

Borgerdesign fra 2020

Oplæg til KOSU

1. Hvad er Borgerdesign
2. Resultater fra de to første nedslag i INEVA's eksterne evaluering
3. Borgerdesign spiller sammen med Sundhedsaftalens visioner
4. Leverancer
5. Tidslinje for Borgerdesign med ejerkreds, opgave og effekt

Hvad er metoden At borgerdesigne?

- / Et bidrag til tværsektorielle beslutningsprocesser ved at koble borgerperspektiver direkte på de strategiske ledelser på tværs af sektorer
- / En undersøgelse af komplekse problemstillinger inden for rammen af Sundhedsaftalen ved at "gå rundt i problemet" og samle såvel borgerperspektiver, som perspektiver fra regionale og kommunale medarbejdere og ledere
- / Formulering af Mulighedsrum, som er en reframing af den oprindelige problemstilling.
- / Aflevering af Mulighedsrum til forskellige strategiske ledelsesniveauer, og derved bidrage til et uddybet besluningsgrundlag, som danner afset for ny strategisk retning og efterfølgende handling.

Metoden åbner for den vertikale dialog og for processer, der involverer såvel patienter, pårørende, medarbejdere, ledere og politikere. Den vertikale dialog op og ned i styringskæden er et afgørende supplement til det horisontale, strategiske samarbejde på tværs af sektorerne, som Sundhedsaftalen rammesætter. Det ved vi fra RUC-professor Eva Sørensen, som peger på, at innovation og nytænkning hverken kommer fra oven eller fra neden, men opstår i mødet mellem det overordnede strategiske perspektiv og det konkrete arbejde med at få tingene til at virke i praksis.

Det nye ved metoden At borgerdesigne

Som én metode til inddragelse blandt mange er At borgerdesigne kendetegnet ved, at borgere og fagprofessionelle er med hele vejen i processen. Analysen af datamaterialet fra samtalerne sker i såkaldte fælles tolkninger, hvor de, der er berørt af problemet, kontinuerligt validerer de indsamlede data og peger på de manglende. Metoden er som design-metoder involverende, motiverende og skaber ejerskab fra start. Metoden At borgerdesigne er endvidere kendetegnet ved at rette sig mod det organisatoriske niveau og særligt de tværsektorielle organiseringer. Den supplerer således metoder som fælles beslutningstagning, der fokuserer på inddragelse af den enkelte patient, ved også at have ledelse som målgruppe og udvikling af det tværsektorielle samarbejde som mål.

Hvor og hvornår anvendes metoden At borgerdesigne?

Metoden er blevet brugt i forbindelse med indsatsområder udpeget af øverste ledelsesniveau i klynge-samarbejdet. Det har været tidligere været Psykisk sårbare unge og Unge med diabetes 1. Pt. er det Livets afslutning og Pårørende omkring Psykiatriens Hus i Aarhus. Derudover er metoden brugt i en række mindre projekter med behov for systematisk inddragelse, som f.eks. ny diabetes handleplan i Aarhus. Senest har Borgerdesign stået for en omfattende inddragelsesproces i forbindelse med udvikling af Lemvig Sundhedshus. I denne proces deltog såvel kommunale og regionale politikere på forskellige tidspunkter, og det illustrerer, at de politiske niveauer igennem de sidste to år har vist stor interesse for metoden. Borgerdesign har således været inviteret ind til at lave processer for såvel midlertidige udvalg i kommune

og region, som regionsrådet. Generelt har der endvidere – ofte med afsæt i de åbne workshops, som Borgerdesign løbende afholder - været vist stor interesse for metoden fra kommuner, regioner, uddannelsesinstitutioner, og Borgerdesign har været inviteret til at bidrage ved flere nationale konferencer.

Hvad siger evalueringen?

De to første evalueringsnedslag viser, at:

- / Bred interesse for metoden og tænkningen 'at borgerdesigne' - også fra politikerne.
- / Positive erfaringer med afprøvningen af metoden.
- / Brug af metoden har betydet et reelt løft i graden af borgerinddragelse og et større fokus på det ligeværdige møde i inddragelsesprocesser.
- / En kvalificering af beslutningsgrundlag i flere tilfælde og en inspiration for ledere og beslutningstagere til nye handlinger – f.eks. har metoden i Midtklyngens projekt Livets afslutning betydet, at der er igangsat 26 prøvehandling med afsæt i det uddybede beslutningsgrundlag.
- / Der er sket en spredning af metoden gennem workshops og konkret træning af andre i at bruge metoden, så den nu er forankret flere steder såvel i Aarhusklyngen, som i Midtklyngen.

Evaluering

Borgerdesign bliver i perioden 2018-19 eksternt evalueret af INEVA. Evalueringen foregår løbende og tager afsæt i en forandringsteori udarbejdet i samarbejde med styregruppen. Der vil være tre nedslag, hvoraf det sidste i efteråret 2019 også er slutevaluering.

Borgerdesign understøtter Sundhedsaftalens fire visioner

MERE LIGHED I SUNDHED – SOCIALT OG GEOGRAFISK

"..... Vi vil derfor tilpasse vores indsatser til den enkelte borger (differentierede indsatser) og understøtte den enkelte borger i at styrke sine sundhedskompetencer. Vi skal tilbyde mere støtte og koordinering af indsatsen til de borgere, der har behov for dette....."

- / Borgerdesign bidrager med de mange perspektiver og en bredere forståelse af borgernes reelle behov og muligheder for aktivt medspil. Og viser ved formuleringen af Mulighedsrum for specifikke problemstillinger, hvad der på tværs af sektorerne skal til for koordinere indsatsen for de borgere, der har brug for det

PÅ BORGERENS PRÆMISSER

"...Vi vil samtidig arbejde på at gøre borgerne til medproducenter af sundhed. Både egen og andres. Vi ved fx, at det betyder noget for ens sundhed og livskvalitet at være en del af et fællesskab. Derfor vil vi også samarbejde med pårørende, foreninger og frivillige om opgaveløsningen...."

- / Borgerdesign bidrager med den metodiske tilgang til at gøre borgerne til medproducenter af sundhed, fordi alle aktører i de problemstillinger, der undersøges, bliver inddraget og derved motiveret til at blive del af opgaveløsningen.

SUNDHEDSLØSNINGER TÆT PÅ BORGEREN

"... Sundhedsløsninger tæt på borgeren handler ikke kun om at omlægge indsatser og flytte personaleressourcer og tilbud ud i hjemmet. Det handler også om at understøtte borgerens ansvar og mulighed for egen sundhed og behandling...."

- / Borgerdesign bidrager med en dybere forståelse af det levede liv og samspillet mellem det, borgeren kan tage ansvar for og den indsats de sundhedsfaglige skal bidrage med.

MERE SUNDHED FOR PENGENE

"...Der skal ikke være parallelle tilbud, men de skal løses i de rammer, der giver mest værdi for borgerne, for sundhedstilstanden og for samfundsøkonomien...."

- / Borgerdesign bidrager med et bredere beslutningsgrundlag, som samler perspektiver fra hospital, primærsektor, patienter, pårørende og civilsamfund og herigennem peger på såvel overflødige, som manglende sundhedstilbud.

Borgerdesigns leverancer

Borgerdesigns arbejde tager afsæt i det koncept med eget logo, som fra efteråret 2019 ligger klar i en opdateret version på borgerdesign.dk. Konceptet sikrer med principper, værktøjer og konkrete skabeloner en systematisk tilgang til inddragelsesprocesserne. Centralt er ligestilling mellem borger- og systemperspektiver, og en anerkendelse af, at inddragelsesprocesser er komplekse og demokratiske, og derfor kræver en grundig planlægning og mobilisering.

Sundhedsstyrelsen prioriterer de store borgerdesign forløb, som går i dybden med at finde de mange perspektiver på en kompleks problemstilling under sundhedsaftalen. Et eksempel på et stort forløb er projektet Livets afslutning i Midtklyngen. Borgerdesign light forløb, som anvender elementer af metoden skal udbydes til klyngerne, så de kan melde behov og ønsker ind, hvorefter der kan ske en prioritering og planlægning. Et light forløb kunne f.eks. være samtalsaloner, mindre borgermøder og processer, hvor Borgerdesign giver sparring og har en mindre udførende rolle.

Spredning af viden fra de forskellige borgerdesignprocesser sker ved løbende feedback til de involverede aktører på forskellige niveauer. Viden fra de store forløb afleveres endvidere på øverste strategiske niveau til sundhedsstyrelsen.

Med tre årsværk i Borgerdesign vil ressourceforbruget årligt kunne se sådan ud:

\	Kompetenceudvikling	
○	4-8 workshops	200 timer
○	Sidemandsoplæringer	100 timer
\	Ad hoc leder sparring på tværsektorielle projekter	200 timer
\	1-2 Borgerdesign light – forskudt i tid	1100 timer
\	1-2 Borgerdesignproces fuld skala – forskudt i tid	1100 timer
\	Opkvalificering af koncept	100 timer
\	Spredning, f.eks. oplæg på konferencer m.v.	100 timer
\	Nødvendig buffer*	300 timer
I alt		<u>3300 timer**</u>

*Erfaringen har vist, at borgerinddragelsesprocesser kan blive mere tidskrævende end forventet. Dels fordi det ikke altid er ligetil at finde frem til de relevante borgere, og dels fordi samarbejdet på tværs med aktører med meget forskellige forudsætninger og baggrunde, løbende kræver et særligt formidlings- og oversættelsesarbejde for at nå i mål med processerne.

**afsæt for timerforbruget er et konsulentårsværk på 1100 timer i Koncern HR Udvikling, RM

Tidslinje for Borgerdesign



EJERKREDS: AUH, Psykiatri og social, RM, almen praksis og de tre magistratsafdelinger i AaK: MSO, MSB og MBU. Delt ledelse mellem: sundhed- og omsorgschef Kirstine Markvorsen, MSO og centerchef Eva Sejersdal, AUH. Borgerdesign har 3 medarbejdere, og et budget på 2.25 mio/år.

OPGAVE: Som et fælles eksperiment i det tværsektorielle sundhedssamarbejde at udvikle en metode, der lader borgere som erfaringseksperter inspirere ledere til at tage beslutninger, der understøtter det levede liv.

EFFEKT: Version I af metoden At borgerdesign er udviklet og afprøvet i problemstillinger fra det tværsektorielle sundhedssamarbejde i Aarhus klyngen. Borgerdesign forlænges i 2 år og opskaleres med en større ejerkreds.



EJERKREDS: Kommunerne i Aarhusklyngen og Midtklyngen, almen praksis og Region Midtjylland. Organiseret med en styregruppe og daglig ledelse hos kontorchef Karen Ingerslev, Koncern HR Udvikling, RM. Borgerdesign har 2-3 medarbejdere med budget 1.4 mio/år med underskudsgaranti.

OPGAVE: Spredning og opkvalificering af metoden At borgerdesign i samarbejde med tværsektorielle projekter i Aarhusklyngen og Midtklyngen. Kompetenceudvikling af kommunale og regionale medarbejdere i klyngerne i metoden At borgerdesign.

FORVENTET EFFEKT: Et kvalificeret og afprøvet koncept for metoden At borgerdesign med principper og værktøjer. Afprøvning af samarbejde med større tværsektorielle projekter, hvor Borgerdesign leverer metode. Afslutning af projektperioden og en model for fremtidig drift af Borgerdesign forankret i Koncern HR Udvikling, RM.



EJERKREDS: Sundhedssamarbejdet i Region Midtjylland. Organiseret med en styregruppe, daglig ledelse hos kontorchef Karen Ingerslev, Koncern HR Udvikling, RM og i tæt kontakt med fællessekretariatet. Budgettet på 2 mio./år dækker tre stillinger + overhead. Finansiering og endelig ejerkreds afklares i sundhedsstyregruppens formandskab.

OPGAVE: At sikre at borgerperspektiverne altid er en del af beslutningsgrundlaget for den strategiske ledelse på tværs af sektorer. Det skal ske ved at bidrage med kompetencer til Borgerdesign i forskellige samarbejder med projekter og initiativer omkring de store sundhedsudfordringer, som sundhedsaftalen rammesætter.

FORVENTET EFFEKT: Virkeliggørelse af sundhedsaftalens vision På borgernes præmisser

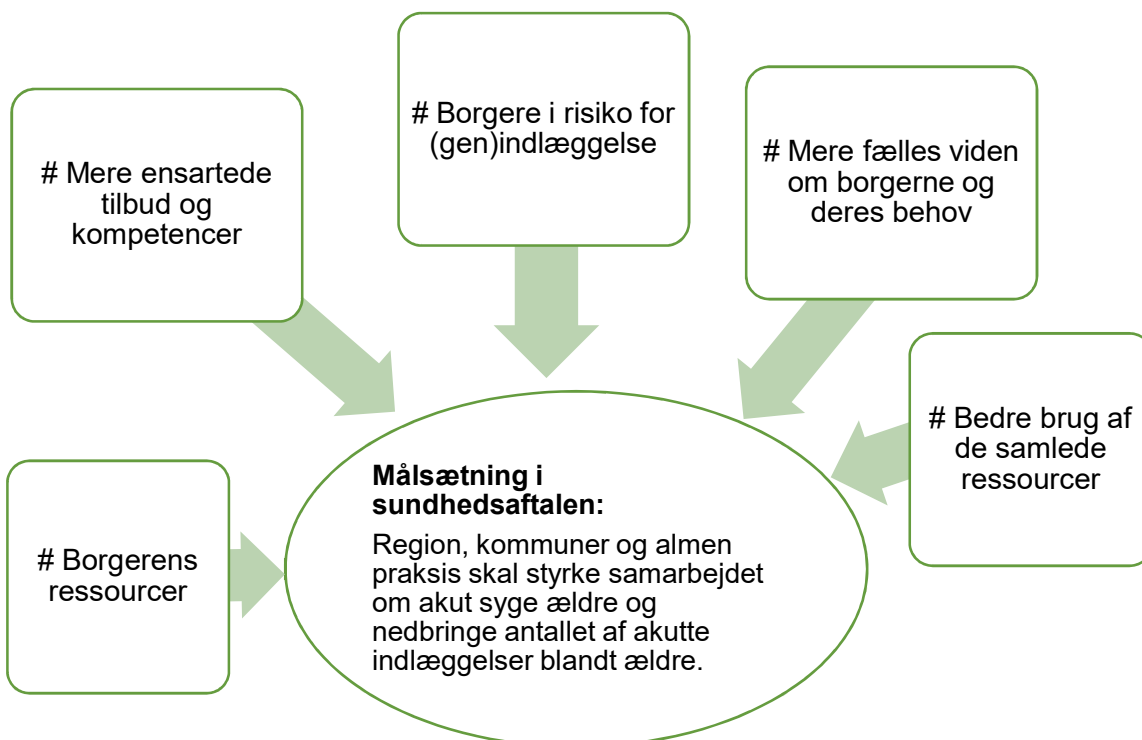
Fælles handlinger i forhold til ældre borgere med akut sygdom

- De næste skridt på akutområdet

Et af de prioriterede indsatsområder i sundhedsaftalen 2019-23 er 'Sammen om ældre borgere – først med fokus på akutområdet'.

Der er udarbejdet en handleplan, der beskriver de første handlinger i udmøntningen af dette indsatsområde. Grundlaget for forslaget er de fem spor og anbefalinger til det tværsektorielle samarbejde på akutområdet, som Sundhedskoordinationsudvalget godkendte på møde 30. april 2019.

De fem spor for udvikling af akutområdet er:



En samlet beskrivelse af de fem spor og anbefalinger kan læses på www.rm.dk under møde i [Sundhedskoordinationsudvalget 30. april 2019](#).

Sundhedskoordinationsudvalget finder, at alle spor er relevante, men har prioriteret, at der arbejdes videre med sporet om bedre brug af de samlede ressourcer, og at der herunder i første omgang er fokus på borgere i risiko for genindlæggelse.

Med afsæt i Sundhedskoordinationsudvalgets prioriteringer og de godkendte spor og anbefalinger er der udarbejdet vedlagte handleplan i forhold til det

tværsektorielle samarbejde på akutområdet. Handleplanen er godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget 30. oktober 2019.

Sundhedskoordinationsudvalget får en samlet status på handleplanen efter 1 år, hvorefter behovet for tilpasninger og nye initiativer vurderes. Desuden vil der løbende være behov for at vurdere og tilpasse handleplanen i forhold til eventuelle nye behov og initiativer fx som følge af nationale udspil og lovgivning.



Handleplan – bedre brug af de samlede ressourcer med særlig fokus på (gen)indlæggelser

	Indhold	Forankring	Tid
Brug af data til at forebygge (gen)indlæggelser			
Etik og data – hvor langt vil vi gå?	Øget brug af data til at forebygge sygdom rejser en række etiske spørgsmål. Etiske dilemmaer ved brug af data temasættes i Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget for at rammesætte arbejdet med databaseret forebyggelse.	Sundhedskoordina-tionsudvalget	Igangsættes februar 2020
Populationer for forebyggelse af (gen)indlæggelser	Det undersøges hvilke befolkningsgrupper (populationer) det kunne være særligt relevant at have fokus på i det tværsektorielle arbejde med at forebygge (gen)indlæggelser) – hvilket potentiale vil der fx være ved en fokuseret indsats i forhold borgere på plejehjem eller borgere med bestemte sygdomme?	Sundhedskoordina-tionsudvalget	2. kvartal 2020
Effektiv spredning af viden og indsatser			
Forudsætninger og metode for bedre spredning	Vi skal blive bedre til at dele de gode erfaringer og lære af hinanden. Forudsætninger for effektiv spredning temasættes i Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget, hvorefter den nuværende model for spredning tilpasses og revitaliseres. (Sundhedsstyregruppen har i september 2016 godkendt en fælles model for spredning af initiativer i sundhedsaftalen).	Sundhedskoordina-tionsudvalget	Igangsættes november 2019
Den rette behandling første gang – implementering af fælles indsatser			
Fælles Sundhedsvisitationer – overblik og enkle indgange til alternativer til akutte indlæggelser	Der etableres fælles sundhedsvisitationer på de fem akuthospitaler, der skal vejlede praktiserende læger, vagtlæger og læger i præhospitalet om relevante tilbud i den enkelte klynge til borgere med akut sygdom. Der udarbejdes en samarbejdsaftale om fælles sundhedsvisitationer i alle klynger.	Sundhedskoordina-tionsudvalget	Samarbejdsaftale kan træde i kraft primo 2020

Borgere i kommunale akutfunktioner	Implementering af samarbejdsaftale om samarbejdet mellem praktiserende læger, kommunale akutfunktioner og hospitalet. Herunder tydelighed om det lægefaglige ansvar, når en borger er tilknyttet en kommunal akutfunktion og forsøg med honorering af praktiserende læger for rådgivning/kommunikation i forhold til kommunale akutfunktioner.	Praksisplanudvalget Sundhedskoordina- tionsudvalget	September 2019 - december 2020
Det rette tilbud til borgerne fra første kontakt (satspuljeprojekt mv)	Udbredelse af resultater fra satspuljeprojektet 'Det rette tilbud til borgerne fra første kontakt'. Som en del af projektet er alle klynger i færd med at afprøve forskellige modeller for enten tidlig indsats eller opfølgning efter indlæggelse for de svageste ældre. De samlede resultater vurderes i sammenhæng med anden eksisterende viden på området. Formålet er at få en fælles drøftelse og prioritering af, hvilke indsatser, det er hensigtsmæssigt at arbejde videre med. Afholdelse af læringsseminar i hver klynge samt temadrøftelse i Sundhedsstyregruppen.	Sundhedsstyre- gruppen	1. halvår 2020
Fælles ledelse og organisering – hvordan kommer vi i gang?			
Fælles akutteams i alle klynger?	Kan etablering af fælles akutteams i forlængelse af de fælles sundhedsvisitationer være et sted at starte? Drøftelse af mulighederne, herunder afprøvning af ny spredningsmodel for prøvehandlinger på fællesskabets vegne	Sundhedskoordina- tionsudvalg	2. kvartal 2020

Godkendt på møde i Sundhedskordinationsudvalget 30. oktober 2019