Bartley, G.B. 2009, *Quality: the Mayo Clinic Approach*, SAGE Publications: Los Angeles, CA.
- Terkelsen, S. 2015, , *Esbjerg-modellen (slides)* [Homepage of Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (VIBIS)], [Online]. Available: [http://vibis.dk/sites/vibis.dk/files/bibliotek/esbjerg-modellen.\\_susanne\\_terkelsen.pdf](http://vibis.dk/sites/vibis.dk/files/bibliotek/esbjerg-modellen._susanne_terkelsen.pdf) [2016, 21. sept.].
- Tonnesen, M., Sørensen, J.B. & Henriksen, K.N. 2012, *Grib Hverdagen. Slutevaluering*. Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune, Aarhus.
- Zoffmann, V. 2005, *Guidet Egen-Beslutning*, Sundhedsstyrelsen, København.



# Bilag 1 Kortlægning af danske erfaringer

Det empiriske studie er kvalificeret af en litteraturgennemgang, der har til formål at kunne karakterisere erfaringerne med Esbjerg-modellen i forhold til sammenlignelige danske tiltag. Søgestrategien har været lagt an på at afdække, om der er erfaringer fra tiltag, der ligner Esbjerg-modellen empirisk og metodisk, samt at der har været fokus på at afdække erfaringer vedrørende ledelsens roller og opgaver i arbejdet med borgerinddragelse.

## Fremgangsmåde

Litteratursøgningen er foretaget i september 2016, og formålet har været

- at afdække andre lignende kommunale tiltag og modeller for borgerinddragelse i Danmark, der fokuserer på borgerinddragelse og rehabilitering på sundhedsområdet
- at identificere litteratur, der omhandler ledelse af borgerinddragelse og rehabilitering på sundhedsområdet.

Litteraturstudiet er eksplorativt forstået på den måde, at det følger en systematik beskrevet som en PICO-struktur, men derudover anvendes litteratur, som via det kvalitative empiriske arbejde bliver foreslået og viser sig via sneboldeffekt. PICO står for en organisering efter *P Population, I phenomenon of interest, CO afgrænser konteksten for problemstillingen, fx geografiske, kulturelle eller organisatoriske kontekst* (Frandsen , Christensen & Ølholm 2016). Sneboldeffekt betegner, at et studie fører andet med sig på samme måde, som en snebold bliver større, når den ruller i sneen. På denne måde indgår litteratur og empiri i en dialog, som udfolder feltet induktivt og kvalificerer analyserne (Hastrup 2003). Der indgår både artikler, rapporter, evalueringer og monografier i litteraturgennemgangen.

I praksis foregår det på den måde, at bibliotekar og forsker forfølger et spor i den søgte litteratur og systematiserer dette. Den konkrete søgeprotokol er gengivet nedenfor:

## Søgeprotokol

Første søgning i **DanBib/Netpunkt (fællesbase for danske biblioteker)**:

#1 (icf? og sp=dan og år>2010): 26 fund, gennemset, heraf 9 til Refworks til videre gennemsyn

#2 (lem=international classification of functioning, disability and health og år=2010): 3 fund, 2 evt. relevante til Refworks

#3 (Esbjerg-model?) eller (Esbjerg og model?) og sp=dan og år>2010: 4 fund, til Refworks

#4 (koordinator-model? eller koordinatormodel?) eller (model? og koordin? og sp=dan og år>2010): 6 fund, 1 til Refworks

#5 (indsats? eller redskab? eller værktøj? eller metode? eller samtale? eller guid?) og sp=dan og år>2010 og (borgerinddrag? eller borgerinddrag? eller patientuddanne? eller empower?) og sp=dan og år>2010: 86 fund, 16 til Refworks

#6 ((indsats? eller redskab? eller værktøj? eller metode? eller samtale? eller guid?) og sp=dan og år>2010) og (hverdagsrehabilitering? og sp=dan og år>2010): 6 fund, 2 til Refworks

#7 (borger-hjul? eller borgerhjul?) eller (samtale-hjul? eller samtalehjul?): 0 fund

#8 indsatskatalog?: 8 fund, 2 til Refworks

#9 (funktionsevne? og vurder? og år>2010) eller (funktionsevnevurdering? og år>2010): 17 fund, 3 til Refworks

#10 (funktionsevne? og mål? og år>2010) eller (funktionsevnemåling? og år>2010) 36 fund, 5 til Refworks

#11 (funktionsevne? og udred? og år>2010) eller (funktionsevneudredning? og år>2010): 4 fund, 1 til Refworks

(client-centric?) eller (klient-centr? eller klientcentr?) eller ((client-centered eller client-centred)) og år=2010: 31 fund, 3 til Refworks

#12 (client-centric?) eller (klient-centr? eller klientcentr?) eller ((client-centered eller client-centred)) og sp=dan: 62 fund, 10 til Refworks

#13 #13 (client-centered eller client-centred) og år>2010): 109 fund, 3 til Refworks

#14 (feedback informed treatment): 5 fund, 4 til Refworks

#15 (borgeren i centrum og år>2010): 20 fund, 8 til Refworks

#16 (beslutningsstøtte? og redskab?): 2 fund, ikke relevante

#17 (forventningssamtale? eller motivationssamtale?): 37 fund, 8 til Refworks

#18 samtaleguide?: 9 fund, ingen valgt

#19 (borgerindflydelse? eller borgerinddragelse?) og rehabil?: 36 fund, 9 til Refworks

#20 bruger? og inddragelse?: 79 fund, 5 til Refworks

#21 helhedsorienteret og rehabil?: 11 fund, 2 til Refworks

#22 lem=rehabilitering og inddrag?: 17 fund, 3 til Refworks

#23 Guidet Egen-Beslutning?: 9 fund, 4 til Refworks

#24 lfo=zoffmann vibeke: 9 fund, 4 til Refworks

#25 lfo=terkelsen susanne: 0 fund

I alt 108 referencer til gennemsyn

## Hjemmesider:

Publikationer fra de enkelte hjemmesider fundet ved gennemsyn via faneblade og evt. søgefacilitet:

Danske Regioner, <http://www.regioner.dk/>

Kommunernes Landsforening, <http://www.kl.dk/>

VIVE, <http://www.VIVE.dk/>

MarselisborgCentret, <http://www.marselisborgcentret.dk/>

Platform for Borgerindflydelse, <http://www.borgerindflydelse.dk/>

Rehabiliteringsforum Danmark, <http://www.rehabiliteringsforum.dk/>

SFI, <http://www.sfi.dk/>

Socialt Udviklingscenter SUS, <http://www.sus.dk/>

Sundhedsstyrelsen, <https://sundhedsstyrelsen.dk/>

Videncenter for Borgerinddragelse, <http://www.vibis.dk/>

I alt 38 publikationer lagt i Refworks til videre gennemsyn

Google: Søgt på følgende søgeord og de første tre til fire sider gennemset for evt. relevante publikationer, som er indlagt i Refworks til videre gennemsyn:

Esbjerg-modellen, samtalehjulet, ICF, koordinator-model, hverdagsrehabilitering, borgerinddragelse, individuel borgerinddragelse, borgeren i centrum, guidet egen-beslutning, motivationssamtale, motiverende samtale, Client-centric/client-cent(e)red/person-cent(e)red, personcentreret model/pleje/behandling

I alt 93 publikationer lagt i Refworks til videre gennemsyn.

Alle søgesæt er gennemset og eventuelle relevante fund er overført til en Refworks-base til videre gennemsyn. Der er endvidere gennemset ti forskellige danske hjemmesider, jævnfør bilag 1. De er gennemgået via søgefunktionalitet og eventuelle emneindgange, og fundene er lagt i basen til gennemsyn. Til sidst er foretaget Google-søgning på de i bilaget angivne søgeord. De første tre til fire sider er gennemset for hver søgning, og eventuelt relevante fund lagt i Refworks-basen. Samlet gav søgningen 239 fund.

Litteraturgennemgangen er foretaget som en kvalitativ gennemgang af de i alt 239 referencer, hvor titler blev forholdt til det empiriske materiale. På denne baggrund blev 76 referencer ekskluderet.

## Kategorisering af artikler

Der er kategoriseret efter følgende tematikker i titler. Det er generiske elementer, som forskeren har identificeret i dialog med empiri fra dataindsamlingen samt centrale informanter. Disse tematikker er anvendt som inklusionskriterier i første sortering.

### **Følgende nøgleord blev anvendt som inklusionskriterier**

- Ledelse
- Organisation
- Relation ml. behandler og borger
- Tid
- Shared decisionmaking/brugerstøtte om træning, rygning, netværk, cafe
- Spredning
- Esbjerg-modellen, inkl. borgerhjulet og samtalehjulet
- Redskaber/værktøjer
- Borgerinddragelsesmodeller
- ICF-baseret model
- Samtalemodeller
- Partnerskab, inddragelse, involvering, deltagelse?
- Rehabilitering og livskvalitet
- Rehabilitering og effekt
- Rehabilitering og økonomi
- Effektstudie
- Tværdiagnostiske.

Ligeledes er følgende nøgleord og sammenhænge anvendt som eksklusionskriterier. Dette er eksklusionskriterier, der udspringer af formålet med litteraturstudiet:

- Eksklusiv empirisk værktøjsbeskrivelse
- Lovgivning, standarder og politik
- ICF-kodebeskrivelse eller håndbogsmateriale
- Fagspecifikt værktøj eller politik (fx sygeplejersker eller læger)
- Diagnosespecifik (fx KOL, diabetes, hjerteklap)
- Samskabelse
- Politik – dokumenter og hensigtserklæringer
- Projektbeskrivelser
- Sociale område
- Handikapområde.

Der blev læst abstract på de resterende referencer. Herefter blev 53 referencer yderligere ekskluderet efter samme kriterier.

3. sortering foregik på baggrund af abstract og delvis fuldttekstlæsning. 16 tekster blev valgt og fordelt på 1) empiriske eksempler fra Danmark (bilagstabel 1.1), 2) verificerede og videnskabeligt dokumenterede inddragelsesmodeller i sundhed (bilagstabel 1.2) og 3) artikler og rapporter om inddragelse og ledelse på sundhedsområdet (bilagstabel 1.3).

**Bilagstabel 1.1** Oversigt over referencer

| Antal | Kildetype   | Database                  |
|-------|---|---------------------------|
| 107   | Referencer til gennemsyn  | Database: DanBib/Netpunkt |
| 38    | Publikationer til gennemsyn   | Hjemmesider               |
| 93    | Publikationer til gennemsyn   | Googlesøgning             |
| 6     | Anbefalede referencer vedr. danske empiriske modelerfaringer med rehabilitering og sundhed som er evalueret |                           |
| 3     | Anbefalede referencer vedr. validerede metode og modelbeskrivelser til borgerinddragelse og rehabilitering  |                           |
| 7     | Anbefalede referencer vedr. borgerinddragelse og ledelse i sundhed  |                           |

## De udvalgte publikationer

Et antal artikler og rapporter er identificeret som relevante på baggrund af ovenstående søgning. Disse blev fordelt på tre overordnede kategorier. Nedenfor vises en tabel over studier og de enkelte studiers hovedkonklusioner samt væsentlige analytiske pointer med relevans for vores undersøgelse.

Nedenfor er listen med lignende kommunale og metodiske tiltag, der fokuserer på borgerinddragelse og rehabilitering på sundhedsområdet (rapporter), som er fremkommet via litteratursøgningen.

**Bilagstabel 1.2** Empiriske model-erfaringer med rehabilitering og sundhed som er evalueret

| Forfatter  | Titel  | Udgivelsesår |
|--|--|--------------|
| Region Sjælland og Health Navigator.             | Analyse af forudsætninger for øget patientkvalitet og ressourceeffektivitet gennem aktiv patientstøtte i Region Sjælland | 2014         |
| Tonnesen, M., Sørensen, J. B. & Henriksen, K. N. | Grib Hverdagen. Slutevaluering. Kommunal rehabilitering  | 2012         |
| Rostgaard et al.                                 | Medhænderne i lommen. Borger og medarbejders samspil og samarbejde i rehabilitering                                      | 2016         |
| Faxe Kommune                                     | Godt Liv - Hver Dag. Evaluering. Projekt Hverdagsrehabilitering i Faxe Midt  | 2013         |
| Frederikssund Kommune                            | Evaluering af Projekt Hverdagsrehabilitering.  | 2012         |
| Handberg, C., Modvig, J. & Vinther Nielsen, C.   | Evaluering af rehabiliteringsindsatsen: over for borgere med kronisk sygdom i Brønderslev kommune 2012                   | 2012         |

Analyse af forudsætninger for øget patientkvalitet og ressourceeffektivitet gennem aktiv patientstøtte i Region Sjælland beskriver en indsats i forhold til såkaldte ressourceetunge målgrupper, der har mange sundheds- og omsorgskontakter, der giver organisatoriske udfordringer for at få indsigt i, hvad der driver deres forbrug og omkostninger. Aktiv patientstøtte er en midlertidig og individuel støtte, som består i en indledningsvis udredning af borgerens sygdoms- såvel som livssituation, og en række opfølgninger pr. telefon. Forsøget viser, at et gennemsnitligt støtteforløb varer ca. seks til ni måneder, men forløbet tilpasses individuelt. Forløbet er et supplement til den standardbehandling, der allerede tilbydes til patienterne i dag, og som projektet ikke ændrer ved.

Dokumentet fra projektet "Grib hverdagen" beskriver en indsats i Aarhus Kommune, hvor alle borgere principielt får tilbudt en rehabiliteringsindsats med det formål at blive selvhjulpne. Resultaterne af evalueringen understreger vigtigheden af fokus på organisering omkring faste tværfaglige rehabiliteringsteams. Borgeren bliver mødt af et tværfagligt team, hvor man i samarbejde med borgeren

sørger for, at der bliver taget hånd om alle borgerens behov og potentialer (Tonnesen , Sørensen & Henriksen 2012).

I rapporten "Med hænderne i lommen. Borger og medarbejders samspil og samarbejde i rehabilitering" evalueres et tættere samarbejde mellem kommune og de ældre borgere i Middelfart og Svendborg Kommuner, efter de har indført rehabilitering. Undersøgelsen viser, at det styrker samarbejdet tværfagligt med institutionalisering af faglig udveksling. Undersøgelsen viser også, at borger og medarbejder ikke altid er enige om fælles mål for selvhjulpethed, og der ofte er andre ting på spil end fysisk selvhjulpethed. Denne model har også borgerinddragelse i fokus. Medarbejderne er opmærksomme på, at de skal inddrage borgeren, men det er ikke altid klart, hvordan man gør det på den bedste måde.

"Godt Liv - Hver Dag" er også en evaluering af en hverdagsrehabiliteringsindsats. Indsatsen bygger på en tværfaglig tilgang i et tværfagligt team. Der knyttes kompetenceudvikling til indsatsen, og der anvendes et struktureret redskab "COPM-samtalen" til den indledende samtale med borgeren. Der efterlyses egentlige effekter af indsatsen. 29 borgere ud af de 36, der indgik i projektet, har fået visiteret mindre tid til hjemmepleje (Faxe Kommune 2013).

Frederikssund Kommune har ligeledes haft et projekt om hverdagsrehabilitering og inddragelse.

Baseret på analysen og erfaringerne blandt projektets medarbejdere anbefales det, at der fremadrettet er fokus på fortsat kompetenceudvikling, anvendelse af relevante hjælpemidler og fælles forståelsesramme af hverdagsrehabilitering. Der er ikke nogen eksplicit inddragelsesvinkel i projektet (Frederikssund Kommune 2012).

I 2006 etableredes Rehabiliteringsafdelingen i Brønderslev Kommune som et projekt; "Det gode sammenhængende rehabiliteringsforløb". Projektet blev gennemført i et samarbejde mellem Brønderslev Kommune og MarselisborgCentret, CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland. Rehabiliteringsafdelingen er på baggrund af projektet etableret som et fast tilbud til kommunens borgere med kronisk obstruktiv lungelidelse, type 2-diabetes og hjertekarsygdom. Indsatserne har været tværdiagnostiske men med træning på diagnosespecifikke hold med en tværfaglig tilgang. Der er fokus på forløbstænkning mellem sygehus og kommune. Projektet har identificeret, at fysiske, psykiske og sociale faktorer bør styrkes samlet i den rehabiliterende tilgang. Den kvalitative og kvantitative evaluering beskrives generelt som positiv, men der mangler egentlige effektmål.

### **Bilagstabel 1.3** Validerede metode- og modelbeskrivelser til borgerinddragelse og rehabilitering

| Forfatter  | Titel   | Årstal |
|--|---|--------|
| Martin, H. M., Bredahl Jacobsen, C., Nørrekjær, K.M.S., Dali, E.I., Hamburger, M. & Kallede Sø, S. | Dialogstøtteredskaber: Konkrete veje til patientinddragelse       | 2009   |
| Zoffmann, V.   | Guidet Egen-Beslutning  | 2005   |
| Ivarsson, B. H.  | MI. Motiverande samtal: praktisk handbok för hälso-och sjukvården | 2016   |

To væsentlige publikationer vedrørende redskaber til både individuel og organisatorisk borgerinddragelse er ovenstående. Redskaberne, der bliver præsenteret her, er kvalificerede ved en systematisk afprøvning samt international litteratur. Modeller til patientuddannelse er sorteret fra.

Kataloget med "Dialogstøtteredskaber: Konkrete veje til patientinddragelse" præsenterer ni konkrete redskaber, der kan hjælpe patient og pårørende med at gå i dialog med sundhedspersonalet. Kataloget er særlig rettet mod individuel borgerinddragelse uden for den kommunale kontekst. For eksempel sygehuse og praktiserende læger. Desuden indeholder kataloget anbefalinger til udviklingen af egne redskaber. De præsenterede redskaber skal hjælpe patient og pårørende ved at øge deres vidensniveau, forberede dem til møder med de sundhedsprofessionelle og støtte dialogen mellem patient samt behandler (Martin et al. 2009).

"Guidet Egen-Beslutning" er en anerkendt og videnskabelig metode til beslutningsstøtte. Den er udviklet inden for diagnosegruppen diabetes, men kan anvendes til borgere med andre diagnoser. Dette studie beskriver, hvordan medarbejderne oplever, at de ændrer deres tilgang og måde at tænke på i forhold til patienten, når de arbejder med brugerstøtteværktøjet Guidet Egen-Beslutning (GEB) udviklet af Vibeke Zoffmann (Zoffmann 2005).

Den motiverende samtale er en samtalemethode, som fokuserer på motivation og handlekompetencer til ændring af fx livsstil. Den anvendes både inden for det sociale, psykiske og sundhedsmæssige område. Den er en kendt metode i kommunalt borgerrettet arbejde og rehabilitering. Denne nyere håndbog tager læseren grundigt igennem teori og praksis vedrørende motiverende samtale (Holm Ivarsson 2016).

### Ledelse af borgerinddragelse og rehabilitering på sundhedsområdet

Denne del af litteratursøgningen afdækker empiriske beskrivelser og opsamlinger samt drøftelser vedrørende ledelse af borgerinddragelse og rehabilitering på sundhedsområdet. Der indgår rapporter og artikler.

#### Bilagstabel 1.4 litteratur om ledelse af borgerinddragelse

| Forfatter                                    | Titel   | Udgivelsesår         |
|--|---|----------------------|
| Kjær, Peter & Reff, Anne                     | Ledelse gennem patienten: nye styringsformer i sundhedsvæsenet  | 2010                 |
| Coulter, Angela                              | Coulter, A. Leadership for patient engagement.  | The Kings Fund 2012. |
| Swensen                                      | Quality: The Mayo Clinic Approach   | 2009                 |
| Navne, Nielsen, Jacobsen                     | Forventningssamtalen. Et borgerinddragelsestiltag på Glostrup Hospital, N38. København:                   | 2011                 |
| Holm-Petersen, C og Navne, L. Emdal          | Hvad er ledelse af borgerinddragelse? En gennemgang af mål og tre individuelle borgerinddragelsesmodeller | 2015                 |
| Christina Holm-Petersen og Laura Emdal Navne | Ledelse af borgerinddragelse.   | 2013                 |
| Brorholt, Grete                              | Bedre borgerinddragelse kræver mere end gode intentioner  | 2016                 |

Forfatterne til bogen "Ledelse gennem patienten: nye styringsformer i sundhedsvæsenet" beskriver en række casestudier om, hvordan nye former for styring etableres, når patienten sættes i centrum. Der er især fokus på organiseringsprocesserne i forbindelse med patientorienteringen (Kjær & Reff 2010).

Coulter (2012a) artikel diskuterer fordelene ved patientinddragelse i en strategisk tilgang. Coulter har videnskabeligt og advokatorisk talt for inddragelse af borgere og patienter i sit virke som forsker. Denne artikel, udvalgt blandt andre, konkluderer, at ledelse er centralt i udvikling og fastholdelse af borger- og patientinddragelse. Ledelsen skal ansætte, efteruddanne og belønne medarbejdere, der bærer værdier om brugerorientering (Coulter 2012b). Strategisk ledelse af inddragelse berører blandt andet systematisering af borgerinddragelse (Coulter, 1997) og uddannelse af medarbejdere.

Strategisk ledelses forstås her som synligt engagement fra personalet og ledelse på alle forskellige niveauer i organisationen.

I sin beskrivelse af Mayo Clinics strategiske arbejde med patienterfaringer og patientinvolvering adresserer Swensen også ledelse. Væsentligst synes at være synlig ledelse, der belønner, uddanner og sanktionerer samt leder efter de værdier, som organisationen har sat. Ledelsen skal leve værdier både udadtil i kommunikation og indadtil i belønningsstrukturer.

Hovedkonklusionen i Holm-Petersen og Emdals rapport (2013) og artikel (2015) er, at der skal sættes mål for borgerinddragelse på lige fod med andre kvalitetsmål, der skal allokeres midler til, og organiseringen af arbejdsgange. Disse elementer er identificeret på baggrund af en empiriske undersøgelse. Der identificeres også syv mål med borgerinddragelse, der skal medtænkes, når indsatser målrettet borgerinddragelse sættes i gang (Holm-Petersen & Emdal 2013). Forfatterne opstiller en række punkter vedrørende ledelse af borgerinddragelse.

Ledelsesarbejdet er helt centralt i arbejdet med borgerinddragelse på hospitalerne. Det er en ledelsesopgave at sikre, at man får ambitionerne indfriet. Rapporten "Ledelse af borgerinddragelse" stiller skarpt på ledelse i borgerinddragelse med det formål at fremme refleksion om, hvordan ledere kan bidrage til en ny og mere borgerinddragende hverdag i sundhedsvæsenet. Rapporten gennemgår tre cases fra Glostrup Apopleksienhed med Den Involverende Stuegang, Aarhus Epilepsiambulatorie med Ambuflex og Frederiksberg Ortopædkirurgisk afdeling med kvalitetsmøder, patientdagbøger og journal på USB-nøgle (2013). Rapporten opstiller en række mål og anbefalinger, der skal være til stede, for at borgerinddragelse kan virke (bæredygtigt) (Holm-Petersen & Emdal 2013).

I en undersøgelse af frontpersonalet på fire hospitaler, siger de ansatte, at de gerne vil inddrage patienter og pårørende i højere grad, end de allerede gør i dag. Men den gode vilje er ikke nok. Bedre borgerinddragelse kræver ifølge de sygehusansatte blandt andet ledelsesmæssig prioritering, rammer, uddannelse og flere kompetencer (Brorholt 2016).

## Opsamling

Samlet set giver de empirisk baserede rapporter indblik i en række kommunale aktiviteter, hvor inddragelse af borgeren i rehabilitering er central. Studierne viser varierende grad af opmærksomhed på det inddragende element i forhold til begrænsning af ydelser som et ekspliciteret mål. På baggrund af overblikket kan det overordnet konkluderes, at Esbjerg-modellen til sammenligning er mere gennemarbejdet og integrerer værdier vedrørende rehabilitering, kvalitet, inddragelse og ressourcer. De empiriske studier, der er gennemgået her, efterlyser alle bedre effektmål.

Overordnet kan det på baggrund af litteraturgennemgangen konkluderes, at de ledelsesmæssige tiltag, der ser ud til at være implementeret i Esbjerg-modellen, kan verificeres og kvalificeres i den (dog begrænsede) litteratur om borgerinddragelse, ledelse og rehabilitering. På baggrund af de projektbeskrivelser og den videnskabelige interesse, der også viser sig ved litteratursøgningen, kan man dog forvente, at dette område vil vokse i løbet af de næste par år.

Endelig viser den sporadiske litteratur, at der mangler studier af effekten af borgerinddragelse i rehabilitering og den sundhedsmæssige effekt af bruger-/borgerinddragelse generelt.



**VIDEN I  
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-  
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD