



20. JANUAR 2014

Referater fra gruppedrøftelser ved administrativt dialogmøde den 15. januar 2014 i Brøndby

1. Drøftelse om Sundhedsaftale III

Spørgsmålene lød således:

Hvad skal kommunerne søge at aftale omkring følgende fire temaer?

1. Kvalitet i forløb

Kommuner, region og almen praksis har en fælles opgave i at tilbyde den enkelte borger en indsats af høj kvalitet.

- *Hvordan ønsker kommunerne at arbejde med kvalitet i sundhedsaftalen?*
- *Hvordan kan vi opnå en fælles tværsektoriel opfattelse af, hvad kvalitetsarbejdet indebærer?*

2. Fælles opgaveløsning

Som supplement til at drøfte koordination, varsling mv. mellem sektorerne, ønsker kommunerne i denne aftale at komme et spadestik dybere og drøfte egentlig fælles opgaveløsning – fx shared care løsninger.

- *På hvilke opgaver/områder kunne kommunerne ønske fælles opgaveløsning?*

3. Opgaveoverdragelse

I henhold til LEON-princippet kan der i den kommende sundhedsaftale arbejdes med tydelig og aftalt opgaveoverdragelse. Kommunerne skal have en klar holdning til, hvilke opgaver vi kan/skal løse og være parate til at drøfte opgavernes rette placering, herunder om opgaven kan løses i fællesskab.

- *Hvordan kunne man igangsætte et arbejde om opgaveoverdragelse med regionen i regi af sundhedsaftalen med henblik på at sikre, at overdragelse af opgaver sker hensigtsmæssigt?*

4. Ulighed i sundhed

Sundhedskoordinationsudvalget og kommunerne har bragt ulighed i sundhed op som et tema, vi ønsker at arbejde med i den kommende sundhedsaftale.

- *Hvor ligger det tværsektorielle udviklingspotentiale i at arbejde med ulighed i sundhed?*
- *Skal arbejdet fokusere på bestemte målgrupper – hvilke?*

Bord 1

2) Fælles opgaveløsning og 4) Ulighed i sundhed

- Ulighed i sundhed er et bredt begreb. Er det muligt at pejle sig ind på en fælleskommunal forståelse? Her tænkes ikke på "definition", der jo allerede er beskrevet i litteratur. Handler ulighed i sundhed om ulige adgang til kommunale sundhedsydelser? Skal kommunerne have en målgruppetilgang i arbejdet med temaet? Hvad er det vigtigste fokus for kommunerne i forhold til ulighed i sundhed?
- Kan man tænke ulighed i sundhed sammen med tema to fælles opgaveløsning? Kan tværsektorielt samarbejde om at afklare, hvor man har "fælles" borgere gøre en forskel i forhold til ulighed i sundhed? Borgere der er "kendte" i flere sektorer kan have særlige udfordringer, der bidrager til at skabe ulighed. Kan man i fællesskab målrette/indrette/definere indsatser med udgangspunkt i de fælles borgere?
- Socialpsykiatri: Hvordan samler man de borgere op, der ikke selv "rammer døren" til sundhedsvæsenet? Der efterspørges viden om metoder/evidens.
- Socialt udsatte er overrepræsenteret i forhold til skadestuebesøg. Kan man samarbejde der i højere grad? Det er svært at få borgerne til at give tilsagn om, at kommunen må inddrages.
- Der bør være mindre fokus på opgave "overdragelse" og mere fokus på at tydeliggøre, at "rammesætningen" for en opgave ændres.
- Samarbejde med almen praksis er vigtigt, fordi de kender de socialt udsatte borgere. Det kræver ekstra ressourcer at lave projekter, hvor målgruppen er socialt udsatte fx hvis borgere skal have bisidder med.

Øvrige kommentarer

- Kunne man forestille sig større tværsektorielle projekter fx et hospital med flere optagekommuner med henblik på at sikre større volumen?
- Kan man udvikle projekter, hvor ressourcerne ejes i fællesskab?
- Det er vigtigt, at regionen sikrer gode forudsætninger for samarbejdet med almen praksis.
- Det er vigtigt med tværkommunalt samarbejde. Ensartede tilbud i omegnskommunerne kan gøre samarbejdet med hospital mere smidigt.
- Det er vigtigt at huske på 1813 som ny samarbejdspartner.
- Det er vigtigt med et tilpasset ambitionsniveau i forhold til sundhedsaftalen. Målene skal kunne nås.

Bord 2

1) Kvalitet i forløb

- De koordinerende sygeplejersker er gode til at skabe kvalitet - lægger individuelle planer for borgeren

- Kvalitetsbegrebet bliver hurtigt meget teoretisk – det er meget forskelligt hvilken indsats borgeren skal have i praksis
- Kvalitet er at visitere til den rette ydelse
- At sætte (fælles) ord på hvad kvalitet er, er det første skridt til kvalitet
- På nogle områder ved vi godt hvad kvalitet er, fx genoptræning og rehabilitering hvor der foreligger veldokumenterede indsatser.
- Det er vigtigt at vi tager fat i afgrænsede områder og afprøver og dokumenterer indsatser med henblik på at skabe kvalitet og evidens (begynde fra en ende af)
- Forløbsprogrammerne er et eksempel på et område hvor vi ikke ved meget om kvaliteten og hvor der er stort behov for at få den dokumenteret (evt. arbejde med at skabe den)

2) Fælles opgaveløsning

- Der findes allerede gode erfaringer fra samarbejde omkring psykiatri
- Der bør være mere fokus på fælles tidlige opsporing af psykiske lidelser
- Dobbelt diagnosticerede er et oplagt område at afprøve nye samarbejdsmodeller
- Kan samarbejdet i rehabiliteringsteamsene give os hjælp til gode samarbejdsmodeller?
- Der bør bruges tid på at kigge på gode erfaringer fra andre steder, fx Greve Kommune og Roskilde Sygehus' samarbejde omkring ældre medicinske patienter
- Vi skal være klare på hvem der skal løse hvilke opgaver og i øvrigt lære mere af hinanden med henblik på at finde områder, hvor øget samarbejde er oplagt

3) Opgaveoverdragelse

- Region Syd er nået langt ift. at identificere problemområder. Der hvor der er tvivl, drøftes det i fællesskab (Katalog udsendes til deltagerne)
- Vi vil meget gerne drøfte opgaveoverdragelse med almen praksis
- Vi skal opnå en bedre kommunikation med regionen, hvor vi (som i syd) tager stilling til problemområder i fællesskab og ikke bruger indsamlede informationer til at "slå hinanden oven i hovedet med"

Bord 3

1) Kvalitet i forløb

- Ønske om gensidighed i kvalitetskrav – de skal gå begge veje.
- Generelt ønske om at gøre kvalitet målbar. Eksempelvis trækkes ventetid til udredning/behandling samt hjemtagning af færdigbehandlede patienter frem.
- Vigtigt, at der skabes et oplyst handlingsgrundlag for den næste aktør i forløbet.
- Information til borgeren og borgerinddragelse er et vigtigt for kvaliteten i forløbene.
- Endvidere er det væsentligt at få regionen til at tænke i rehabilitering og øge helhedsforståelsen. Især på psykiatriområdet risikerer man ellers at den regionale behandling og den kommunale støtte trækker i hver sin retning.
- Ventetid blev nævnt som afgørende for kvaliteten i forløbet. Ventetid til udredning og/eller behandling betyder, at kommunerne får dårligere patienter ud. Det opleves, at forpligtelsen

altid går mod kommunerne. Problemstillingen er søgt taget op i samordningsudvalg, men uden resultat.

- Der var et ønske om øget monitorering/ledelsesinformation om ventetid. Demensområdet og hjerneskadeområdet blev nævnt som eksempler på relevante områder. Endelig blev det foreslået at man måler på ventetid på de områder, hvor der er forløbsprogrammer.
- Endelig blev audits nævnt som redskab til fælles kvalitetsudvikling.

2) Fælles opgaveløsning

Områder, hvor det er oplagt at have fælles opgaveløsning:

- Borgere med dobbeltdiagnoser
- Ældreområdet – især omkring akutpladser (skal understøttes af lægelige kompetencer – ønske om "stuegang" fra almen praksis)
- Psykiatri

Derudover blev nævnt:

- Modningsprojekt i planområde Midt om den ældre medicinske patient (ved risiko for genindlæggelse kommer de medicinske speciallæger ud i hjemmet eller kan kontaktes pr. telefon)
- Eksempel omtalt i Danske Kommuner om aftale mellem Greve og Roskilde Kommune samt praktiserende læger om akutpladser.

Der opleves et behov for at skabe fora, hvor de tre sektorer mødes og drøfter kvalitet i indsatsen. Endvidere behov for at skabe nye erfaringer på området – fokus på måling, evaluering, opfølgning.

3) Opgaveoverdragelse

- Ønske om at tage inspiration fra Region Midtjylland og Syddanmark, som er længere fremme end os ift. opgaveoverdragelse.
- En fremgangsmåde kunne være, at man ser på de forventede opgaver de næste 4 år og bliver enige mellem region og de 29 kommuner om, hvordan vi håndterer opgaveoverdragelse – vigtigt at de 29 kommuner står sammen om et fælles udgangspunkt.
- Fint, at der aktuelt er beregnet omkostninger ved hjemmedialyse – blot ikke enighed om beregningerne → behov for etablering af et mindre forum, der kan regne sammen (vigtigt at kommunerne deltager!).

4) Ulighed i sundhed

- Det er svært at håndtere, når en psykisk sårbar borger kommer ind på et somatisk hospital.
- Vigtigt at inddrage borgeren i, hvad der ønskes fra region og kommune i stedet for at fortælle, hvad borgeren skal have (inddragelse af sårbare).
- Krav om ansættelse af socialsygeplejersker på hospitalerne (men det er vist nok vedtaget, at de kommer på alle hospitaler – usikkert om det også gælder psykiatriske hospitaler, hvor det er yderst relevant)
- Dobeltdiagnoser nævnes som et område, hvor der ikke er sket ret meget siden sidste sundhedsaftale.
- Børneområdet er vigtigt ift. de nye inklusionstanker – her er samarbejdet mellem kommuner, region, herunder psykiatri væsentligt.

- Rudersdal har erfaringer med at segmentinddele borgerne

Bord 4

2) Fælles opgaveløsning

- Fokus på Shared Care og akutområdet
- Adgang til lægedækning

3) Opgaveoverdragelse:

- Akutområdet og funktioner er et centralt tema – særligt adgang til /forpligtigelse af læger/lægeligestøtte
- Etablering af fora på akutområdet der kan skabe grundlag for dialog mellem parter og inddragelse af almen praksis
- Hvordan forpligtes almen praksis – de er vigtige for kommunerne
- Kommunerne skal også selv definere hvilke områder der evt. kan komme i spil

4) Ulighed i sundhed:

- Fokus på, hvad der er det tværsektorielle udgangspunkt
- Kommunerne arbejder for individuelt med emnet, og der skabes ikke evidens for effekt – det ville være godt med et fælles fokus for metode, evaluering og effekt i SA3
- Grundlæggende behov for vidensopsamling, hvordan kan dette ske.
- Adgangen til/ forpligtigelsen af almen praksis er afgørende. Dette skal formuleres i SA3 også selv om det bliver i praksisplanen at det kan udmøntes.
- Fokus på de forskellige kompetencer – hvad udskrives borgeren til, har hospitalet / almen praksis en opgave fx ift. livsstilsamtale tidligt
- Fokus på opsøgende virksomhed
- Inddrage almen praksis både på tilbudssiden og livsstilssiden
- Kompetenceudvikling på alle fronter (viden om hinanden)

Bord 5

1) Kvalitet i forløb

- Ens kvalitetsstandarder i de 29 kommuner vil lette samarbejdet mellem kommunerne
- Stadig forskellige kvalitetsstandarder internt i kommunerne, hvorfor det kan være svært at skabe fælles kvalitetsstandarder tværkommunalt
- Kan være en styrke at samarbejde tværkommunalt om kvalitet i forløb, idet hver enkelt kommune bliver mere bevidst om eget ståsted, når man får øjnene op for andre kommuner

2) Fælles opgaveløsning

- Der er flere gode eksempler på fælles opgaveløsning. F.eks. har Roskilde og Greve Kommune opnået en aftale med de praktiserende læger, som sikrer lægedækning på otte akutpladser og 3 kommuner er gået sammen med Herlev Hospital omkring akutindsatsen.
- Mere samarbejde mellem almen praksis og hospitalerne vil være en kæmpe hjælp for kommunerne

3) Opgaveoverdragelse

- Aftale om hjemmedialyse et godt eksempel på vellykket opgaveoverdragelse

- I sig selv positivt, at opgaveoverdragelse er blevet italesat og formaliseret gennem aftalen om hjemmedialyse. Nogle kommuner har praktiseret hjemmedialyse i årevis, men opgaveoverdragelsen er aldrig blevet italesat.

4) Ulighed i sundhed

- Målgrupper der særligt er i fokus: socialt udsatte og misbrugere
- Kommunerne bør have fokus på lighed i sundhed – svært for hospitalerne at ændre patienters adfærd, idet indlæggelsestiden ofte er relativt kort
- Generelt passe på med for skarp opdeling mellem somatik og psykiatri - vigtigt at arbejde på tværs af områderne, da målgrupperne overlapper begge områder.

Bord 6

1) Kvalitet i forløb

- Her havde drøftelsen fokus på kompetencer, kvalitet, overgange og gensidig faglig respekt.
- Tværsektorielle overgange og forløb,- og samarbejde.
- For alle områder drøftede vi, at det vil være afgørende fremover at huske og prioritere borgerperspektivet. Det gamle fokus med borgeren i centrum,- er stadig essentielt,- og nødvendigt.
- Det borgernære sundhedsvæsen og de hurtige skift mellem sektorer,- kalder på at vi husker at kvalitet,- må være kvalitet for borgeren - fremfor alt.
- Det handler om fælles sprog,- og fælles nævnere for sektorerne,- så borgeren kan følge linje og forløb.
- Et sundhedsvæsen,- et fælles mål og fælles målsætninger over sektorgrænsen.

2) Fælles opgaveløsning

- Her nåede vi kun til akutfunktion/akutpladser

Bord 7

1) Kvalitet i forløb

- ser gerne brug af systemer til at skabe en øget grad af systematisk tilgang til opgaverne
- vi skal ikke opfinde den dybe tallerken, når fx regionen eller andre har veludbyggede erfaringer med kvalitetsmonitorering
- vi skal fokusere på kvalitet i forhold til borgerne / borgeroplevet kvalitet
- vi skal se på en kvalitativ tilgang til kvalitetstankegangen frem for kvantitet
- indsatser skal skabe værdi for borgeren / effekt af indsatsen
- kvalitet hænger sammen med koordination
- kvalitet og kompetencer går hånd i hånd
- anbefaler fælles definition af kvalitet for alle parter
- der er behov for fælles adgang til data / resultater

2) Fælles opgaveløsning

- særlige relevante målgrupper er kronikere

- særlige opgaver der kan løses hjemme fx. sårpleje / telemedicinske område / monitorering af data
- behov for kommunal adgang til speciallægekompetencer
- efterlysning af speciallæger ude på kommunale akutstuer
- brug af udkørende funktioner fx. geriatere
- inden for hjælpemidler
- i form af delt ansættelse af visitatorer (fremskudt visitation generation 2)
- i form af ambulante forløb i sundhedshuse

3) Opgaveoverdragelse

- fordrer klare aftaler - fx ændring af kliniske vejledninger skal ikke bare implementeres og forventes implementeret af kommunerne uden forudgående dialog og klare aftaler for ændring af opgaverne.
- behov for klar afgrænsning af det lægelige ansvar
- fordrer adgang til at trække på speciallægekompetencer 24/7
- kompetencer skal være på plads, inden en kommune overtager en opgave
- der skal sættes tid af til en indkøringsperiode

2. Drøftelse af psykiatrirammepapir

Spørgsmålene lød således:

1. *Mangler vi oplagte indsatser – eller er noget overflødig?*
2. *Hvordan kan kommunerne hjælpe hinanden med implementering af rammepapiret?*
 - a. *Kan vi fx metodeudvikle i fællesskab – hvordan?*
 - b. *Kan vi fx blive bedre til at dele den viden vi allerede har – hvordan?*
3. *Hvordan skal vi samle op på rammepapiret?*

Bord 1

- Det er vigtigt, at arbejdsmarkedsområdet/jobcenter er i fokus i papiret. Det vil virke godt, hvis der også bruges en "arbejdsmarkedsretorik" i papiret fx henviser til flexreform, beskæftigelsesreform. Indholdet i papiret skal kunne "genkendes" af en kommunal sagsbehandler.
- Det er vigtigt at få det erhvervsrettede fokus frem.
- Målgruppen unge socialt udsatte er vigtigt at fremhæve.
- Det kan være problematisk, at borgerne skal "screenes" fra forskellige vinkler fx voksenundredningsmetoden.
- De skitserede pilotprojekter på side syv (ledsager og akutpladser) er meget dyre projekter.
- Det bør være en fælleskommunal/regional opgave at metodeudvikle. Det er vigtigt at skabe en fælles forståelse af hvad det er kommunerne skal implementere.
- Det skal beskrives, hvordan der følges op tværkommunalt med henblik på læring og fordi opfølgningen kan give politisk mandat til arbejdet.
- Side fire under afsnittet målsætninger første punkt – sætningen kan misforstås. Mental sundhed i jobcentre er også vigtig 😊

Bord 2

1) Mangler vi oplagte indsatser – eller er noget overflødig?

- Tidlig identifikation – vi opdager mange unge når de bliver 18 år og dukker op på jobcentrene, kan vi fange dem tidligere og har vi de tilbud de skal have?
- Udvikling af metoder til hvordan vi yder en effektiv beskæftigelsesindsats
- Inddragelse af netværk / pårørende / frivillige må gerne trækkes tydeligere frem – et særligt godt eksempel er Åben Dialog som der arbejdes med mange steder og som er evidensbaseret
- Ambitionsniveauet i papiret er fint!
- Der er stor ros til arbejdsgruppen – det er et rigtig godt stykke arbejde!

2) Hvordan kan kommunerne hjælpe hinanden med implementering af rammepapiret?

- Kommunerne skal generelt blive bedre til at have fokus på at skabe evidens – kast jer ud i det!

- Gruppen drøftede om der er de rette platforme til at dele viden og hjælpe hinanden med implementering. SOU er blevet for store og formelle – det er primært det strategiske der drøftes der (bl.a. fordi det primært er direktører der er deltagere). Fagniveauet føler sig de-koblet og mangler et mere operationelt forum.
- Gruppen vil gerne udvikle screeningsmodel i fællesskab. Alle vil gerne bakke op, men der skal være nogen der tager initiativ til at påbegynde arbejdet. Også her skal vi huske at ”afsøge markedet” for hvilke screeningsmodeller der allerede findes – fx gennem Rafai Atia i KL.

3) Hvordan skal vi samle op på rammepapiret?

- (Det nåede gruppen ikke at drøfte)

Bord 3

1) Mangler vi oplagte indsatser – eller er noget overflødig?

- Der var enighed ved bordet om, at papiret var meget ambitiøst, hvilket er godt. Det kan hjælpe kommunerne til at være mere ambitiøse *sammen* på psykiatriområdet.
- Psykiatriområdet er generelt i mindre grad koordineret mellem kommunerne end det somatiske område. Kommunerne ved mindre om hinandens indsatser på psykiatriområdet ift. somatikken.
- Der er stor forskel på, hvor langt kommunerne er på psykiatriområdet, men det er allievel vigtigt, at papiret er ambitiøst. Med fordel kan forskellen mellem kommunerne beskrives i indledningen med fokus på, at kommunerne kommer fra forskellige niveauer og må udvikle sig i det tempo, der giver mening for den enkelte kommune.
- Politisk er der stor fokus på psykiatriområdet og umiddelbart stor velvilje til at forpligte sig + erkendelse af, at der ligger en udfordring på den kommunale bane.
- Enighed om, at nogle af målene i papiret er for ukonkrete og svært målbare. Ønske om mere præcise ”skal”-opgaver, som er sværere at ”skrive sig ud af” i et opfølgning på indsatserne. Det er på nogle områderne for let af sige ”ja, det gør vi allerede”. Dog afvejning ift. hvor præcise mål politikere vil bakke op om (indskrænker selvstyret).
- Ønske om, at ”skal”-opgave om synliggørelse af relevante tilbud (s. 4) enten tages ud eller gøres mere konkret. Man kan se målsætningen som en opfordring til at videnudveksle mellem kommunerne – evt. behov for en kortlægning af, hvad der er i gang i kommunerne og hvem man kan kontakte for at få mere information. Der er lidt for mange ukonkrete ”skal”-opgaver på side 4.
- Ønske om en målsætning om, at kommunerne har skabt en struktur mellem børne-, social-, beskæftigelses- og sundhedsområdet for de 15-25-årige. Spørgsmålet skal rettes mod om organiseringen er på plads.
- Ønske om, at ”kan”-opgaven om opkvalificering ift. bl.a. recovery (s. 8) gøres til en ”skal”-opgave, idet det er vigtigt at signalere, at kommunerne virkelig mener, at vi vil arbejde recoveryorienteret. Det er for uambitiøst at det er en ”kan” opgave. Flere kommuner underviser i recovery – grundlag for at udveksle viden.

2) Hvordan kan kommunerne hjælpe hinanden med implementering af rammepapiret? Og 3) Hvordan skal vi samle op på rammepapiret?

- Forslag om at anvende de kommunale formøder til de psykiatriske samordningsudvalg til videndelig og opfølgning.

- Klyngen kunne også anvendes.

Bord 4

1) Mangler vi oplagte indsatser – eller er noget overflødigt?

- Generel ros til, at papiret er så konkret som det er – det gør det meget operationaliserbart.
- Godt der er kommet et tydeligt fokus på børn
- Dobbelt diagnoseområdet er faldet noget ud i dette papir – skal konkretiseres særligt på voksen området. Kan inddrages i pkt 3. Borgerens forløb
- En stor del af rammepapirets opgaver falder udenfor det felt som ”normalt” betegnes psykiatrien i kommunerne. Det er rigtig godt, for det giver et grundlag for at booste tværsektoriel indsats i kommunerne.
- Tilføjelse på SKAL området: 1) Skriv ind at der skal gennemføres screening for fødselsdepression ift. moderen fx ved 8. uge. Screening vil hjælpe på et udbredt problem.
- Side 5 dot 3: også over i en SKAL formulering. Denne skal dog ikke omhandle hvem kommunerne skal ansætte – fokus skal være på ”kommunerne skal sikre en god almen sundhedstilstand for” Hvordan dette sker må de selv finde ud af.

2) Hvordan kan kommunerne hjælpe hinanden med implementering af rammepapiret?

- Træk evt. på socialchef netværk som er aktivt (dog ikke fuldt dækkende?)
- Samordningsudvalgene
- Det handler om en systematisering af området og at skabe et solidt organisatorisk set-up, grundlag for erfaringsudveksling
- Tidshorisonten er for snæver – det kan ikke nås til 2015

3) Hvordan skal vi samle op på rammepapiret?

- Dialogmøderne fungerer godt – holdt fast i dem
- Skab/understøt etableringen af netværk – det vil dreje sig om flere netværk som rammer forskellige fagligheder. Netværkene kan understøttes af de to sekretariater (social og sundhed – evt. med oversigter via hjemmesider mv.)

Bord 5

1) Mangler vi oplagte indsatser – eller er noget overflødigt?

- Oplægget er meget dækkende – det er ambitiøst men realistisk.
- Der er godt balance mellem ’kan’ og ’skal’ indsatser.
- Det er positivt, at der tales om ’borgerforløb’ frem for ’kronikerforløb’.

2) Hvordan kan kommunerne hjælpe hinanden med implementering af rammepapiret?

- Det tværkommunale samarbejde bør fokuseres omkring gennemførelse af pilotprojekterne, hvor samarbejde mellem et mindre antal kommuner om metodeudvikling og fælles modeller mv. er mest realistisk.
- Fundraising – puljeansøgninger kan eventuelt ske i fællesskab mellem de involverede kommuner.
- Der er ønske om at koordinere mellem alle kommuner i forhold til disse indsatser.
- Der lægges vægt på at nyttiggøre erfaringerne fra arbejdet med rammepapiret på det somatiske område.

3) Hvordan skal vi samle op på rammepapiret?

- Embedsmandsudvalget bør have en central rolle i opfølgningen. Der bør skabes overblik i Embedsmandsudvalget over fremdriften i implementering af indsatser i kommunerne (ala KL's opfølgning på det nære sundhedsvæsen). Embedsmandsudvalget kan også have en central rolle ift. at skabe overblik over planlagte pilotprojekter – mhp. koordinering jf. ovenfor.
- Der kan evt. afholdes fælles workshoparrangement med præsentation af pilotprojekter.

Generelt:

- Der blev som mere generel betragtning peget på brugerinddragelse ex ante (udvikling) og ex post (effektmåling).
- Der blev også peget på de særlige udfordringer på psykiatriområdet omkring internt samarbejde i de enkelte kommuner

Bord 6

Generelt:

- Der er enighed ved bordet om, at udkastet er meget omfattende og meget ambitiøst, hvilket der er enighed om er godt. Der ligger et stort arbejde forude.
- Det tilkendegives, at rammepapiret kan bruges til, at der vil blive arbejdet mere systematisk, og at det kan igangsætte en holdningsændring på området, især vedrørende jobcentre.
- Det er vigtigt, at der holdes fokus på metodeudvikling i kommunerne på dette område.

1) Mangler vi oplagte indsatser – eller er noget overflødig?

- Indsats, som ikke direkte er nævnt i rammepapiret, kunne være tilbud til personer der afventer egentligt udredning, og som endnu ikke er diagnosticeret.

2) Hvordan kan kommunerne hjælpe hinanden med implementering af rammepapiret?

- Det bliver tilkendegivet, at psykiatriområdet måske kunne understøttes på samme måde, som det somatiske område bliver gennem klyngestrukturerne.

Bord 7

- Behov for tydelighed i almen praksis' rolle i dette felt.
- Behov for kompetencefeltet hos de enkelte aktører
- Der er usikkerhed om rollefordeling
- Der er behov for tidlig inddragelse i udredningsforløb
- Behandlingsgaranti i psykiatrien opleves som opgaveglidning i kommunerne - kommunerne er ikke klædt ordentligt på i den forbindelse. PPR oplever, at deres tid til kerneopgaven - rådgivning af skoler og dagtilbud - bliver mindre og mindre fordi de trækkes over i behandlingspsykiatrien.
- Er der erfaringer på det somatiske område, der kan trækkes ind i udviklingen af dokumentation og metoder.

3. Oversigt over bordene

Bord 1: Syd + Byen

1	Albertslund	Børge Alstrup	Souschef, Sundhed, Pleje og Omsorg
2	Albertslund	Cecilie Engell	Afdelingschef Social & Familie
3	Brøndby	Niels Peter Møller (bordformand)	Direktør
4	Brøndby	Tine Larting	Sektorchef
5	Dragør	Kim Jørgensen	Direktør
6	Hvidovre	Nanette Borges	Konst. Afdelingschef
7	Taarnby	Kim Askelund Madsen	Forvaltningschef
8	Taarnby	Freddy Lillelund	Sundhedscenterleder
9	Glostrup	Johan Kroesen	Centerchef Center for Social Service
10	København	Lotte Larsen	Projektleder, Socialforvaltningen
11	Frederiksberg	Susanne Mikkelsen	Konsulent

Bord 2: Syd + Byen

1	Albertslund	Jytte Therkildsen	Direktør for Børn, Kultur og Velfærd
2	Albertslund	Birgitte Nielsen	Afdelingschef Sundhed, Pleje og Omsorg
3	Glostrup	Bo Billenstein	Centerchef for Kultur og Idræt
4	Glostrup	Niels Pihl	Funtionsleder Center for Social Service
5	Ishøj	Helle Madsen	Centerchef
6	Ishøj	Tina Boesgaard Larsen	Social- og sundhedsdirektør
7	Vallensbæk	Annette Hein-Sørensen (bordformand)	Sundhedschef
8	København	Merete Røn Christensen	Rehabiliteringschef
9	København	Gitte Bylov Larsen	Kontorchef, Socialforvaltningen
10	KL	Christian Harsløf	Kontorchef
11	Det fælleskommunale sundhedssekretariat	Mette Odgaard	Specialkonsulent

Bord 3: Midt

1	Ballerup	Mette Vaaben Mortensen (bordformand)	Direktør
2	Ballerup	Inge Kristensen	Centerchef for Social og Sundhed
3	Egedal	Erik Petersen	Centerchef, Plejecentret Damgårdsparken
4	Egedal	Mette Høck Bostrup	Afdelingsleder for det specialiserede specialområde, udfører
5	Lyngby-Taarbæk	Charlotte Bidsted	Centerchef
6	Lyngby-Taarbæk	Andreas Schløer Madsen	Sundhedskoordinator
7	Rudersdal	Lilian Jørgensen	Ældrechef
8	Rudersdal	Mona van Gaever Larsen	Sundheds- og myndighedschef
9	Herlev	Per Antoft	Sundhedschef
10	Herlev	Ulrich Schmidt-Hansen	Social og sundhedsdirektør
11	Det fælleskommunale sundhedssekretariat	Frederikke Beer	Specialkonsulent

Bord 4: Midt + Byen

1	Ballerup	Lars Wildt	Pleje- og rehabiliteringschef
2	Ballerup	Sidse Marie Toubro	Udviklingskonsulent
3	Egedal	Lisa Riiser	Leder af Forebyggelse og Sundhed, Plejecenteret Damgårdsparken
4	Egedal	Gunhild Kirkmand	Afdelingsleder for det specialiserede specialområde, myndighed
5	Furesø	Nicolai Kjems Andersen	Sundheds- og Forebyggelseschef
6	Gladsaxe	Sidsel Vinge	Sundhedschef i Social og Sundhedsforvaltningen
7	Høje Taastrup	Charlotte Markussen	Sundhedsdirektør
8	Høje Taastrup	Ulla Callesen	Centerchef, sundheds- og omsorgscenteret
9	København	Jens Egsgaard (bordformand)	Sundheds- og omsorgschef
10	Lyngby-Taarbæk	Susanne Hansen	Sygeplejefaglig leder
11	KKR Hovedstaden	Anne-Sofie Fischer Petersen	Konsulent

Bord 5: Midt + Byen

1	Ballerup	Eva Borg	Handicap- og psykiatrichef
2	Furesø	Marianne Fels	Ledende sundhedskordinator
3	Furesø	Marianne Laursen	Områdeleder
4	Gentofte	Kirsten Denning	Afdelingschef, Social og Handicap, Myndighed
5	Gladsaxe	Morten Just	Vicedirektør i Social og Sundhedsforvaltningen
6	Gladsaxe	Gerda Zacho Hansen	Fagspecialist i Psykiatri- og Handicapafdelingen
7	Herlev	Christian Bartholdy	Ældrechef
8	Lyngby-Taarbæk	Lone Nygård Jensen	Centerchef
9	Rødovre	Allan Pedersen	Ældre- og handicapchef
10	Rødovre	Janne Egelund Andersen	Administrationschef
11	Frederiksberg	Torben Laurén (bordformand)	Sundheds- og Omsorgschef

Bord 6: Nord + Bornholm

1	Allerød	Gitte Overgaard	Socialchef
2	Allerød	Lisbeth Pedersen	Sundhedschef
3	Frederikssund	Birte Sonnenborg Grothe	Ældre og Sundhedschef
4	Frederikssund	Michael Jensen	Konsulent
5	Gribskov	Mette Bierbaum	Kst. direktør for Social og Sundhed
6	Helsingør	Ida Kock Møller	Teamkoordinator Sundhed
7	Helsingør	Helene Rasmussen	Centerchef Omsorg og Ældre
8	Hørsholm	Kenneth Kristensen (bordformand)	Direktør
9	Hørsholm	Klaus Poulsen	Centerchef
10	Bornholm	Lisbeth Nielsen	Konsulent

Bord 7: Nord

1	Fredensborg	Marianne Ingeholm Larsen (bordformand)	Kultur og Sundhedschef
2	Fredensborg	Hans Bækvang	Ældre og Handicapchef
3	Halsnæs	Mette Vennegaard	Leder af Pædagogisk Psykologisk Rådgivning
4	Halsnæs	Birte Carøe	Leder af Sundhedsservice
5	Helsingør	Rikke Reiter	Centerchef Sundhed, Idræt og Medborgerskab
6	Helsingør	Elsa Undén Hende	Faglig konsulent, Psykiatri og Handicap
7	Helsingør	Henrik Sandgreen	Leder af træningscenter
8	Hillerød	Christian Blaase Johansen	Sektionsleder, Ældre og Sundhed
9	Hørsholm	Helle Påske Skude	Udviklingskonsulent
10	Gribskov	Runa Kildetoft	Centerchef for Sundhed
11	Gribskov	Tine Baatrup	Konsulent, Center for Social og Sundhed