

Referater fra de to workshops på dialogmøde om ny sundhedsaftale, 30. april 2014

Der var 8 borde, der bestod af repræsentanter fra patientforeninger, kommuner, almen praksis og region.

Hvert bord har lavet en opsamling på de vigtigste pointer fra de to workshops.

Bord 1. Referent Jane Holm

Bordformand	Per Seerup, SKU-formand
Borger/patient Organisation	Birgit Erichsen, Hjerteforeningen Marianne Skjold, Psykiatrifonden Tina Pauli, ADHD-foreningen
Kommunale og regionale repræsentanter	Lilian Jørgensen Nina Brünes, socialsygeplejerskerne Else Hjortsø
PLO Hovedstaden	Anne Riise
Referent:	Jane Holm

Workshop 1: Aktivt samarbejde med borgerne

Hvornår deltagerne har følt sig mest aktive

- Når der aktivt bliver spurgt ind til behov og oplevelser.
- Når man bliver talt til og lyttet til.
- Når det anerkendes at liv leves forskelligt og at sygdom håndteres forskelligt.
- Når der fra de fagprofessionelle vises ydmyghed og pragmatisme
- Når man bliver orienteret og inddraget. Den røde tråd i sundhedsvæsenet skal være synlig for patienten.
- Når patienten eller den pårørendes viden bruges og nyttiggøres.
- Når forklaringer sker i et sprog der er passende.
- Når pårørende til f.eks. palliative patienter får den nødvendige bistand afhængig af situation og den pårørendes ressourcer. Der bør være et beredskab i forhold til pårørende der ikke kan klare sig selv ved den nærmestes bortgang. Eksempel med ressourcesvag søn.
- Når der ikke tages misforståede hensyn

Hvad skal der konkret arbejdes med i de nye situationer

- Kommunikation. Patienter oplever ofte samme situation forskelligt. Aktiv lytning. Folk taler også forskelligt.

- Imødekomme den enkelte patient via differentierede indsatser. Alle passer ikke ind de samme kasser. Ulempe ved de standardiserede forløb, som dog har andre fordele f.eks. effektiv ressourceudnyttelse og systematik
- Tage udgangspunkt i patientens synsvinkel og den situation den enkelte står i.
- Håndtering af den enkeltes situation skal tage udgangspunkt i gensidig ekspertudveksling. Den enkelte patient er ekspert i sin egen livssituation, den fagprofessionelle er ekspert på sit fagfelt og måske uddanne patienter, der ekspert i at samarbejde med fagprofessionelle – f.eks. en professionel manio-depressiv .
- Høje de faglige ledelsesniveau på afdelingerne. Afdelingerne har alt for forskellig tilgang til patienten og forskellig rummelighed og fleksibilitet. De daglige ledere skal være gode rollemodeller.
- Lære af psykiatrien, hvor en recovery approach er sikret. Sikre at der rent faktisk bliver målt på det (?).
- Introducere dialogredskaber eller at patienten involveres via egenmonitorering og resultater anvendes på lige fod med det de fagprofessionelle bruger. Aktivere patienten og bruge data.

Hvilke fem-seks ideer fremhæver bordet som mest centrale for målet om at understøtte målsætningerne i den nye sundhedsaftale om aktivt samarbejde med borgerne

(Nåede vi ikke)

Workshop 2: Lighed i sundhed

Hvordan kan vi hjælpe syge borgere med at komme tidligt i behandling

- Opbygge følgeordning til almen praksis.
 - o Hjælp til selvhjælp.
 - o Realisere hvad der står i behandlingsplanen.
 - o Holde i hånd ordning.
 - o Sikre sektorovergang.
 - o Tænke i kommunale socialsygeplejersker som følger person til hospitaler
 - o Aktuelt er der forskelligt hvad der bruges som opfølgning og er personafhængigt.
 - o ADHD patienter mangler også holde i hånden personer.
- Nyttiggøre Social vicevært fra boligforeningerne i forhold til at forebygge tidligt og afdække hvor der er behov for recovery, hvor der er behov for livsstils sygdomsforebyggelse. Komme i netværk hvor man bor.
- Få historierne fra frivilligforeningerne.
- Fastlægge hvordan henholdsvis sundhedsforvaltning og socialforvaltning taler sammen og socialforvaltning og almen praksis.
 - o Forløbsprogram for udvalgte sårbare grupper.
 - o Forløb på tværs. Sammenhængende borgerforløb i forhold til sociallovgivning og sundhedslovgivning.
- Pædagoger og sundhedsprofessionelle skal bruges i begge sektorer. Der kan være brug for sundhedspersoner ved medicin håndtering på bosteder, ligesom der kan være brug for pædagogisk

kompetencer i nogle situationer i sundhedsvæsenet. Uddannelsesgrupperne skal bakke hinanden op.

- Lave en incitamentsstruktur, så foreningerne tager ansvar for sårbare.
- Ved sårbare patientgrupper kan det ikke nytte noget med kasser. Smidighed i systemet, så når nogle har brug for det leveres varen. En person i gruppen mener det allerede sker. Understøttelse så vi er sikker på at understøttelsen er god nok.
 - o Der skal sættes ord på. Samarbejdsaftale der gør at man kan bryde grænser.

Hvad er de største udfordringer

- Hvor er forebyggelsesområdet – tidlig opsporing (forebyggelse er en kommunal opgave)
 - Almen praksis kan ikke rumme patienterne men de råber ikke højt nok.
 - Hvordan får vi psykisk syge og sårbare til at bruge idrætsforeninger, som er bevægende og netværksskabende.
 - Opsøgende medarbejdere fungerer ikke altid. Det være afgørende, hvordan kommunen ser ud i forhold til bygningstæthed og geografi om funktionen har virkning.
 - Fsva. opsporing. Det kan være en risiko/bivirkning at en helt gruppe bliver stemplet. Man skal ikke screene på forkert grundlag for folk føler sig stemplet.
 - Personalet skal have en bredere viden og større smidighed.
 - Turde i tale forskelsbehandling ledelsesmæssigt og give forskellig økonomisk opbakning til forskellige patientgrupper.
-

Bord 2. Referent Henriette Bager

Planlagt bordplan (der kan være sket omrokinger på mødet)

Bordformand	Anne Ehrenreich, SKU-medlem
Borger/patient Organisation	Sven-Arne Røpke, Hjerteforeningen, Gladsaxe Helle Goyle, Kræftens Bekæmpelse Per Löhn-Christensen, Bedre Psykiatri
Kommunale og regionale repræsentanter	Helle Påske Skude Hans Nissen Marianne Ingeholm Larsen Jean Hald Jensen
Referent:	Henriette Bager

Workshop 1: Aktivt samarbejde med borgerne

Fra diskussionen:

- Det er vigtigt med viden og synlighed om tilbud – det kan være svært at orientere sig som bruger, pårørende, patientforening og kommune og hospital. Manglende efterspørgsel kan skyldes manglende synlighed
- Psykiatritilbud bør være en del af SOFT-portalen
- De professionelle tilgang til borgeren:
 - Respekt
 - Viden og vilje til at samarbejde – inkluderende tilgang
 - kompetenceudvikling så de professionelle kan mestre den ligeværdige dialog
 - Have redskaber til at understøtte en ordentlig inddragelse af borgeren
 - Hjælpe borgeren til at få bedre indsigt i egen sygdom
 - Tage somatiske klager alvorligt fra borgere med en psykisk sygdom
 - Gennemsigtighed i behandlingen
 - Kommunikation er meget vigtig
 - Sikre glidende overgange
 - Vigtigt med udskrivningsplaner- handle-/behandlingsplaner – følges op på i fællesskab
 - Skal opfordre til at de pårørende inddrages
(der opleves i dag en overfladiskhed og nogle gange dis respekt – måske på grund af arbejdspress)
- Pårørende
 - Se pårørende som en ressource
 - Forventningsafstemning
 - Pårørende skal være en aktiv del af handlingen uden at blive ladet i stikken
 - De pårørendes selvstændige behov skal ses og tilgodeses
 - Have indsigt i processen

- Ofte tales der kun til de pårørende – dette kan betyde at borgeren sættes ude af spillet!
- Fokus på implementering
 - Der er rigtig mange aftaler, strategier og politikker, der ikke kommer i spil i virkeligheden. Systemerne lever ikke op til det, der er aftalt
 - Implementering af forløbsprogrammer
 - Patientforeninger høres og inddrages forud for implementering
- Forløbskoordination – for at komme på tværs af siloerne
 - Vigtigt med få, faste og gennemgående personer
 - Delestillinger med fælles forankring over sektorgrænsen
- Tilgængelighed
 - Tilbud bør ikke kun ligge i arbejdstiden
 - Kontakt til almen praksis er svær – kunne 1813 være en mulighed?

Workshop 2: Lighed i sundhed

Fra diskussionen:

Tilbud med henblik på tidlig opsporing

- Forebyggende besøg er vigtige – kommunerne skærer til benet ihht lovgivningen
- Opsøgende medarbejdere, gadesygeplejersker, udkørende teams
- Kompetenceudvikling og værktøjer til personalet i hjemmeplejen så de kan fange faresignaler og begyndende nedgang i funktionsevnen
- Samarbejde med boligforeningerne med henblik på samarbejde og at skabe synlighed om kommunens tilbud og arbejdsmetoder
- Sundhedsbussen skal være tilgængelig for de socialt udsatte – det er bussen der skal flytte sig!
- Samarbejde mellem sundhedsafdelingen og psykiatrien (koordination af tilbud)
- Implementering af forebyggelsepakker fra Sundhedsstyrelsen
- Brug af 1813 som mulighed for telefonkontakt med en læge på skæve tidspunkter

Udfordringer

- Socialt udsatte har behov for at blive opsporet og opsøgt
- Socialt udsatte får ofte ikke den behandling, de har brug for, fordi de ikke vil indlægges, ikke bliver opsporet eller ikke kan kommunikere
- Det er ikke de socialt udsatte, der får pladser på Hospice
- Almen praksis er svært tilgængelig for disse mennesker
- Unge med psykiske problemer og/eller udviklingsforstyrrelser der har somatiske eller livstilsrelaterede sygdomme skal tages alvorligt – de kan måske ikke selv udtrykke sig

Der er brug for særlige kompetencer og viden - Eksisterende personale kompetenceudvikles for ikke at skabe parallelsystemer

- Skal kunne motivere til at indgå i behandling
- Skal have viden om disse menneskers problemer og sygdomme
- Skal kunne udvise rummelighed og empati
- Skal have plejemæssig erfaring
- Skal have socialpædagogiske færdigheder

- Skal have viden om inddragelse
- Skal kunne bygge bro mellem system og de socialt udsatte mennesker

Spørg patienten hvad der skal til, så de kan være med til at udvikle sundhedssystemet

Bord 3. Referent Line Sønderby Christensen

Planlagt bordplan (der kan være sket omrokinger på mødet)

Bordformand	Annie Hagel, SKU-medlem
Borger/patient Organisation	Nis Peter Nissen, Alzheimerforeningen Marianne Karstensen, Kræftens Bekæmpelse Axel Mossin, Regionsældreråd Hovedstaden Thit Aaris-Høeg, Psykiatrifonden
Kommunale og regionale repræsentanter	Britt Jensen Ole Pass Andreas Schløer Madsen Karen Nørskov Toke Birgitte Harbo
Referent:	Line Sønderby

Workshop 1: Aktivt samarbejde med borgerne

Noter eksempler på:

- 1) hvornår deltagerne har følt sig mest aktive og
- 2) hvad skal der konkret arbejdes med i de nye sundhedsaftaler

Oplæg:

Holistisk tilgang til patienten og dennes behov – individuelle tilbud – øjenhøjde (se mennesket og ikke diagnosen)

Opstart af rehabilitering hurtigst muligt efter udskrivelse

Psykoedukation er vigtig ift. at få indsigt om egen sygdom.

Socialrådgivere er essentielle ift. livsvilkår, fx job, økonomi, øvrige vilkår

Samarbejde mellem frivillige organisationer og myndighederne, fx udskrivningsguiden

Inddragelse af brugere i implementering og udvikling – eller medarbejdere med brugererfaring

Så få kontakter som muligt – og helst de samme

Gruppearbejde:

- 1) Når jeg mødes med viden om og forståelse for, hvad min sygdom betyder, og hvad den betyder for behandling af andre sygdomme
- 2) At forløbet er beskrevet – hvad kan man forvente at blive mødt med, og hvordan forventes forløbet at udvikle sig
- 3) Det menneskesyn man møder hos behandler – balance ift. patientens egen styring med også have en fornemmelse for, hvornår patienten har brug for at slippe ansvaret
- 4) Når der arbejdes recovery orienteret tilgang og borgerens medansvar
- 5) At jeg bliver spurgt, og at der lyttes til de erfaringer og den viden, jeg har, og følger den personlige udvikling
- 6) At mine pårørende respekteres, inddrages og føler sig velkomne – hvis de ønsker det.
- 7) At jeg har kendskab til mine rettigheder
- 8) At man er en positiv og taknemmelig patient – at man er realistisk omkring mulighederne i eget forløb
- 9) At man er tryk i sit forløb – har den information, man har brug for, og har tillid til kompetencerne,

forklaring på afvigelser, hvem er ansvarlig

- 10) At inddrage patienterfaringer i kvalitetsudviklingen
- 11) Man skal ikke føle sig som en del af et samleband eller et lotteri
- 12) Der er mangel på respekt fra hospitalspersonale, hvis man ikke passer ind
- 13) Oplyst grundlag – viden om sin sygdom og konsekvenser
- 14) Standardiserede forløb kan være gode for nogen, men der behov for individuelle tilpasninger
- 15) At de fysiske rammer understøtter inddragelse – privathed
- 16) Som pårørende – hvornår tager man de rigtige beslutninger, når man inddrages på vegne af meget syge pårørende – det er et stort ansvar, når man som pårørende skal bistå de sundhedsprofessionelle med at træffe beslutninger
- 17) Opmærksomhed på kommunale tilbud – plejehjem fx
- 18) Social slagside – man skal ikke være veluddannet for at kunne være i øjenhøjde – man skal kunne blive oplyst om egen sygdom og eget forløb i øjenhøjde

Hvilke 5-6 ideer fremhæver bordet som de mest centrale for målet om at understøtte målsætningerne i den nye sundhedsaftale om aktivt samarbejde med borgerne?

Patienter og pårørende skal mødes med respekt – viden – oplysning

Patienten og netværket kan være formidler af eget forløb i de situationer, hvor systemet ikke understøtter tilstrækkelig videndeling

Sikre, at vi ikke slipper initiativer og planer, før de er implementeret

Patientforeninger kan indgå som ressource i sundhedsaftalerne

Udskrivningsplaner/rehabiliteringsplaner skal afspejle individets livssituation (arbejds-mæssigt, geografisk, aldersmæssigt, personlighedsmæssigt)

Færdigbehandlingsbegrebet bør udfordres

- 1) Mere viden om sygdommens betydning i alle aspekter af borgerens situation
- 2) Menneskesyn – at man understøttes i at blive en aktiv del og bydes velkommen i eget forløb
- 3) At man behandler patienten/borgeren som et menneske
- 4) Det skal være en grundlæggende kultur at være inddragelse og respektfuld ift. patienter og pårørende
- 5) Bedre planlægning og bedre udnyttelse af ressourcer - Stressniveauet skal ned – kan ikke møde patienten med overskud, hvis der er mangel på ressourcer
- 6) Pårørende skal inddrages mere aktivt
- 7) At man indsamler og deler viden på tværs – også om den udvikling som patienten gennemgår
- 8) Udfordringer i kommunikation og koordination mellem sektorer betyder, at patienten kan være bærer af information og sikre koordinering
- 9) Færdigbehandlingsbegrebet bør udfordres – hvornår er man egentlig færdigbehandlet?
- 10) Beskrive bedre handleplaner og rehabiliteringsplaner – man skal udskrives til et forløb
- 11) Ikke nok at udvikle aftaler og forløbsprogrammer – de skal også implementeres!!!
- 12) Aktiv inddragelse af patientforeninger i udformning af planer, som ressource, i implementering
- 13) Flydende forløb og indsigt i, hvordan forløbet skal være
- 14) Tydelig tovholder og forløbskoordinator, så man ved, hvem man skal henvende sig til

Workshop 2: Lighed i sundhed

Noter kommentarerne til: hvordan kan vi hjælpe sårbare syge borgere med at komme tidligt i behandling, og hvad er de største udfordringer

- Sårbare grupper er en bred definition – det er en samfundsopgave at løse ulighedsproblematikken
- For nogle sårbare grupper, som ikke kan tage ansvar for egen sygdom, fx demens – der skal afsættes ekstra ressourcer eller tænkes i særlige indsatser
- Fokus på advarselstegn og uddanne de personer, der oftest møder dem
- Almen praksis skal have en mere aktiv rolle ift. opsporing – nogle vil hellere gå hos egen læge end på hospital
- Ensomhed er et stort problem – bryde ensomhed – skabe netværk, involvere folk
- Oplevelser på recept
- Der skal være en generel forebyggelsesindsats - tænke opsporing bredere – indtænke i vores tilbud (der hvor man møder dem, fx væresteder, falckreddere, politi, hjemmehjælpere, viceværter) skal der være viden om socialt sårbare – viden om advarselstegn og hvad vi gør ved det
- Opsøgende aktiviteter – ”fx gadelæger uden grænser”
- Der skal opbygges tillid – så får man lov til at undersøge dem
- Individuelle og kreative tilbud, så det også giver mening for den pågældende person
- Fokus på sårbare børn gennem sundhedsplejersker (samme kontaktperson), skoler, fritidstilbud, familieambulatorier
- Tidlig opsporing – dem som ikke har været i kontakt med systemet – hvordan finder vi dem?
- I sundhedsaftalen – skal der være fokus på generel forebyggelse eller udvalgte målgrupper?? Både og.....
- Forslag til målgrupper: Demente, misbrugere,
- Social slagside – man skal ikke være veluddannet for at kunne være i øjenhøjde – man skal kunne blive oplyst om egen sygdom og eget forløb uanset uddannelsesniveau
- En værdig tilgang til borgeren – man skal ikke bare være den besværlige patient

Bord 4. Referent Maria Altschuler

Planlagt bordplan (der kan være sket omrokinger på mødet)

Bordformand	Ninna Thomsen, SKU-næstformand. Birgit Roswald var bordformand i workshop2, da Ninna skulle gå.
Borger/patient Organisation	Kenneth Engstrøm, Det sociale netværk Jesper Rose Austad, Dansk Epilepsiforening Susanne Tarp, Dansk Selskab for patientsikkerhed
Kommunale og regionale repræsentanter	Jytte Therkildsen Katja Kayser Birgit Roswald Mette Elisabeth Bierbaum (kommer kl. 17) Torben Kjær Ane Friis Bendix Frederikke Beer
Referent:	Maria Altschuler

Workshop 1: Aktivt samarbejde med borgerne
Noter eksempler på: 3) hvornår deltagerne har følt sig mest aktive og 4) hvad skal der konkret arbejdes med i de nye sundhedsaftaler
Der skal findes den rette balance mellem selvbestemmelse og tryghed. Der skal tages udgangspunkt i den enkeltes behov, for nogle borgere er en høj grad af selvbestemmelse vigtig, for andre vil trygheden i at "systemet" har ekspertisen omkring behandlingen være det afgørende. Stort ønske om at se pårørende som en aktiv part. Pårørende skal inddrages (når borgeren ønsker det). Vi skal støtte de pårørende i at være stærke pårørende, da de også kan være sårbare ved sygdom. Nogle borgere har ikke pårørende – dem skal vi hjælpe, evt. ved tilknytning af en mentor. Systemet skal være bedre til at tage særhensyn – eks. kroniske syge patienter, der ikke kan deltage i rehabiliteringstilbud i kommuner og hospitaler pga. fx angst. Kan vi give dem et tilpasset tilbud?
Hvilke 5-6 ideer fremhæver bordet som de mest centrale for målet om at understøtte målsætningerne i den nye sundhedsaftale om aktivt samarbejde med borgerne?
<ul style="list-style-type: none">- Det er afgørende at inddragelse altid sker med respekt for den enkelte ved at tage afsæt i den enkeltes individuelle behov.- Pårørende skal inddrages – en konkret ide er at uddanne pårørende til at være en aktiv part i behandlingsforløbet.- Patientforeninger skal inddrages allerede ved udvikling af aftaler og planer.- Nogle patienter har ikke pårørende. Der skal findes professionelle pårørende – en udvidelse af kontaktperson-funktionen.- Journaler skal kunne læses og forstås af borgere.

Workshop 2: Lighed i sundhed

Noter kommentarerne til: hvordan kan vi hjælpe sårbare syge borgere med at komme tidligt i behandling, og hvad er de største udfordringer

Nedbryde siloer – især i kommuner kan man blive bedre til at arbejde på tværs af sektorer. Nogle skal have overblik over borgerens samlede kontakt til kommunen

Almen praksis skal være bedre til opsøgende arbejde overfor særligt sårbare.

En mentorordning til psykiatriske patienter – en der kan følge patienten rundt i hele systemet.

Det er et problem at der oftest skal være stillet en diagnose før hjælpen igangsættes, mange går med alvorlige problemstillinger for længe før de får hjælp, fordi de venter på en diagnose.

Hvilke pointer er de vigtigste i diskussionen:

Fleksible løsninger der er tilpasset den enkelte.

”Stafetten” skal gives ordentligt videre, så parterne er klar til at modtage ansvaret for borgeren. Ingen må hænge mellem to stole.

Bord 5. Referent Stine Mieth-Waldorff

Planlagt bordplan (der kan være sket omrokinger på mødet)

Bordformand	Karsten Skawbo, fmd Psykiatriudvalget, Region Hovedstaden
Borger/patient Organisation	Kai Nørrung, Ældresagen Julie Kofoed, Foreningen af Unge med Gigt Annie Andersen, Hjernesagen Christian Zohnesen, Hjerteforeningen
Kommunale og regionale repræsentanter	Lars Gundelach Jensen Christine Brochdorf Lars Thomsen Jørgen Glenthøj Torben Lauren Winnie Brandt
Referent:	Stine Mieth-Waldorff

Workshop 1: Aktivt samarbejde med borgerne
Noter eksempler på: 5) hvornår deltagerne har følt sig mest aktive og 6) hvad skal der konkret arbejdes med i de nye sundhedsaftaler
Ad 1) Deltagerne nævnte som eksempler på hvornår de har følt sig mest aktive, følgende: <ul style="list-style-type: none">• Når der blev talt med dem• når der var direkte kontakt• når der var højt oplysningsniveau• når der var godt samarbejde• når sundhedsbehandlerne havde gode kommunikationsevner• når sundhedsbehandlerne har sat sig ind i brugerens og de pårørendes situation.
Ad 2) Forslag til konkret arbejde i den nye sundhedsaftale: <ul style="list-style-type: none">• Forløbsbeskrivelser, opfølgning i forb.m. udskrivning og rehabilitering• Orientering og inddragelse af pårørende• Patientforeninger skrives ind i udskrivningsplaner• Bisiddere, hvis man ikke har pårørende med• Resumé af journal (ugentlig opdatering), så den er letlæselig for sundhedspersonalet• Differentierede udskrivningsplaner, f.eks. efter alder eller andre forhold
Hvilke 5-6 ideer fremhæver bordet som de mest centrale for målet om at understøtte målsætningerne i den nye sundhedsaftale om aktivt samarbejde med borgerne?
<ul style="list-style-type: none">• Individfokus / forståelse af brugerens situation / differentieret behandling• Inddragelse af pårørende• Patientforeninger skrives ind i udskrivningsplaner/behandlingsplaner/handleplaner (ikke brug af

<p>frivillige, men af pt.foreningernes sekretariater)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resumé af journal (ugentlig opdatering), så den er letlæselig for sundhedspersonalet • Opfølgning og rehabilitering som en rettighed, som de stærke brugere kan vælge fra
<p>Workshop 2: Lighed i sundhed</p>
<p>Noter kommentarerne til: hvordan kan vi hjælpe sårbare syge borgere med at komme tidligt i behandling, og hvad er de største udfordringer</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Udfordring at finde de mest sårbare borgere. Medarbejdere i øjenniveau er vejen frem. • Huske at det er mange andre grupper, der sigtes til, f.eks. ulighed på baggrund af etnicitet, socialklasser eller kronisk sygdom • Huske at psykisk syge ofte er ligeså motiverede for livsstilsændringer som somatisk syge. Vi skal overkomme berøringsangsten og tilbyde det samme. • Igen: partnerskaber med patientforeninger. Patientforeninger vil gerne opsøge folk, der udskrives – ikke kun have uddelt en pamflet hos egen læge.
<p>Hvilke pointer er de vigtigste i diskussionen:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Der sker allerede stor koordination. Mange kommunale medarbejdere har et stort netværk, som de bruger. Det ønskes ikke formelt reguleret eller nedskrevet. • Vi kan ikke kræve noget af frivillige og foreninger, men de vil gerne bruges. Forskel på ressourcer hos patientforeninger. • I øvrigt, se ovenfor.

Bord 6. Referent Lise Bonnevie

Planlagt bordplan (der kan være sket omrokinger på mødet)

Bordformand	Claus Perrild, SKU-medlem
Borger/patient Organisation	Niels Erik Tulstrup, Ældresagen Birgitte Mejsholm, Danske Patienter Inger Hansen, Hjerteforeningen
Kommunale og regionale repræsentanter	Dorit Dühring Ulrich Schmidt-Hansen Flemming Brank Charlotte Meyer Karin Friis Bach
Referent:	Lise Bonnevie

Kirsten Hove (SIND) og Maja Holt Højgaard (RR) deltog også ved bordet.

Workshop 1: Aktivt samarbejde med borgerne
Noter eksempler på: 7) hvornår deltagerne har følt sig mest aktive og 8) hvad skal der konkret arbejdes med i de nye sundhedsaftaler
Patientrepræsentanter (SIND, polio og Ældrerådet): <ul style="list-style-type: none">• Ptt. organisationerne repræsenteret i SKU – via de eksisterende paraplyorganisationer (fx Danske Patienter)• Partnerskab mellem SIND og kommunerne om en guide til "recovery på din måde".• Pårørende til ulykkesramte/traumepatienter skal inddrages mere ved drøftelser af behandlingsplan og deres kommentarer skal journalføres.• Vigtig med forståelig information.• Flydende forløb, hvor man ved hvad der skal ske som det næste• Hurtig genoptræning• Fokus på overgangen fra hospital til hjem – især mht. medicinafstemning.• Hvad med dem der ikke har et netværk/pårørende der kan inddrages? Kommunerne (Lyngby- Taarbæk, Herlev og Frederiksberg): <ul style="list-style-type: none">• Fra sundhedstrekant til –firkant, men patienten som det nye hjørne.• Patienter bør have adgang til viden om status og fremdrift – et sted.• Tværsektorielle enheder – dette vil føre til større gennemsigtighed (men her er man nødt til at tale økonomi og andre måder at afregne på end i dag).• Færre kontaktpersoner.

PLO:

- Erfaringer fra Kaiser Permanente – hvor patienten kan følge med via sin pc og indrapportere egne data, så der bliver færre besøg.
- Der bør være en tovholder (almen praksis eller kommune) for patienter med kronisk sygdom. En der har overblikket og som kan sikre at der ikke bliver flere kontakter til sundhedsvæsenet end højst nødvendigt.

Region Hovedstaden:

- Strategi for inddragelse i alle organisatoriske lag – hver gang vi starter noget op, bør vi spørge os selv om vi skal invitere patienterne med, så de ikke først bliver spurgt i høringsfasen – det er for sent.
- Der skal være et sted, hvor patienterne kan aflevere ideer og erfaringer og hvor alle sektorerne er tilstede til at lære.
- Fødsler er et godt eksempel på et sted hvor samarbejdet virkelige virker. Hvad kan vi lære af det på andre områder?
- Vi skal blive bedre til at behandle patienten i eget hjem (også få styr på det administrative og lave aftaler om hvem der gør hvad, så det ikke stranded på noget organisatorisk).

Hvilke 5-6 ideer fremhæver bordet som de mest centrale for målet om at understøtte målsætningerne i den nye sundhedsaftale om aktivt samarbejde med borgerne?

- Få patientorganisationerne mere med ind i maskinrummet – fx i SKU.
- Bedre anvendelse af IT-løsninger mht. patientens adgang til egne data.
- Der bør være en tovholder.
- Tværsektorielle enheder.
- Fokus på overgangen fra hospital til hjem (stafetprincippet – sikre sig at der er en i den anden ende, der tager over).

Workshop 2: Lighed i sundhed

Noter kommentarerne til: hvordan kan vi hjælpe sårbare syge borgere med at komme tidligt i behandling, og hvad er de største udfordringer

Kirsten Hove og Andreas deltog ikke i denne del. Charlotte gik først i workshoppen.

- Det er vigtigt med en opsøgende indsats. Dette sker i dag både i Herlev og på Frederiksberg, der begge har gadesygeplejersker eller noget der minder om det. Det er nødvendigt for de mest udsatte grupper.
- Ulykkesramte kan også være sårbare. Vigtigt at have øje for deres familie (børn især) – så man sikre sig at de får den nødvendige hjælp, fx fra kommunen.
- Det kan være svært at vide, hvem der er sårbare. En differentieret indsats er nødvendig, da vi ikke har råd til at tilbyde ekstra støtte til dem der kan selv. En løsning må derfor være at blive bedre til at screene borgerne i forhold til sårbarhed. Her kan jobcentrene være en hjælp. De ser folk, der er kommet i en sårbar situation (fx pga. helbredet). Men de har ikke redskaberne – der skal således ske en kompetenceudvikling i jobcentrene.
- Psykiatriens sundhedshus: et koncept fra Silkeborg, som samler et tværfagligt og –sektorielt hold omkring de psykisk syge (kommunale sagsbehandlere, misbrugsindsats, psykiatrisk indsats og hjælp i forhold til somatiske lidelser).
- "Indsatsleder"-tankegang over for de socialt udsatte. Den der først "møder" den socialt udsatte patient har ansvaret for at sikre at der bliver taget hånd om patienten (uanset om det er kommunen, almen praksis eller hospital). Ligesom det er kaptajnen på det første skib, der kommer til undsætning ved en ulykke på havet, har ansvaret for redningsarbejdet.

- Børn:
 - Forebyggelse af psykisk sygdom/sårbarhed allerede i børnehaven (eller endnu tidligere, så sygdom bremses eller helt undgås) – fx screening og intervention ved sundhedsplejersker.
 - Hjælpe psykisk sårbare børn med at fastholde en hverdag i skolen – her er behov for et forbedret samarbejde

Hvilke pointer er de vigtigste i diskussionen:

- Opsøgende virksomhed overfor børn der er psykisk sårbare.
- Psykiatriens sundhedshus
- Jobcentrene skal screene sårbare borgere (og uddannes til dette)
- "Indsatsleder" overfor de mest udsatte

Bord 7. Referent Tine Eje Bonke

Planlagt bordplan (der kan være sket omrokinger på mødet)

Bordformand	Socialudvalgsformand Bente Frimodt-Møller, Gentofte kommune
Borger/patient Organisation	Bent Nielsen, Nyreforeningen Kirsten Kallesøe, Pårørende til personer med spiseforstyrrelse Anne Margrethe Petersen, ADHD-foreningen
Kommunale og regionale repræsentanter	Birgitte Rasmussen Michael Eskedal Søren Bønløkke Birte Sonne Grothe Mette Odgaard Christian Worm
PLO Hovedstaden	Flemming Skovsgaard
Referent	Tine Bonke

Workshop 1: Aktivt samarbejde med borgerne

Noter eksempler på:

- 9) hvornår deltagerne har følt sig mest aktive og
- 10) hvad skal der konkret arbejdes med i de nye sundhedsaftaler

Ad 1:

Når man bliver hørt og 'set' i øjenhøjde, og at de ressourcer man kommer med, bliver taget med i betragtning.

Deltagenes konkrete kommentarer faldt særligt inden for to kategorier:

Input vedr. involvering af patienter/pårørende:

Når man bliver spurgt til næste skridt i en aktivitet/behandling.

Når eksperter ser bort fra 'egen overbevisning' og tilpasser til patientens 'egne ønsker.

Pårørende skal inddrages som ressourceperson og ikke som behandler.

Patientens ressourcer inddrages til at lave planen *sammen*.

Planen skal laves med udgangspunkt i patientens egne ønsker/behov.

Patienten skal høres og 'ses' i øjenhøjde.

Når der er vilje til reelt at lytte til patient og patientens fortælling anerkendes.

Input vedr. behov for én kontaktperson/koordinator:

At man som patient eller pårørende har fået udleveret tlf. nr /kontaktperson.

Når der er én der har stafetten (fx socialrådgiver) med overblik og som er tilgængelig.

Hvilke 5-6 ideer fremhæver bordet som de mest centrale for målet om at understøtte målsætningerne i den nye sundhedsaftale om aktivt samarbejde med borgerne?

Der bør særligt arbejdes på en koordinering af indsatsen over fag- og sektorgrænser, herunder at det sikres,

at it-systemerne kan tale sammen, samt at der arbejdes på at øge faglig respekt og anerkendelse for at få et optimalt samarbejde.

Workshop 2: Lighed i sundhed

Noter kommentarerne til: hvordan kan vi hjælpe sårbare syge borgere med at komme tidligt i behandling, og hvad er de største udfordringer

Der blev givet følgende kommentarer ved 'bordrunden':

- Behov for tidlig opsporing, udgående teams og støttefunktioner
 - Screening af borgere med kontakt til kriminalforsorgen for fx psykiske diagnoser.
 - Tilknytte sygeplejerske/læge med socialfaglige kompetencer – tidlig opsporing i det kommunale regi
 - Opsøgende medarbejdere i kommunen
 - Tænke forebyggelse allerede ved 1. henvendelse – se på de tidlige tegn ved henvendelser
 - De professionelle skal lytte til borgerne ved 'tidlig kontakt' og tage henvendelserne alvorligt - benytte lejligheden til at screene, selvom borgeren ikke er 'dårlig nok'.
- Der skal sørges for et socialt system, der er klar til at 'tage imod' (støtte), når man er færdig i sundhedssystemet.
- Der skal sikres et sted, der møder borgerne 'der hvor de er' (fx åbningstider og sundhedsfagligt personale – med socialfaglige kompetencer). Særligt for borgere/patienter med psykiske diagnoser kan der være vendt op og ned på døgnnet, så behovet for behandling ikke nødvendigvis harmonerer med mulighederne i det etablerede system.
 - På Christiania drives et sted på frivillig basis med skæve åbningstider
- Selvom vi ikke ønsker et 'parallel- samfund' er det alligevel vigtigt, at man husker på, at alle borgeres situation skal respekteres og at alle skal behandles værdigt, også de 'almindelige patienter'.
- Samtidige dobbeltdiagnoser er en udfordring
- Det er en særlig udfordring at finde ud af, hvad man kan 'sætte i stedet for' når de sårbare mangler relationer.
- Huske, at en indsats for børn i sårbare familier kan forebygge senere behov for indsats.

Bord 8. Referent Lisbeth Flymark

Planlagt bordplan (der kan være sket omrokinger på mødet)

Bordformand	Formand for Social- og sundhedsudvalg Lolan Ottesen, Ballerup Kommune
Borger/patient Organisation	Anette Rolsting, Bedre Psykiatri Lise Lind, Gigtforeningen Kim Bach, oplægsholder, En af os
Kommunale og regionale repræsentanter	Kristin Arendt Mette Mortensen Anne-Sofie Fischer Petersen Hanne Andersen Svend Hartling Helle Hilding-Nørkjær
Referent	Lisbeth Flymark

- Kroniske patienter: lave løsninger der sikrer mindre stress
- Psykoedukation altafgørende i forhold til at mestre sin egen sygdom
- Distriktpsychiatrien (herunder psykologhjælp og socialrådgiver) og hjemmevejleder er vigtigt for at genetablere en normal hverdag.
- Jobcentre skal vide noget om psykisk sygdom
- Jobudviklingsplan er velfungerende initiativ, hvor der er medtaget vurdering fra lægen.
- Udskrivningsguiden
- Så få kontakter som muligt
- Møde borgeren i øjenhøjde – se mennesket i øjenhøjde
- Transparens og gennemsigtighed

Workshop 1

Hvordan føler du dig mest som aktiv samarbejdspart i dit eget forløb?

- Tales med – ikke tales til – gerne lyttes til og have tid
- Jeg vil gerne have viden om, hvad jeg fejler
- Vi har hidtil talt om, at man ikke slipper patienten før en anden har grebet stafetten – men vi skal til samtidige indsatser
- Når de kommer hjem og har behov for sociale indsatser
- Det er omsorgssvigt at acceptere tilgangen ”i Danmark har vi lov at gå i hundene”
- Hvordan sikrer vi hjælp til patienter og pårørende, hvor de pårørende ikke magter det
- Vi skal hjælpe de ældre borgere som er færdige på arbejdsmarkedet, og som ikke selv kommer ud af døren. De skal bruges

- Patienterne oplever inddragelse som ”informeret samtykke” frem for reel medindflydelse

- Vigtigt at tage patienternes og de pårørendes holdninger med i vurderingen af, om den foreslåede handleplan er realistisk – magter borgeren det på det pågældende tidspunkt? Der skal lyttes til både borgere og pårørende som en legitim stemme.
- Systemet skal lære af de gode historier
- Pårørende skal have lov at være pårørende – de skal ikke koncentrere sig om at fungere som tovholder
- Kommuner og regioner skal tvinges til at lære af den viden, der findes på tværs af sektorer
- Der skal tænkes på både borger, patient og familie – fx hvis der er flere forhold i en familie. Skal en patient opereres, skal der tænkes på at sørge for den demente ægtefælles osv.
- Der skal arbejdes videre med, hvordan vi kan få inddraget brugernes erfaringer for der er gode takter på vej
- Det bør drøftes, hvordan dilemmaet håndteres med, at folk ønsker få kontaktpersoner samtidig med at få ikke kan have den fulde faglighed. Det kan ikke systematiseres for alle, men det kan evt. differentieres, så borgere der er særligt følsomme, får færre kontaktpersoner.
- Brugerinddragelse er ofte ret tomt i praksis i sundhedsvæsenet – der skal laves personlige mål frem for at stræbe mod den højest mulige sundhedstilstand (ligesom man har arbejdet med i socialsektoren i mange år). Det er ikke nødvendigvis de sundhedsfaglige mål.
- Indflydelse på behandlingsforløb kræver, at patienterne har valgmuligheder
- Vandtætte skodder fylder meget – og de giver ingen mening for borgere at opdele i social, sundhed, region, kommune osv. Derfor må man tilstræbe, at der er sammenhæng.
- Uanset om det er somatisk eller psykiatrisk skal man mødes med respekt for den situation, man er i. Der skal tages hensyn til de ressourcer man har – de kan svinge meget fx i psykiske sygdomsforløb
- Der skal ikke træffes beslutninger, som man ikke selv er med i.
- Vi skal afklare, om det er systemets mål eller patientens mål, der arbejdes efter at nå – man skal i højere grad finde sammenhæng
- OVERGANGE – det er borgerens kasse, der skal betale – ikke den enkelte sektor. Det skal skinne igennem.
- Det er vigtigt, at lægerne taler rigtig klart – og fortæller patienterne tingene som de er
- Patienterne skal ikke mærke uret tikke i mødet – selvfølgelig skal der være gensidig forståelse af den begrænsede tid, men det skal ikke opleves som et pres.
- Gadesygeplejersker er genialt som opsøgende arbejde
- Den gode udskrivning – den skal udbredes og er vigtig
- Hjemmevejlederen kan gøre en stor forskel og få genetableret en almindelig hverdag

Hvad kræver det af patient og sundhedsvæsen/ansatte?

5-6 mest centrale ideer til at understøtte målsætningerne i sundhedsaftalerne

- Sektorovergange – samtidige indsatser og ikke kun stafetten. Patienterne skal ikke overleveres – de skal have en indsats parallelt.
- Systemet er eksperter i behandling – patienten er ekspert i eget liv => derfor er inddragelses og timing afgørende (med timing menes, at der skal tages hensyn til, om patienterne er klar til at gennemføre de indsatser, der skal til)
- Opsøgende indsats – både socialpsykiatrien (hjemmevejledninger) og gadesygeplejersken
 - Patienterne skal tales MED ikke til

Workshop 2

Hvordan kan vi hjælpe sårbare syge borgere med at komme tidligt i behandling?

- Kommunikationsformen skal tilpasses den enkelte (nogle er bange for at åbne kuverter, nogle kommer ikke i deres lejlighed og bor på gaden – nogen har slet ikke en lejlighed, og en stor andel kan slet ikke læse). Det gælder ikke kun skriftlig kommunikation men formidling og dialog i det hele taget.
- Merete Nordentoft – genialt oplæg fra ”nye veje i psykiatrien”
- Der skal tænkes mere i tværkommunale tilbud, så der kan etableres tilbud til specielle grupper, hvor der ikke er tilbud nok – og hvor der dermed kan etableres et fagligt miljø hvor viden opsamles.
- Det skal være muligt at differentiere tilbuddene til borgeren, så det kan besluttes fx afsætte mere tid til at opbygge tillid, mere tid til jobsøgning mv.
- Følge-hjem-ordning skal udvides til flere patientgrupper (både somatik og psykiatri)
- Patienter med lav sundhed og dårlig mestring af egen sygdom skal ses ud fra et bredere perspektiv. Det kan være svært at få fat i dem, der fx har beskæftigelse og går og skrænter og potentielt snart mister deres arbejde. 1813 forsøger at finde en løsning ved fx at tage kontakt til kommunen. Det gælder også de øvrige myndigheder og kontaktheder. Der skal være et sted at levere viden om fx psykisk sygdom eller andet der opdages i anden anledning.
- Vi skal fange alle dem, der ikke kommer ud af døren, og som ikke har et arbejde – og har en alder hvor de ikke er i ledighedssystemet.
- Der er mange pårørende, som tilsidesætter sig selv og egen sygdom og mentale trivsel, fordi
- Borgeren opfatter ofte systemerne sådan, at sygehusene tager sig at fysisk sygdom, og kommunerne tager sig af det sociale. Der skal skabes blik og tradition for, at fx sygehuset reagerer på noget socialt og sørger for at overlevere viden til kommunen for det er en oplagt anledning til at få kontakt til borgeren.
- Patienter behøver ikke altid komme ind på hospitalet for at få svar på sine prøver, hvis de ikke er alvorlige. Det har store omkostninger for ældre mennesker at blive transporteret og vente en hel dag (TELEMEDICIN eller almen praksis).
- Vi skal have indskrevet i sundhedsaftalerne, at lighed i sundhed er ulige behandling